

# LA ENTREVISTA CLÍNICA I



**Blanca Navarro Main**  
**R1 Psicología Clínica**



# GENERALIDADES



# OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

- Llegar a un diagnóstico
- Conocer a la persona
- Crear y mantener la relación interpersonal
- Comprometer al paciente en el tratamiento
- Respetar el tiempo
- Responder a las expectativas del paciente

# ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS VS. LIBRES

## Estructuradas

- Rígidas --> no para la práctica clínica diaria
- Amplia gama de síntomas
- Menos atención a factores psicosociales y emocionales
- El paciente se siente incómodo

## Libres

- Más ajustadas al tiempo
- Más libertad para hablar de sus síntomas
- Permite observar
- Puedes no atender a aspectos relevantes

**Partes centradas en la obtención de datos específicos y otras dirigidas a conseguir información personal significativa**

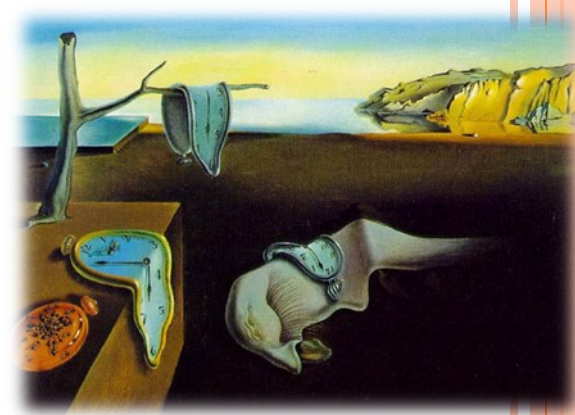
# CÓMO APRENDER

- Comienzo en hospitales
- Observación de clínicos experimentados
- Entrevistas conjuntas con supervisor y compañeros
- Grabaciones
- Autocrítica



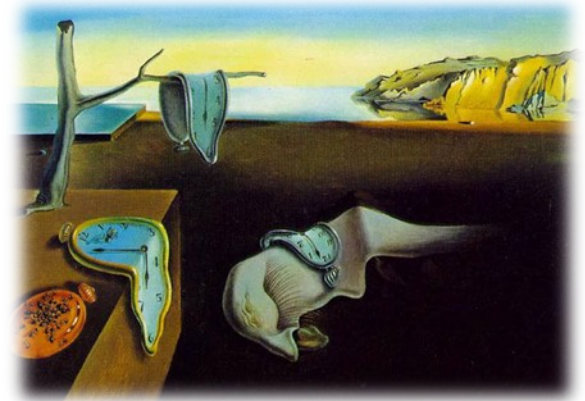
# DURACIÓN

- 45 minutos aprox.
- Duración superior a 1 hora raramente resulta beneficiosa (Ansiedad y vergüenza)
- Si se necesita más de 1 hora es mejor programar otras entrevistas (Descanso y reflexión)
- Entrevistas breves:
  - Poco colaboradores
  - Depresivos profundos
  - Psicóticos agudos, dementes, estuporosos, agitados e incluso quienes sólo quieren el alivio del síntoma



# CIRCUNSTANCIAS QUE TAMBIÉN INFLUYEN EN LA DURACIÓN DE LA ENTREVISTA

- Estilo Personal
- Interés científico
- Curiosidad Personal



# No hay una segunda oportunidad para tener la primera impresión

Recepción del enfermo y conocer los motivos de la consulta, sobre todo conseguir que el entrevistado esté a gusto para que pueda aportar su cooperación desde el primer momento



## FASE INICIAL

8

**3 minutos ya hay diagnóstico**

**Eficacia de la efectividad terapéutica**

**Errores en otros momentos son más fácilmente subsanables**



# EL SALUDO



- Natural y adaptado a las manifestaciones clínicas del paciente
- No recibiremos sonrientes al depresivo ni serios al eufórico
- Exceso de cortesía no → no es un encuentro social

“Me alegro de conocerle”, “Mucho gusto en saludarle”  
**NO**

# EL ASIENTO

- Mostrar con palabras y gestos donde debe sentarse
- Otros prefieren observar desde el inicio la espontaneidad del paciente
  - Dependientes: sillas cercanas al entrevistador
  - Paranoides: sitios distanciados
- ¿Dónde me siento? Donde tú quieras → papel activo
- Sordos y ancianos cerca del entrevistador



# INSTANTES DE ADAPTACIÓN



- Dejar unos instantes antes de comenzar ayuda a que el paciente se adapte y normalice la situación

## EXPLICAR LA ENTREVISTA

- Objetivos de la entrevista y en qué consiste la misma.
- Variaciones en función del nivel cultural
- Se les dice que al final se les dará un juicio clínico, posible evolución y plan de tratamiento.
- Espacio para las dudas que tenga
- En la mayoría esto se conoce y no es necesario hacerlo

# IDENTIFICACIÓN

- Edad
- Dirección
- Ocupación
- Estado Civil

# QUEJA PRINCIPAL

- Dígame...



# ¿POR DÓNDE EMPIEZO?



- Pacientes dependientes y ansiosos: ¿Por dónde empiezo?  
¿No sé que decir?



Esperar a que  
arranquen



Frases que disminuyan la  
pasividad del paciente

- Pasado  $\longleftrightarrow$  Presente (la otra es muy larga)
- A veces la queja primera no es la verdadera, el paciente necesita tiempo para confiar
- Muchos traen síntomas somáticos sobre si van a un médico no psiquiatra

# PREGUNTA INICIAL

- Pregunta con respuesta fácil, no amenazante y abierta
- No debe ser mecánica sino adecuada a cada paciente
- ¿Qué le trae por aquí? ¿Por dónde empezamos?
- No tan recomendables:
  - ¿Qué problema tiene?
  - ¿Qué le lleva a consultar en salud mental?
  - ¿Qué dificultades tiene?
  - ¿En qué puedo ayudarle?
  - ¿Qué le pasa?
  - ¿Por qué viene a visitarme? Eso querría saber yo

# ENTONACIÓN

- Importa casi más que la formulación de la pregunta
- Muy buena estrategia para mostrar interés

# PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- Evitarlas
- Sólo se pregunta así lo que está en la mente del entrevistador

# INFORMACIÓN PREVIA

- No lo miramos salvo datos importantes como la agresividad patológica.
- Informar al sujeto de datos que nos han llegado de manera general
- Que sea el paciente el que nos cuente
- Si trae algún documento es conveniente prestarle atención → si no puede parecer falta de interés
- Podemos explicar que los veremos más tarde para que no contaminen nuestra opinión



# ANSIEDAD INICIAL

- Es normal que el paciente sienta ansiedad por el mero hecho de acudir a consulta
  - Vergüenza y autoevaluación negativa
  - Síntomas psiquiátricos → humillación
  - Temor a la locura y a ser ingresado
  - Tratar temas íntimos con una persona extraña
- Recursos: conversación social y preguntas dirigidas
- La ansiedad puede no ser exclusiva del paciente

# DURACIÓN

- Es breve 2-5 minutos

# PASO A LA SIGUIENTE FASE

- Cómo las dificultades propias de la queja principal afectan a la vida familiar, laboral o social.

**Impersonal → Personal**

**Neutro → Más cargado emocionalmente**

**Reciente → Alejado**

**Amplio → Específico**

# POSIBLES ERRORES

- Tratar temas sexuales, dificultades maritales o ideas delirantes
- Consejos prematuros
- Falsas expectativas
- Este temprano intento de traer tranquilidad puede tener el efecto contrario

Relación interpersonal junto a técnica elegida → Pilares de la entrevista

La relación supone un contexto que facilita la técnica

La alianza influye en la toma de los fármacos

**La satisfacción del paciente con la tarea del clínico se basa más en la relación interpersonal que en los conocimientos de la especialidad**

## **EL CLÍNICO: RELACIÓN INTERPERSONAL Y ALIANZA TERAPÉUTICA**

# PRESTAR ATENCIÓN

- Saber escuchar es un arte
- Supone dar a entender que se está dispuesto a comprender y a ayudar al paciente.
  - Intervenciones relacionadas con cosas que el paciente haya dicho
  - Atención centrada en detalles pero sin perder el panorama
  - Lenguaje no verbal
  - Contacto visual en su justa medida
  - Silencios, indican reflexión
  - No dejar de lado los documentos que trae el paciente



# EVITAR SEÑALES DE APRESURAMIENTO

## ACEPTACIÓN

- No juicios de valor ni tono moralizador
- Consideración positiva incondicional de Rogers
  - Apariencia estafalaria o desagradable
  - Características clínicas (irritable, pasivo o dependiente)
- Cuando el enfermo se siente aceptado será más fácil expresarle el comportamiento o pensamientos que se deben modificar para aliviar el sufrimiento o las inadaptaciones que sufre

# AUTENTICIDAD

- Controlando nuestras reacciones negativas
- Evitar frases convencionales

# FAVORECER LA CAPACIDAD DE AUTODECISIÓN

- Hay situaciones en las que el entrevistador no puede apoyar la autodeterminación del enfermo (trastornos delirantes, ideas suicidas, prescripción de hipnóticos y tranquilizantes cuando hay riesgo de adicción, toma de medicamentos en situaciones críticas...)
- Esto resulta muy útil en adolescentes

# PERSONALIDAD ÚNICA

- Conocer la individualidad, no es un caso más.

## APOYO

- Destacar aspectos positivos, pero siendo cautos en el inicio
- Señalar fortalezas para elevar el ánimo pero ensalzar la capacidad de reacción del sujeto o crear expectativas sin fundamento puede crear más ansiedad (todo se arreglará pronto)
- Poner de manifiesto los esfuerzos que está haciendo y transmitirle que no está solo
- Se pueden generalizar circunstancias adversas, pero hasta cierto punto (este problema es común)



## NO IMPLICARSE EMOCIONALMENTE

- Disminuye la objetividad, necesaria para comprender y planificar la ayuda terapéutica
- No supone frialdad afectiva
- No atender a familiares

## APARIENCIA

## CONTACTO FÍSICO

- Depende de la demanda del entrevistado
- Puede ser signo patognomónico (beso en maniacos)

## HUMOR

- Cuidado con las personas paranoides
- Puede aliviar o aparentar falta de sensibilidad por parte del clínico

## PROBLEMAS PERSONALES DEL CLÍNICO

### CURIOSIDAD PERSONAL

- Busca datos innecesarios

### EVITAR CAMBIOS DE ACTITUD

### ENCUENTRO SATISFACTORIO

- Primera vez que alguien les escucha y les comprende

# AUTOCRÍTICA

## MODOS DE DIRIGIRNOS AL PACIENTE

- Tú vs. Usted
- Mejor observar en vez de preguntar
- Podemos cambiar a medida que pasa el tiempo
- Tener en cuenta la psicopatología (paranoides más distancia)
- Utilidad del *nosotros / nos*

## CONVERSACIÓN SOCIAL

- Inicio / Durante / Final
- Evitar que sea excesiva (pérdida de objetivo, mecanismo de defensa)



# PREGUNTAS PERSONALES

## ○ Intuir la motivación subyacente:

- Simple curiosidad y cortesía
- Establecer amistad
- Conocer la experiencia en la vida
- Determinar la competencia
- Secundario a un trastorno
- Comentarios acerca del clínico
- Temas conflictivos
- Datos propios



# CONFIDENCIALIDAD

- Excepciones
  - Peligro de la vida del enfermo o de otros
  - En beneficio del paciente
- ¿Qué postura debo adoptar si un juez me solicita la historia clínica de un paciente para que sea aportada en un procedimiento de separación o divorcio? ¿ y si me solicita para un asunto penal? (Página33)

# ANOTACIONES I

## ○ Inconvenientes

- Resta atención
- La redacción de la historia como fin en sí misma
- Efectos en el paciente

## ○ Ventajas

- Necesaria, memoria limitada
- Alivio en el paciente
- Datos concretos si no se anotan → falta de interés
- Con el tiempo se adquiere práctica y la interferencia es mínima
- Ampliar anotaciones justo después de la entrevista

# ANOTACIONES II

## ○ Contenidos

- Hechos y observaciones más significativas
- Separar los datos proporcionados por el paciente y los observados por nosotros
- Anotar todo lo que pueda ayudarnos a conocer la vida y la personalidad del paciente

## ○ Resistencia a las anotaciones

- Violación de la intimidad
- Posible filtración
- Darle una explicación al paciente tanto de las notas como de la confidencialidad

# ANOTACIONES III

- Suspensión temporal
  - Establecer una relación interpersonal adecuada(adolescentes)
  - Temas escabrosos
  - Datos significativos a nivel dinámico o psicopatológico (Distracción)
  - Pacientes con inhibición psicomotriz (deprimidos), requieren toda nuestra atención
  - Pacientes con curso del pensamiento acelerado y dificultad de concentración (Maniaco, Agitados), requieren toda nuestra atención
  - Cuando la entrevista está centrada en emociones actuales



# CÓDIGO VERBAL

Adaptarse al nivel intelectual, social, cultural y estado psicopatológico del enfermo.

- Claridad
- Riqueza léxica
  - El profesional ha de disponer de un vocabulario rico, referente a la descripción de estados afectivos, experiencias internas y características de la personalidad.
- Evitar terminología traumatizante
  - Interrupción del embarazo (aborto)
- Jerga: facilita, pero en exceso dificulta (artificialidad)
- Expresiones del enfermo: usarlas (crisis de ansiedad)
- Reducir empleo de tecnicismos: ocultan y deforman las vivencias propias
- Importancia semiológica: tipo y cronicidad del trastorno.

*La lengua engaña  
más que el resto del  
cuerpo*

# COMUNICACIÓN NO VERBAL

- Tener en cuenta el lenguaje no verbal del paciente y el nuestro
- En las personas deprimidas la mejoría de la psicomotricidad(movimiento de brazos y expresividad facial) se observa antes de que el paciente la experimente subjetivamente
- Expresión facial
- Postura
- Respiración

# LLANTO

- Muchas veces el silencio ante el llanto le transmite nuestra aceptación de su descontrol emotivo y ello sirve a menudo de gran apoyo
- Aliviar la vergüenza: siga, siga, llorar es un desahogo habitual de las emociones / si hace esfuerzos por no llorar se sentirá peor
- No cambiar de tema a no ser que lo solicite el paciente
- Normalizarlo para que no se asocie con una personalidad débil
- Ante pacientes histriónicos combinar interés y serenidad
- Poner de manifiesto del motivo principal del llanto
- Es la primera vez que lloro por esto que hace tanto tiempo me dolía por dentro
- Anotar características semiológicas del llanto (fase, duración, intentos de contenerse, intento de impresionar...)



# INTERRUPCIONES

- Evitarlas
  - El teléfono



*La buena relación interpersonal sería como el calor que funde al hierro y facilita las modificaciones convenientes; pero el incandescente metal sin una técnica definida tampoco se transformaría en la pieza deseada*



# TÉCNICAS

# PARAFRASEAR

A diferencia del reflejo se centra en acontecimientos y no en las emociones

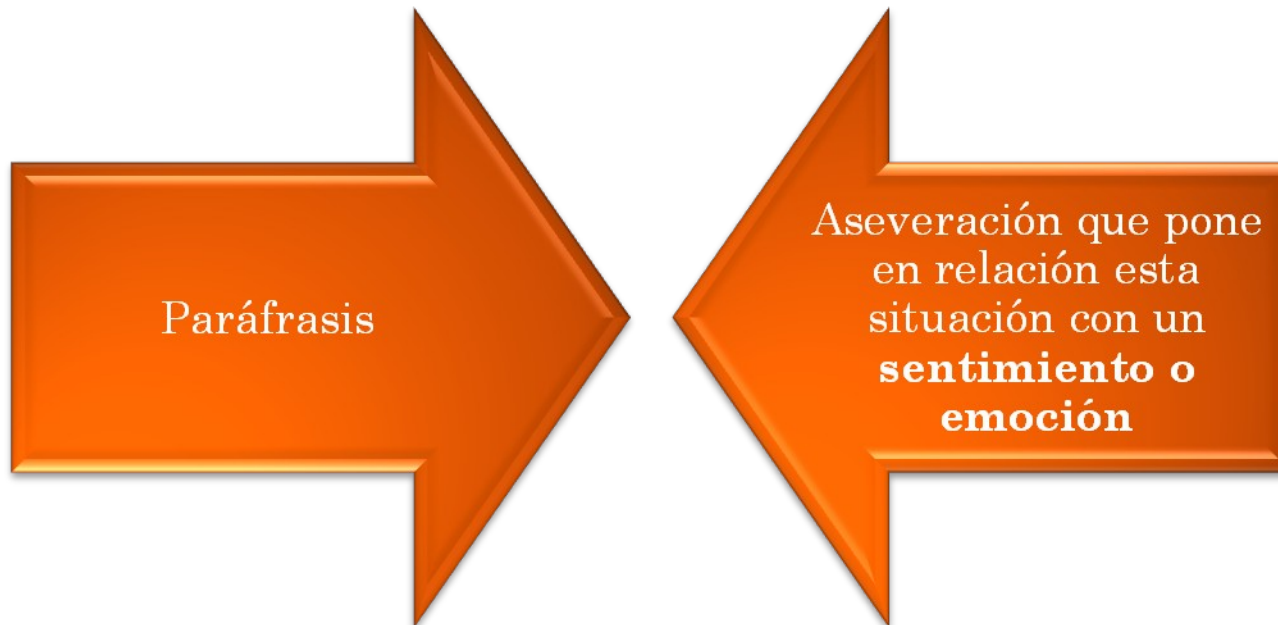
- Repetición de la idea que acaba de expresar el paciente
- No necesariamente de lo último que ha dicho
- Mismas palabras u otras
- Permite hacer más clara una idea y transmitir que una idea se ha entendido
- Ayuda al paciente a centrarse en un tema o un aspecto del mismo
  - Era lo último que me esperaba, pero en ese momento no sé por qué, resultó que me daba pena
  - Le sorprendió sentir pena por ella
- Ayuda a reconocer la naturaleza de los acontecimientos
  - Se lanzó sobre mi, me sujetó y me obligó a mantener relaciones sexuales
  - La violó

Abuso → el terapeuta parece no aportar nada

# REFLEJO EMPÁTICO I



- Aptitud empática / Actitud empática / Intervenciones empáticas (Escucha y Respuesta)
- Su uso se relaciona con buenos resultados terapéuticos
- No es frecuente en situaciones cotidianas (intromisión)  
→ entrenamiento



## REFLEJO EMPÁTICO II



- Sentimiento o emoción que no ha sido explícitamente referido por el paciente pero que el terapeuta puede intuir en base a expresiones previas, la conducta no verbal o conocimiento previo del paciente.
- Emoción-----cuando, porque-----Hechos
- Te sentiste triste cuando te diste cuenta de que ya no estaba allí
- A veces evitar introducir ideas lineales de causalidad
- Debió darte mucha rabia volver a verte engañado

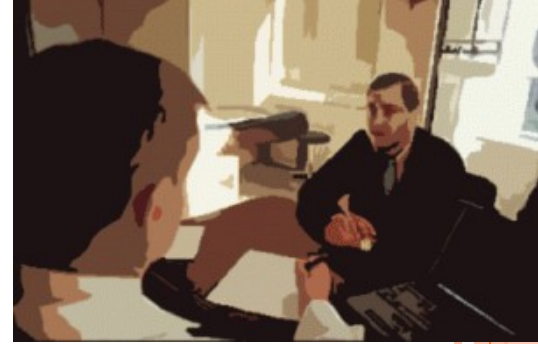


## REFLEJO EMPÁTICO III



- Se pretende centrarse en los sentimientos y que la narración de los hechos no se haga de manera impersonal
- Conseguir actualizar experiencias en la consulta y poder trabajar con los sentimientos del aquí y ahora
- Dar nombre a sentimiento que inspiran determinados comportamientos

# RECAPITULAR



- Resumen o síntesis
- Dos o más paráfrasis o reflejos empáticos
- Interrumpir un discurso que se pierde en detalles irrelevantes
- Seleccionar y enlazar entre sí fragmentos de una sesión que el terapeuta ve como un todo significativo
- No tiene por qué enlazar con lo último que ha dicho el paciente
- Apertura y cierre de sesiones

# PREGUNTAS ABIERTAS

- Causalidad
- Difícil precisar motivaciones de sus actos
- Más fácilmente acusatorio

- Invitación a desarrollar un tema
- ¿qué...? ¿cómo...? **¿por qué...?** En vez de ¿quién...? ¿dónde...? ¿cuándo...?
- Debe ser pertinente y relevante, si no un interrogatorio
- Se recomienda hacer las preguntas de modo que vayan precedidas de una paráfrasis o reflejo empático

# PREGUNTAS CERRADAS



- Requieren la aportación de un dato concreto
  - Me tomé unas copas ¿cuántas copas?
- Frecuentes en las entrevistas iniciales
- Limitan las posibilidades de la conversación terapéutica y reducen la capacidad de decisión del paciente sobre la misma.
- El abuso puede traducirse en la exclusión de temas de importancia

# CLARIFICAR

El terapeuta no puede dar nada por sobreentendido → detectarlos

- Este término tiene diferentes acepciones
- Solicitar al paciente que aclare el significado concreto de una palabra o algún aspecto de la narración que es ambiguo o convencionales
  - Siempre he sufrido depresiones
  - ¿Cómo son esas depresiones?
- Dar a conocer lo que hemos interpretado y preguntar si es correcto
  - Le dije que me dejara en paz, pero él siguió a lo suyo
  - ¿Quiere decir que la forzó de nuevo a mantener relaciones sexuales?

# INTERPRETAR I



- Discrepancia sobre qué implica
- Psicoanalistas un síntoma supone un defensa ante un impulso o deseo icc.
- Dar un significado de un elemento narrativo que en ese momento no es accesible para el paciente
- Intervención antes de una modificación de conducta
- Explicación de un problema en términos de relaciones (pág 49)
- Añade respecto al reflejo empático un posible significado alternativo

## INTERPRETAR II



- Como consecuencia del trabajo previo el paciente está en condiciones de recibir el nuevo significado
- Si se usa de manera autoritaria reduce la alianza terapéutica
- Usar términos aceptados por el paciente
- Favorece el curso productivo de la conversación terapéutica

# CONFRONTAR



- Poner de manifiesto contradicciones existentes en las narrativas del paciente (51)
- Puede señalar discrepancias entre un contenido del discurso verbal y la descripción verbal de un comportamiento (52)
- Diferencias entre contenido verbal y comportamiento no verbal
- Diferencia entre dos contenidos no verbales
- Precaución no sea tomado como un juicio
- Desafío a la alianza terapéutica mayor que la interpretación



## INFORMAR

- Puede ser necesario pero no es un objetivo.

## DAR INSTRUCCIONES

- Buscar feedback sobre la comprensión del paciente de lo enunciado





- Alteraciones alimentarias
- Ciertas actitudes (institucionalizar a un familiar)
- Consumo de tóxicos
- Sexualidad
- Ideas y acciones auto o heteroagresivas
- Secretos domésticos
- ...

## TEMAS SENSIBLES

Considerados por la sociedad inconvenientes o repudiables

# TÉCNICAS ESPECIALES

- No presionar: No precisa hablar de este asunto si se siente incómodo al hacerlo—Me imagino que no resulta fácil hablar de estos temas--- El hecho de que estemos hablando de esto indica su fortaleza psicológica
- Normalizar (no aprobación)
- Preguntas sugestivas: ¿Cuántas veces se masturba?
- Exageración: ¿cuántos atracones se da al día 3,6...? (Tampoco valores absurdos)
- Impulsar la jactancia ¿cuántos litros de vino puede tomar y seguir trabajando?( ojo que estamos aprobando)



# HISTORIA CLÍNICA

## AL INICIO

- Datos de identidad del paciente
- Cómo ha acudido a nosotros

## MOTIVO DE CONSULTA

- Literalidad
- Uso de lenguaje común

## FACTOR TIEMPO

- Eventos del sujeto / Eventos destacados para la comunidad

# TRASTORNOS ANTERIORES

- Crisis similares o distintas

# FAMILIA

- Según psicopatología y circunstancias del sujeto
  - Grupo familiar
  - Padres
  - Hermanos
  - Enfermedades mentales
  - Cónyuge
  - Otros (93-94)

# EVOLUCIÓN

- Infancia
  - Embarazo y parto
  - Manifestaciones psicopatológicas
  - Rasgos de personalidad
  - Clima emocional de la familia
- Adolescencia

# HISTORIA EDUCATIVA

# TRABAJO

Sexualidad

Historia Médica

Tiempo Libre

Historia Social

Circunstancias Precipitantes



Personalidad Previa

Hábitos (Toxicología)

Significado de la vida

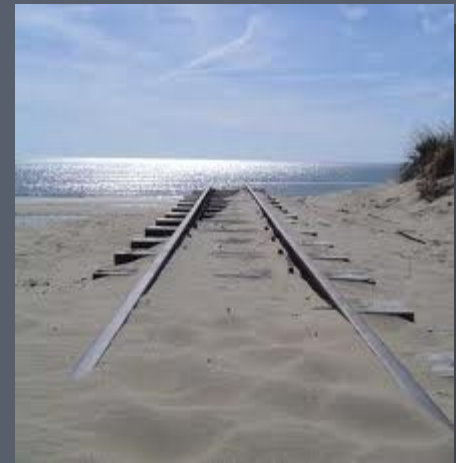
Funcionamiento general previo

Efecto de la sintomatología

Tratamientos anteriores

El acompañante

Aunque opinamos sin fundamento sobre el mundo, siempre que  
se pide las últimas palabras de alguien han dicho algo positivo



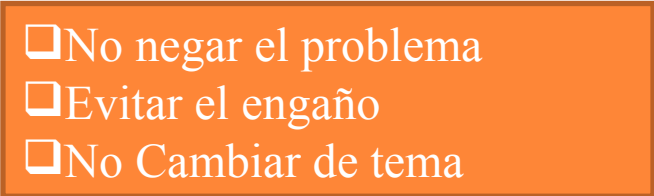
**FASE FINAL**

58

# CONSIDERACIONES GENERALES

- Avisar
- Preguntas específicas (cerradas)
- El paciente se siente comprendido
- El enfermo introduce temas significativos
- Resumen

# EXPLICACIONES DE JUICIO CLÍNICO

- Diagnóstico
- Pronóstico
- Tratamiento → 
  - No negar el problema
  - Evitar el engaño
  - No Cambiar de tema
- *¿Quisiera hacerme alguna pregunta?*

## DURACIÓN

- 10 minutos
- Ser flexible pero la rigidez da profesionalidad

## RESISTENCIA A FINALIZAR

- Se encuentra a gusto
- Piensa que no se le ha explorado en profundidad
- Otras interpretaciones raras: rivalidad fraternal con el siguiente paciente, negativismo psicótico...

# OTROS ASPECTOS

- Conversación social
- Prestar atención a las palabras espontáneas
- Mandar deberes
- Elaborar una autocrítica
- Dejar transcurrir unos minutos hasta hacer entrar al siguiente paciente



**GRACIAS POR  
VUESTRA ATENCIÓN**