

## **Tema 7**

### **La entrevista psicológica**

**Carmen Maganto Mateo y Soledad Cruz Sáez**

#### **OBJETIVOS**

- ✓ **Ofrecer información sobre aspectos básicos de entrevista: concepto, tipos de entrevista y fases de la misma.**
- ✓ **Dar a conocer las características específicas de la entrevista inicial en el proceso diagnóstico**
- ✓ **Saber cuáles son los requisitos básicos de un buen entrevistador**
- ✓ **Especificar las particularidades de la entrevista cuando se consulta por niños y adolescentes**
- ✓ **Aprender cómo utilizar estrategias en el manejo de las verbalizaciones**
- ✓ **Entrenarse en el análisis de una entrevista**

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA INICIAL.....	3
2. TIPOS DE ENTREVISTA: .....	6
2.1. POR EL GRADO DE ESTRUCTURACIÓN:.....	6
2.2. POR LA FINALIDAD: .....	6
2.3. CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE LA TEMPORALIDAD DEL PROCESO .....	7
2.4. EN FUNCIÓN DE LA EDAD DEL ENTREVISTADO .....	7
3. OBJETIVOS .....	9
4. ETAPAS DE LA ENTREVISTA .....	10
4.1. PRE-ENTREVISTA: .....	10
4.2. ENTREVISTA: PRIMERA FASE .....	11
4.3. SEGUNDA FASE: CUERPO DE LA ENTREVISTA. IDENTIFICANDO EL PROBLEMA.....	12
4.4. TERCERA FASE: DESPEDIDA .....	13
4.5. POST-ENTREVISTA:.....	13
5. ELEMENTOS O VARIABLES QUE CONFIGURAN LA COMUNICACIÓN .....	14
6. ANÁLISIS Y COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA .....	16
7. CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN ENTREVISTADOR.....	21
7.1. ACTITUDES FUNDAMENTALES DEL ENTREVISTADOR.....	21
7.2. HABILIDADES DE ESCUCHA.....	23
7.3. HABILIDADES COMUNICACIONALES: ESTRATEGIAS EN EL MANEJO DE LAS VERBALIZACIONES 26	
7.3.1. Estrategias para elicitación o mantener una comunicación con el paciente.....	26
7.3.2. Estrategias en el modo de hacer preguntas.....	28
8. ALGUNAS CONSIDERACIONES RELEVANTES CUANDO SE CONSULTA POR UN NIÑO O ADOLESCENTE .....	31
8.1. EL PSICÓLOGO QUE TRABAJA CON POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL .....	31
8.2. LA PRESENCIA DE LOS PADRES EN LA ENTREVISTA .....	33
8.2.1. Quién decide acudir a consulta. La presencia de ambos padres.....	33
8.2.2. Implicación de ambos progenitores en el diagnóstico .....	34
8.2.3. Cómo percibe cada uno de los cónyuges los problemas del hijo:.....	35
8.3. LA ENTREVISTA CON EL NIÑO .....	37
8.3.1. La relación con el psicólogo desde el punto de vista evolutivo.....	38
8.3.2. Fases o etapas de la entrevista con niños y adolescentes .....	39
Primera fase: mutuo conocimiento .....	39
Segunda fase: identificación del motivo de consulta y de los problemas del sujeto.....	39
Tercera Fase: Despedida.....	42
9. CÓMO REGISTRAR LA INFORMACIÓN .....	44
10. FIABILIDAD Y VALIDEZ.....	44
11. RECOMENDACIONES A MODO DE SÍNTESIS.....	47
12. ESQUEMA RESUMEN DEL CAPÍTULO .....	48
13. EJERCICIOS DE AUTOCOMPROBACIÓN .....	49
14. SOLUCIONES .....	50
15. PRÁCTICA DE ENTREVISTA. CASO ANA, 35 AÑOS .....	50
16. INSTRUCCIONES PARA EL ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA: .....	52
18. BIBLIOGRAFÍA .....	55
19. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA .....	60
20. GLOSARIO .....	60

## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se aborda el tema de la entrevista en el contexto de un proceso de evaluación psicológica por ser éste el hilo conductor del texto que tenemos entre manos. En este marco, la primera entrevista reviste una especial consideración y una importancia ampliamente reconocida en el proceso diagnóstico (Fernández del valle, 1997; García Marcos, 1983a; McKinnon y Michels, 1981; Muñoz, 2003; Othmer y Othmer, 1996; Silva, 1981, 1998; Wiens, 1983; Wiens y Matarazzo, 1983). Para estos autores, entre otros, es la técnica que más se utiliza y por la naturaleza de la información que aporta es una técnica insustituible e indispensable para el psicólogo. Por consiguiente, se va a centrar el tema en la entrevista inicial con adultos y posteriormente en la entrevista con niños. No se pretende ser exhaustivo en la presentación del tema, hay manuales pertinentes para ello recomendados en la bibliografía, sino exponer los aspectos más relevantes de dicha técnica. Estos aspectos serán expuestos desde una perspectiva ecléctica, intentando integrar aquello que es común y aceptado por diversos modelos teóricos.

### 1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA INICIAL.

Entre las definiciones más conocidas de entrevista están la de Sullivan (1954) y la de Pope (1979) en las cuales se recogen los siguientes aspectos: una conversación y/o relación interpersonal entre dos o más personas, con unos objetivos determinados, en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia explícita de roles en los intervinientes. Estos roles marcan una relación asimétrica, puesto que uno es el experto, el profesional, y otro es el que necesita de su ayuda.

Estos aspectos no agotan la definición conceptual de entrevista, pero marcan algunas de las características específicas de la misma: la conversación que se mantiene, es decir todos los elementos del lenguaje verbal y no verbal, así como el contenido de la misma, el establecimiento de una relación interpersonal, unos objetivos específicos, la configuración asimétrica de roles, la petición de ayuda y la respuesta a esta solicitud (Acevedo y López, 1986; Berger, 1987; Bernstein y Nietzel, 1982; Fernández del valle, 1997; García Marcos, 1983a; Kvale, 1996; Martorell y González, 1997; Mateu y Fuentes 1992; Muñoz, 2003; Silva, 1998; Sullivan, 1982). Por ello, acercarnos a las características particulares de esta técnica ayudará en la comprensión de la misma.

La entrevista se caracteriza por ser una técnica **previa al diagnóstico** e incluso previa a cualquier modalidad de intervención, imprescindible en el proceso de evaluación por la cantidad de información y conocimiento personal que aporta del sujeto en un breve espacio de tiempo.

La entrevista se desarrolla a través de una **conversación con una finalidad, ya** que se centra en la demanda del sujeto, en la explicación de su problema. La información que aporta el sujeto lleva su sello personal, y plantea desde su punto de vista cuál es la elaboración personal de los acontecimientos por los que consulta.

Es una técnica que recoge abiertamente la **petición de ayuda** del entrevistado, porque especialmente en la primera entrevista, el entrevistado se encuentra en una situación de conflicto, estrés, confusión y sufrimiento que le lleva a consultar. En la entrevista, no se buscan sólo datos precisos y contrastados de los problemas, sino información acerca de cómo percibe el propio sujeto el malestar por el que consulta (Borrell, 1989).

La información que se recoge de la persona es por una parte amplia y **general** y por otra **específica** y concreta, lo que convierten a esta técnica en un instrumento insustituible de evaluación. Esto hace que las habilidades de escucha y de formular preguntas sean decisivas en la formación del evaluador.

La finalidad del psicólogo entrevistador es **identificar y clarificar la demanda**, comprender los problemas y sentimientos del demandante, elaborar las hipótesis pertinentes sobre la consulta, confirmarlas en sucesivas sesiones o con otras técnicas a fin de proponer estrategias de resolución del conflicto o de promoción de salud, es decir, alternativas de cambio terapéutico en cualquier dimensión de su realidad personal, laboral y social. En un **prefijado espacio de tiempo y lugar** se intenta **comprender y dar respuesta** a las necesidades de la persona que demanda (Rossell, 1990). Necesidades traducidas al contenido de lo que demanda y a la forma personal de solicitarlo: tiempo que necesita para expresarse, ritmo, tiempo de latencia, cantidad de información aportada, organización de las ideas, sentimientos, etc.

Para ambos es el **punto de partida** de la relación psicológica, el punto en el que se concreta la forma y la calidad de la intervención profesional, a partir de la cual se limitan y orientan las demandas del que consulta. La información aportada por el entrevistado se convierte en el foco de referencia y de trabajo en común a partir del cual se establece la relación de entrevista. Sobre esta primera información se organizan otros nuevos datos que permiten completar las hipótesis y las alternativas de actuación posterior.

Esta relación, por tanto, se inicia con un **desconocimiento mutuo** por parte de las personas integrantes, por lo que ambos necesitan estrategias de acercamiento y conocimiento para establecer las bases de una adecuada relación. Pero, sobre el que dirige la entrevista, recae la responsabilidad de recabar información para lograr un **conocimiento del paciente** y de su entorno en un breve espacio de tiempo.

El entrevistador utiliza sus **conocimientos**, aporta su **experiencia** y trabaja con las **técnicas** que considera más adecuadas. El demandante necesita ayuda y el profesional la oferta. Esta diferencia de roles y actitudes hace que la entrevista se diferencie de una relación de amistad. En este sentido, la **variable examinador** modula y condiciona el desarrollo de la misma. No solamente su formación teórica es importante, sino que están implícitos su mundo de valores y creencias, sus propias experiencias de vida, las elecciones personales y su estatus socioeconómico y cultural, así como sus experiencias infantiles y el modo como ha resuelto sus propios conflictos. Estos aspectos van a marcar desde este primer momento un estilo de relación psicológica específica de los protagonistas (intervinientes) de esta relación.

La entrevista inicial de evaluación psicológica se enmarca en una relación asistencial, de ayuda, lo que para Alvarez (1984) y , Hersen, Kazdin, y Belack (1991) significa que, por una parte, los personajes involucrados no actúan desde sí mismos, con una libertad absoluta, sino que actúan en función de un **modelo de trabajo clínico**, y por otra, la idea de la ayuda que se quiere brindar responde también a la actitud del examinador en relación a su rol, es decir, al modelo teórico que él tiene sobre lo que significa ser un psicólogo que ofrece sus servicios a otro ser humano.

Bassols (1990) y Kvale (1996) señalan como una de las características propias de esta técnica el que se trata de una **relación interpersonal** que conlleva la **influencia recíproca** en los individuos implicados. Para dicho autor la relación ocurre en un escenario en el que adquieren gran intensidad los sentimientos e ideas desvelados, y cuanto más significativas sea esa relación más intenso es el efecto provocado en el interlocutor. Esta influencia

bidireccional (Fernández del valle, 1997; García Marcos, 1983<sup>a</sup>; Muñoz, 2003), denominada también retroalimentación inmediata (Linehan, 1977), da lugar a que el control de las variables de la entrevista sea muy difícil.

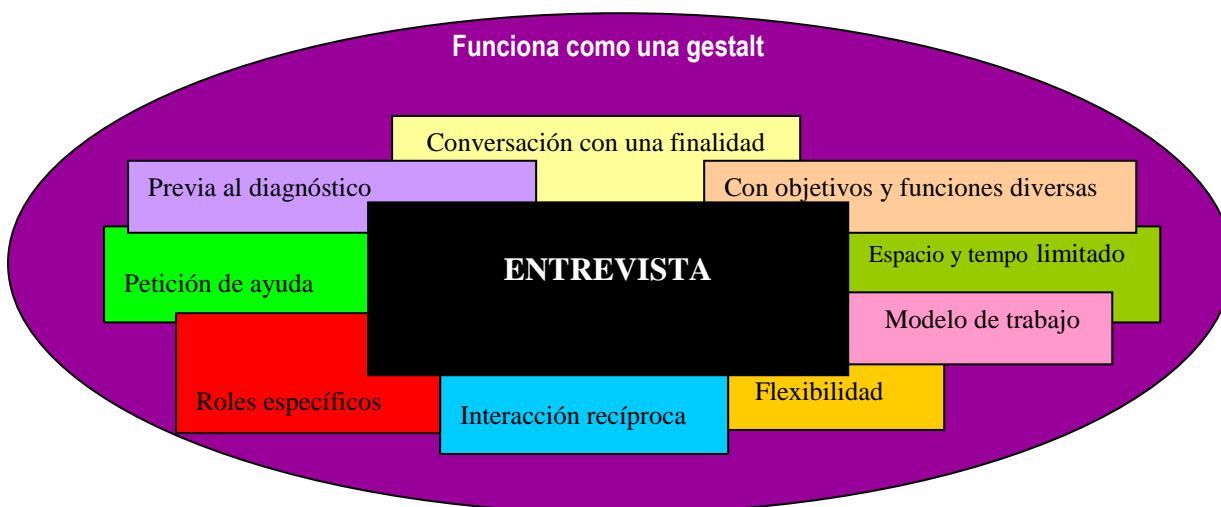
Esta relación interpersonal funciona como una **gestalt**, no como la suma de partes de los participantes, ya que intervienen todos los aspectos de la realidad personal y situacional de los participantes (Tizón, 1988; Mateu y Fuentes 1992) en el momento en que se produce. También es específico de esta técnica la flexibilidad que adquiere el desarrollo de la misma, ya que, a pesar de tener unos objetivos prefijados, el examinador debe adaptarse a las características propias del entrevistado a lo que ocurre en el “aquí y ahora”.

Permite observar en directo la conducta del paciente, y si bien es siempre una muestra de su conducta, es inapreciable el valor de la observación en una situación de relación interpersonal-social (Bleger, 1977). Sin embargo, ninguna entrevista agota el repertorio de conductas de una persona, no emergen todas en una entrevista, sino que emergen segmentos de la misma. Por ello, hay también otros procedimientos diagnósticos que deben ser utilizados en el proceso diagnóstico, pero para Groth-Marnat (1990), los datos posteriores que se obtienen a través de otras técnicas de evaluación cobran sentido a la luz de la entrevista, ya que sin ésta tendríamos un número de valores y medidas difíciles de integrar y dar significado.

La entrevista, además, cumple una serie de funciones que la convierten en una de las técnicas más polivalentes de la evaluación psicológica (García Marcos, 1983a). Tiene una función motivadora al establecer una relación que estimula y posibilita el cambio; una función **clarificadora** porque al exponer los problemas, ponerles nombre, ordenarlos, secuenciarlos, buscarles su razón de ser, etc., permite que el sujeto se clarifique en su propia demanda; y cumple también una función **terapéutica** por el mismo hecho de verbalizar lo que preocupa y porque el psicólogo ofrece alternativas y estrategias de cambio al paciente, o bien un punto de vista diferente que por sí mismo modifica la cognición del problema e indirectamente la conducta que se pretende cambiar.

Sin embargo, el número casi ilimitado de variables, la complejidad de su desarrollo y secuencia, la dificultad e incluso, en ocasiones, la inutilidad de planificar su desarrollo hacen que el acercamiento científico a la misma sea complejo (Silva, 1998).

En síntesis, las características más relevantes de la entrevista son:



## 2. TIPOS DE ENTREVISTA:

La entrevista no es una técnica unívoca que pueda ser aprendida y aplicada independientemente del nivel de estructuración, de los objetivos que se persiguen, del contexto en el que se realiza, etc. Existen diferentes tipos de entrevista en función de las variables que la configuran, siendo las modalidades de entrevista más vinculadas al proceso de evaluación psicológica las siguientes (Álvarez, 1984; Berntein, y Nietzel, 1982; Borrell, 1989; Kvale, 1996; García Marcos, 1983a; Martorell y González, 1997; Silva, 1998; Upcraft y Schuh, 1996):

### 2.1. POR EL GRADO DE ESTRUCTURACIÓN:

- ✓ Estructurada: El entrevistador se ajusta a un guión establecido y generalmente estandarizado a la hora de formular las preguntas.

Dentro de las entrevistas estructuradas existen tres modalidades importantes:

- La entrevista mecanizada, en la que el paciente se sitúa ante un ordenador o similar para responder a las preguntas que le formulan. En la última década este tipo de entrevista ha tenido un amplio desarrollo.
- Entrevista autoadministrada: es como un autoinforme, y en ella el propio sujeto contesta por sí mismo a un texto con preguntas cerradas y en una secuencia determinada.
- Cuestionario guiado por el entrevistador: el paciente va respondiendo al interrogatorio del examinador, o bien contesta por sí mismo, pudiendo preguntar sus dudas al examinador que lo acompaña.

- ✓ Semiestructurada: El entrevistador tiene un guión previo con cierto grado de libertad para proponer cuestiones ad hoc durante la entrevista, bien ampliando la información, bien alterando el curso de las preguntas o la formulación de las mismas.

- ✓ Libre: El entrevistador permite hablar al entrevistado en función de sus propias necesidades, formulando preguntas abiertas, preguntas de amplio espectro, que promuevan hablar desde lo que cada uno selecciona para contestar y no desde la concreción a una pregunta muy específica.

### 2.2. POR LA FINALIDAD:

- ✓ Entrevista diagnóstica: La o las entrevistas orientadas a establecer un diagnóstico posterior sobre un paciente ante un problema que se consulta. Suele ir posteriormente acompañada de otros instrumentos de evaluación que permiten contrastar lo recogido en la entrevista. Suele integrarse dentro de un proceso de evaluación, y se considera una técnica más, si bien importante y una de las primeras que abre el campo de investigación.

- ✓ Entrevista consultiva: Se trata de una entrevista en la que el objetivo prioritario es dar respuesta a una pregunta en relación a un tema específico. Suele tener un objetivo focal, con una finalidad muy concreta, en la que el o los entrevistados no van a proseguir con un trabajo clínico posterior.

- ✓ Entrevista de orientación vocacional. Su objetivo consiste en orientar qué estudios elegir y/o qué ámbito profesional es el más idóneo para un sujeto atendiendo a sus capacidades, intereses, valores, etc., sin desestimar a su vez al contexto social en el que se sitúa el sujeto.

- ✓ Las entrevistas terapéuticas y de consejo tienen por finalidad operar un cambio en una dirección acordada por ambos, entrevistador y entrevistado. Tienen por consiguiente unos objetivos definidos, una temática ya planteada y unas estrategias de trabajo terapéutico.

- ✓ La entrevista de investigación tiene como objetivo determinar en función de criterios previamente definidos la adscripción o no de un sujeto a la propia investigación, es decir, la definición de “caso” en el marco de un modelo clínico. Así mismo, conocer, comprobar, confirmar y abrir nuevas vías de conocimiento de problemas psicológicos en un sentido amplio. Sin olvidar el cuerpo de conocimientos que se desarrollo a partir de la propia entrevista sobre las variables de la misma, como técnicas de registro de la entrevista, fiabilidad interevaluadores, criterios de validez, respuestas en función del grado de estructuración, etc.

### **2.3. CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DE LA TEMPORALIDAD DEL PROCESO**

Cualquier situación de relación de ayuda se encuadra en un proceso temporal. Durante el mismo, la entrevista se utiliza en diferentes momentos, con diferentes objetivos, variando incluso su desarrollo, por lo que cada una de ellas reviste especial significado y diferencias particulares.

- ✓ Entrevista inicial. Es aquella que abre el proceso relacional y que identifica el objeto y objetivos de dicha reunión encuadrando un tipo de interacción entre entrevistado y entrevistador. Reúne unas características determinadas que serán examinadas a lo largo de este capítulo.
- ✓ Entrevistas de información complementaria. Son aquellas entrevistas que se realizan para conocer más datos o de manera más completa al sujeto con el que se está trabajando. En esta categoría entran entrevistas con los familiares del sujeto entrevistado, con profesionales externos si fuera necesario, etc.
- ✓ Entrevista sobre la biografía del sujeto o anamnesis: Se trata de un tipo de entrevista en la que se recorren los hitos evolutivos más significativos del proceso de maduración, se comprueba cómo ha ido el desarrollo temprano, la progresiva autonomía e independencia, las adquisiciones funcionales básicas, etc. Generalmente se sigue un esquema ordenado por áreas de desarrollo y organizado cronológicamente. En evaluación infanto-juvenil es de especial utilidad, y diríamos que imprescindible para el diagnóstico. Ofrece una riqueza informativa incuestionable y permite valorar la vivencia de los padres ante el desarrollo de los hijos, tanto ante sus adquisiciones como ante sus retrasos.
- ✓ Entrevista de devolución. En esta entrevista el psicólogo ofrece información elaborada sobre el diagnóstico, el pronóstico y sobre las estrategias terapéuticas que se plantean. Es una entrevista de gran utilidad, que requiere un entrenamiento específico, tanto o mayor que el requerido para realizar una entrevista inicial. Se pone en juego la comprensión de los padres o los propios pacientes del problema, la motivación para el cambio y la aceptación de las estrategias propuestas como estrategias terapéuticas válidas.
- ✓ Entrevista de alta clínica. El objetivo de la misma es despedir física y administrativamente al paciente y cerrar el caso. Puede ocurrir, que esta despedida sea temporal y que de nuevo la relación se continúe en un tiempo posterior, pero finaliza porque se ha cumplido el objetivo por el que acudió, o bien ha habido una respuesta exitosa al problema por el que consultó.

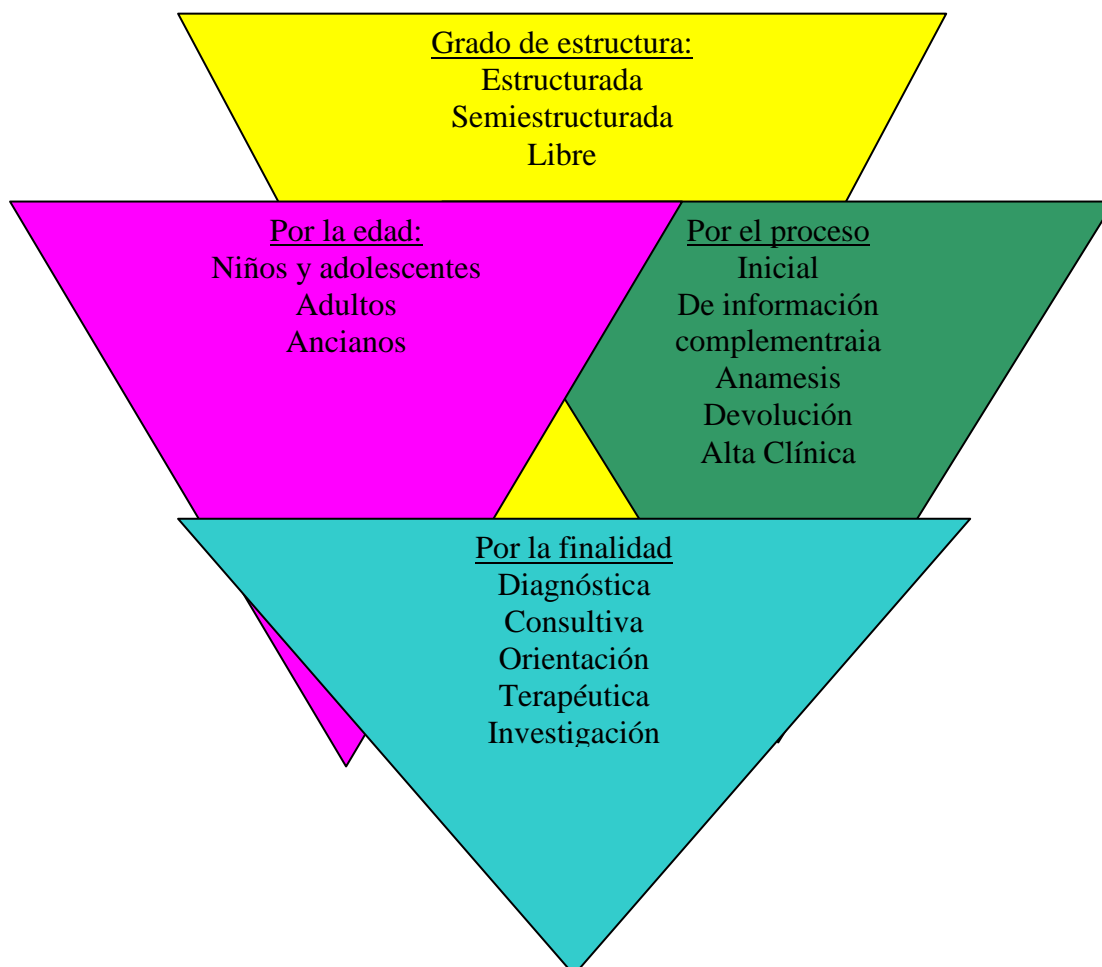
### **2.4. EN FUNCIÓN DE LA EDAD DEL ENTREVISTADO**

- ✓ Entrevista a niños y adolescentes. Esta es una categoría amplia que posteriormente desarrollaremos al hablar de la entrevista inicial, pero en general se considera que son sujetos que no piden ayuda por sí mismos, sino que la demanda proviene de los adultos, padres, profesores, servicios sociales..., y éstos suelen ser parte

implicada en el problema y en la resolución del mismo. Las capacidades cognitivas, verbales y emocionales de los niños y adolescentes obligan al entrevistador a una adaptación muy personalizada de cada caso, superior, sin duda, a la que se precisa para la relación con los adultos. Por otra parte el conocimiento de las características evolutivas y la experiencia profesional con sujetos infantiles son imprescindibles para trabajar con esta técnica.

- ✓ Las entrevistas con adultos. Sin duda desde la mayoría de edad hasta la vejez también las etapas evolutivas adquieren en la entrevista especial significado. Los problemas planteados depende, en parte, de esta génesis evolutiva del ser humano. La importancia de la pareja y relaciones sexuales, la etapa de crianza en unos padres jóvenes, las dificultades con los adolescentes, las propias limitaciones personales físicas y psicológicas, la incidencia de los problemas laborales, así como todos los eventos que contravienen de forma importante en la vida de cada persona, adquiere dimensiones diferentes no solo por la persona en sí misma y por el propio suceso, sino por la etapa de la vida en la que esto ocurre.
- ✓ Las entrevistas con ancianos y personas con cierto deterioro requiere un entrenamiento específico en orden al tipo de relación que se establece, al tipo de lenguaje y modo de preguntar, a los objetivos de cambio que se pueden conseguir, a los apoyos económicos, sociales y emocionales con los que estas personas cuentan.

A modo de síntesis presentamos la interacción posible entre las cuatro categorías de clasificación:



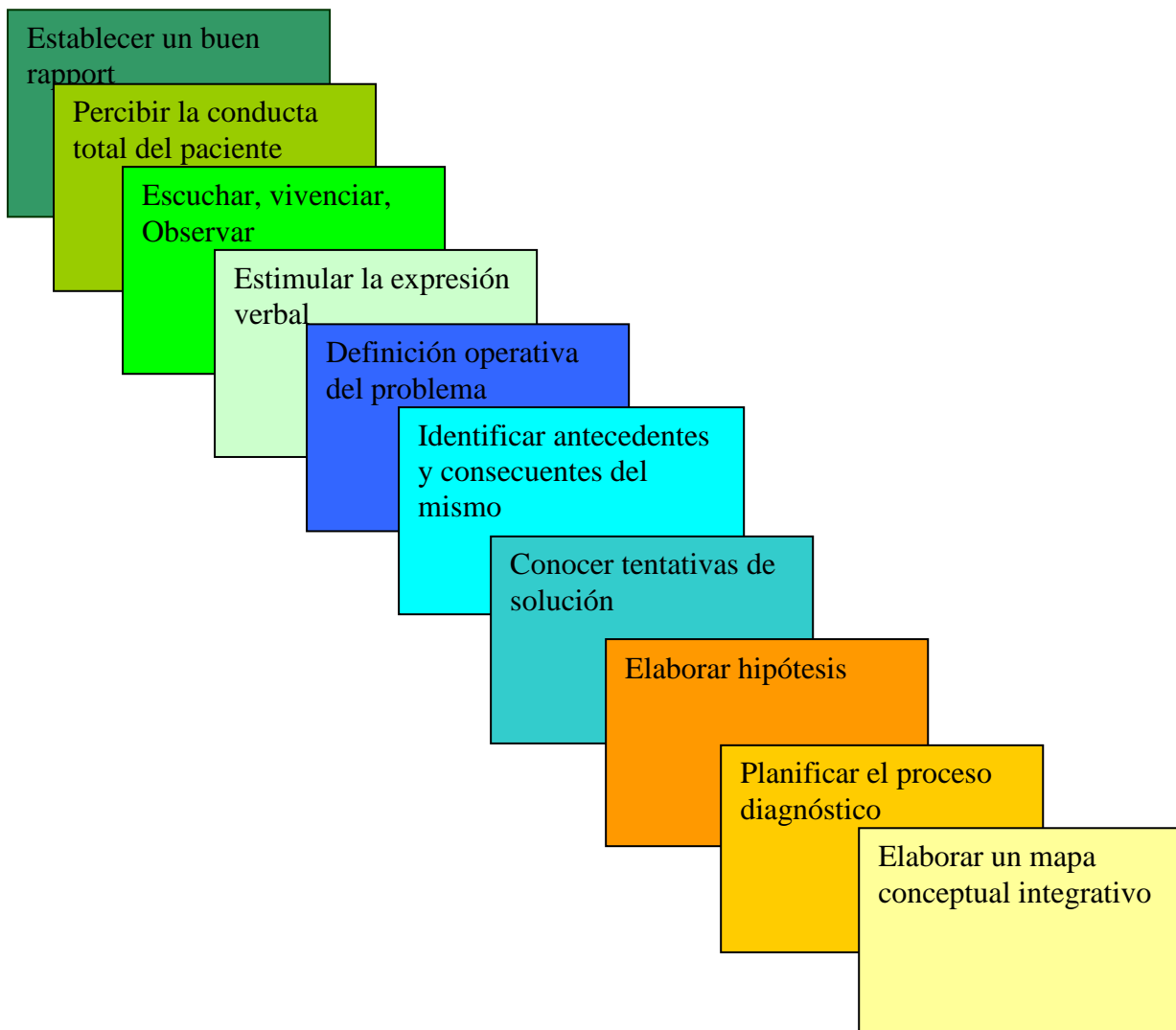


### 3. OBJETIVOS

No hay, según Silva (1998) ninguna técnica a la que se le hayan asignado tantos objetivos como a la entrevista. Los objetivos de la entrevista inicial varían de algún modo en función del modelo teórico del profesional, pero existe un acuerdo en considerar que deberían tenerse en cuenta los siguientes: (Acevedo y López, 1986; Bleger, 1977; Cormier y Cormier, 1994; Fernández del valle, 1997; García Marcos, 1983a; Giordano, 1997; Kvale, 1996; Links, 1996; Mateu y Fuentes, 1992; Martorell y González, 1997; Tizón, 1988)

- ✓ Guiar la entrevista al objetivo establecido.
- ✓ Establecer un buen rapport, es decir, un clima de confianza apropiado para propiciar la comunicación del paciente.
- ✓ Percibir al paciente tal y como es, atendiendo a su conductas verbal y no verbal y registran el grado de coherencia entre ambas.
- ✓ Contener la angustia y ansiedad del entrevistado.
- ✓ Escuchar, es decir, dedicar más tiempo a atender a lo que paciente dice, sin interrumpir, sin juzgar, etc... que a preguntar. Esto conlleva interesarse por lo que cuenta, aunque esto pueda parecer obvio, es decir, por el contenido de lo que expresa, con las características del lenguaje, el modo de informar, los silencios...
- ✓ Obtener información, lo más exacta y válida posible, sobre el problema o problemas que presenta el paciente.
- ✓ Estimular la expresión verbal del paciente, realizando preguntas adecuadas para obtener datos necesarios
- ✓ Captar lo que el paciente está solicitando a través de sus problemas, y qué suscita en el entrevistador.
  - Lograr una comprensión del problema, es decir, hacer insight con el problema del consultante. Esto va más allá de la mera observación y registro intelectual de datos. Como se explicará más adelante, esto supone integrar los datos aportados, darles, sentido, conocer los antecedentes y consecuentes del mismo, etc.
- ✓ Conocer las tentativas de solución que se han implementado hasta el momento y los resultados obtenidos de las mismas.
- ✓ Establecer hipótesis diagnósticas en los términos que cada profesional entienda en función de su marco teórico. En general, las Clasificaciones nosológicas más comunes son la referencia diagnóstica para el psicólogo, pero puede operarse con otras alternativas teóricas que sean punto de referencia teórica para el profesional.
- ✓ Planificar del proceso psicodiagnóstico. Antes de finalizar la entrevista el psicólogo debe comunicar las condiciones de trabajo a seguir: horario, duración de las sesiones, técnicas complementarias, objetivos a alcanzar, exámenes complementarios de otros profesionales, cuestiones económicas si fuera el caso, etc.
- ✓ Organizar un mapa conceptual sobre los problemas que le han consultado. Tras finalizar la entrevista, conviene que el profesional dedique un tiempo a reflexionar y elaborar una representación gráfica o mapa conceptual que estructure el caso y aporte una explicación y comprensión del mismo.

A modo de síntesis:



#### 4. ETAPAS DE LA ENTREVISTA

La entrevista inicial tiene una secuencia temporal y está a la vez encuadrada en un contexto más amplio que es el propio proceso de evaluación (Fernández Liporace, M, 1997; García Marcos, 1983a; Giordano, 1997; Martorell y González, 1997; Newell, 1994; Ulloa, 1986; Peterman y Müller, 2001; Silva, 1998). Esta secuencia o proceso tiene sus fases que pueden ser bien delimitadas.

##### 4.1. PRE-ENTREVISTA:

Los profesionales en su trabajo público o privado, no reciben a un paciente directamente, sino que existe algún otro profesional que recepciona la solicitud de consulta del paciente.

Cuando se recibe a un paciente se conoce de él al menos el motivo de consulta y algún otro dato más. En los servicios públicos existe personal especializado que toma nota de los datos personales, del motivo de consulta, así como del profesional que lo deriva si procede. Posteriormente esta persona llama al paciente para precisar la fecha y hora de consulta asignada por el psicólogo. En los servicios privados el propio profesional u otra persona atiende igualmente a las llamadas telefónicas recogiendo los datos que en cada situación se consideren oportunos. Por ello, cuando el paciente acude a consulta, el profesional conoce de forma breve quién solicita ayuda y por qué.

En la preentrevista se recoge información sobre:

- ✓ Paciente. Se anota quién llama, si es el propio paciente o alguna otra persona en su nombre, qué años tiene y se toman datos para conectar de nuevo con él.
- ✓ Motivo de consulta. Cuál es en concreto el motivo por el que solicita la consulta. Suele explicarse brevemente para no interferir en la labor profesional del clínico. Es interesante anotar textualmente qué se dice en este primer momento y cómo se dice.
- ✓ Referente. Si es derivado por algún especialista o viene por iniciativa propia. En los servicios públicos de salud mental de adultos los médicos de atención primaria son el canal de derivación obligado, no ocurre así ni en el caso de salud mental infantil ni en los servicios privados, en los que puede acudir por iniciativa personal.

#### **4.2. ENTREVISTA: PRIMERA FASE**

Hay tres aspectos básicos en esta primera parte de la entrevista:

- ✓ Contacto físico
- ✓ Saludos sociales
- ✓ Tentativas de conocimiento mutuo

La primera fase se denominada de mutuo conocimiento, ya que es el momento que toman contacto por primera las personas integrantes, y necesitan de un tiempo para situarse ante la otra persona que tienen como interlocutora. En esta primera fase suceden los saludos y presentaciones. No hay una manera ideal de abordar a un paciente. Hay quién extiende la mano y saluda mientras dice su nombre, y hay quien saluda y se presenta sin dar lugar al contacto físico. En toda la presentación hay formas abiertas y expansivas, mientras que hay otras más restringidas a lo puramente formal. Sin embargo, porque en este primer momento la preocupación y ansiedad del paciente son elevadas, se aconseja que la actitud acogedora, cálida y empática se cuiden con esmero, así como la comunicación no verbal. Son importantes las formulas de cortesía y la expresión verbal en las primeras intervenciones del psicólogo porque serán definitorias del tipo de relación que se establece. El clima de confianza va a ser determinante y va a condicionar el proceso de entrevista.

Tras el momento de saludos se toma asiento o se indica al paciente cuál es el suyo. Se abre la entrevista clarificando los objetivos de la misma, el tiempo que vamos a invertir y el conocimiento que tenemos de su demanda. Puede decirse una frase del estilo de: "Vd. solicitó una entrevista porque ....", o bien "sé que Vd. llamó preocupado porque... puede indicarme qué es lo que desea/ necesita/ preocupa ...." . Si el paciente no prosigue la frase o no inicia la conversación sobre sus problemas se le puede aclarar cuál es el modo de trabajo que se va a

seguir: “Vamos a tener un tiempo (suele precisarse cuanto más o menos) para hablar de lo que a Vd. le preocupa. Si lo desea puede contarme en el orden y en el modo que a Vd. le resulte más fácil aquello por lo que ha venido. Yo intervendré cuando lo considere necesario e iré tomando algunas notas (si se va a hacer) para mi trabajo posterior”. En general, cuando el entrevistador dice unas cuantas frases de este estilo al inicio de la entrevista, da un tiempo al entrevistado para verse en el lugar, situarse ante la persona y poder iniciar su relato con menos ansiedad.

### **4.3. SEGUNDA FASE: CUERPO DE LA ENTREVISTA. IDENTIFICANDO EL PROBLEMA**

La segunda fase se conoce como la fase de exploración. Podríamos decir que es el cuerpo de la entrevista (Fernández Liria, y Rodríguez Vega, 2001; Giordano, 1997; Kvale, 1996; Martorell y González, 1997; Othmer y Othmer, 1996; Silva, 1998; Wozencraft, 1997), en el que el consultante explica su demanda, formula un problema y solicita una ayuda.

En esta fase, como veremos posteriormente, el psicólogo trata de escuchar, observar y preguntar adecuadamente para ir elaborando hipótesis, que debe ir confirmando o rechazando, a fin de dar posteriormente respuesta a la demanda del consultante.

El tiempo que transcurre desde que el paciente explica lo que le preocupa hasta que el psicólogo clarifica e identifica la naturaleza e importancia del problema y elabora las hipótesis pertinentes, no es homogéneo de unas entrevistas a otras, ni de unos pacientes a otros, pero en general una entrevista no suele durar más de 50 ó 60 minutos, por lo que esta fase suele ocupar alrededor de 40 minutos más o menos.

La actuación del entrevistador en este tiempo es la de observar, escuchar y vivenciar la conducta del paciente, atendiendo a sus verbalizaciones, a la comunicación no verbal, elaborando hipótesis y tratando de confirmarlas progresivamente. Además utilizará de modo profesional y técnico estrategias comunicacionales a fin de conseguir los objetivos que se plantea.

En esta fase, el psicólogo debe dejar constancia de cuál es su rol, guiar al entrevistado en el desarrollo de la entrevista y utilizar sus conocimientos y experiencia sobre técnicas y habilidades comunicacionales a fin de conseguir los objetivos que pretende.

En concreto es la fase en la que se intenta lograr una comprensión del problema. Esto va más allá de la mera observación y registro intelectual de datos, esto implica conocer cuál es realmente el motivo de consulta, cómo lo percibe el sujeto, cuáles son los antecedentes y consecuentes y qué soluciones previas ha implementado.

En esta etapa se ponen en juego las habilidades del examinador que analizaremos en el apartado dedicado a ello. La actitud del psicólogo, su experiencia y habilidades personales y profesionales son la base para comprender el porqué y para qué un paciente acude a un profesional. Es de suma importancia, como se viene repitiendo, saber escuchar, así como saber qué preguntar, cuándo y cómo hacerlo.

Antes de pasar a la fase final, conviene que el psicólogo haga una síntesis de los problemas planteados y se los formule de forma breve al paciente a fin de obtener un feed-back comprensivo. Las frases como: “si he entendido bien, lo que en definitiva a Vd. le preocupa es ....”, “me gustaría saber, tras lo que hemos hablado, si su principal preocupación en este momento es...”, “quizá, como síntesis, podemos decir que Vd. está sufriendo

especialmente por ...., ¿he entendido bien"? Frases de este estilo, acuerdan un foco de trabajo en común consensuado por ambos, clarifica la consulta y es el punto de partida para proseguir el trabajo clínico posterior.

#### **4.4. TERCERA FASE: DESPEDIDA**

- ✓ Encuadre o plan de trabajo
- ✓ Nueva cita
- ✓ Despedida física

En la tercera fase, fase final o de cierre de la entrevista, se despide al paciente. Conviene, antes de despedirse, clarificar con el paciente cuál va a ser el modo de trabajo que se va a realizar en la próxima o próximas sesiones, es decir, horarios, duración de los mismos, frecuencia de sesiones, coste económico, etc. Si esto se ha hecho previamente durante la entrevista, es suficiente con solo recordarlo a modo de síntesis de forma que no quede ninguna duda sobre nuestro modo de actuación profesional y de lo que se espera de él.

Así mismo, en la sesión inicial se concreta una nueva fecha para proseguir el trabajo de evaluación-intervención. Tras esto, llega es el momento de levantarse y despedirse.

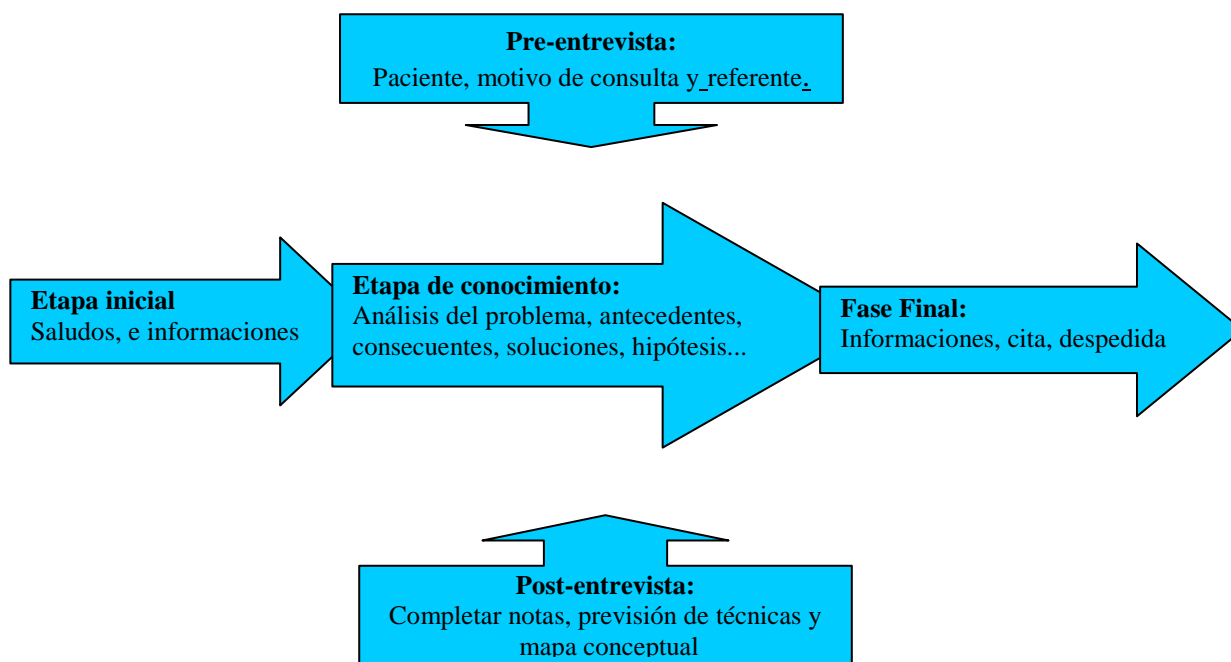
Esta fase final es bastante diferente de unos pacientes a otros. Algunos están más tranquilos porque han expuesto el problema, han iniciado un medio de solucionarlo, y ha pasado el primer momento de ansiedad a lo desconocido. Para otros, al momento de despedirse se sienten mal porque no han dicho algo que querían y es en este momento cuando plantean o informan de algo que es absolutamente novedoso e importante para la comprensión del tema. En estos casos se aconseja, en general, dar por finalizada la entrevista y explicar que de éste y de otros temas podemos seguir hablando en la próxima sesión. No se trata de cortar groseramente a la persona, sino de respetar el tiempo de trabajo del profesional o de otros pacientes.

#### **4.5. POST-ENTREVISTA:**

Tras despedir al paciente conviene que el psicólogo trate de completar las notas que ha tomado, anote sus impresiones y formule, como ya se dijo al exponer los objetivos de la entrevista, un mapa conceptual sobre los problemas que le han consultado. Esto implica dedicar un tiempo a reflexionar y elaborar una representación gráfica que estructure el caso y aporte una explicación y comprensión del mismo.

Además, en función de los problemas que se haya planteado, las hipótesis conviene que vayan acompañadas de las técnicas de evaluación que serán aplicadas a fin de confirmar o rechazar dichas hipótesis.

Una representación de las etapas de la entrevista y del nivel de conocimiento que se adquiere en ella es:



## 5. ELEMENTOS O VARIABLES QUE CONFIGURAN LA COMUNICACIÓN

Son tantas las variables que entran a formar parte del desarrollo de la entrevista que resulta difícil e infructuoso analizarlas todas ellas ya que en cierta medida son interaccionales. No vamos a acercarnos a su enumeración y análisis atendiendo a algunas de las categorías comunes que diversos especialistas de la psicología y teóricos de la comunicación han puesto de relieve (Alvarez, 1984; Davis, 1989; Gregory y Webster, 1996; Knapp, 1978; Martorell y González, 1971, 1981; Mishler, 1986; Rogers, 1953; Villarreal, 1981; Wrigth y Multon, 1995)

- ✓ Emisor
- ✓ Receptor
- ✓ Mensaje
- ✓ Variables contextuales
- ✓ Interacciones

El entrevistado o **emisor** del mensaje, es la persona interesada en comunicar algo a otro. El entrevistador o **receptor** es el interlocutor para la persona que habla y del que se espera que escuche y responda al emisor. El **mensaje** que se comunica es aquello de lo que se trata y se habla en la entrevista, es el tema sobre el que versa la comunicación, aquí se realiza la exposición del problema o problemas de paciente. El mensaje adquiere en este caso una importancia primordial, debido a que es el motivo del encuentro entre ambos. También influyen las **variables contextuales** que encuadran o enmarcan la reunión: el espacio físico, el lugar institucional o no con sus connotaciones particulares, la duración de la entrevista, la hora, el día, etc... Finalmente las variables que configuran la **interacción**: las motivaciones de ambos, las actitudes y las que se derivan de los roles específicos de cada uno.

En la variable **Examinador** entran a formar parte tanto aspectos de orden físico, como características de su personalidad, y diversos aspectos de su formación y experiencia. Por ejemplo: edad, sexo, raza, forma de vestirse y el arreglo personal, rasgos físicos generales y rasgos faciales, la distancia física respecto al entrevistado, las

peculiaridades de la voz, entonación y ritmo así como el tipo de lenguaje, etc. El modo cálido o distante de relacionarse, la expansividad o constricción social, el tono vital, la meticulosidad, orden, etc... por citar algunas de ellas. Pero sin duda, son de mayor importancia la formación y experiencia profesional, el modelo teórico al que se vincula, las destrezas y habilidades personales en la comunicación, etc.

En el **Entrevistado** confluyen otra serie de variables, además de todas las anteriormente citadas en relación a las características físicas y de personalidad, como por ejemplo la motivación para acudir al psicólogo, el grado de insight o nivel de conciencia con el problema, la actitud ante dicho problema, su motivación para el cambio, las consecuencias que le reporta y áreas que están afectadas por lo que le ocurre, el grado de sufrimiento que le reporta, el nivel de desorganización de aspectos cognitivos, sin olvidar, porque también son importantes, variables relacionadas con su nivel intelectual, situación laboral, relación de pareja, apoyos familiares y sociales, etc.

Las **variables contextuales** no son neutras sino que influyen, en mayor o menor medida en el desarrollo de la entrevista. Cabe señalar, entre otras, las siguientes: luminosidad, ventilación, dimensiones del lugar de trabajo, aislamiento de ruidos externos e internos, privacidad, confortabilidad, decoración y disposición del mobiliario, orden y pulcritud de la sala etc. Especialmente importante es la disposición de las sillas y mesa para entrevistarse. No existen reglas, pero se trata en todo momento de mantener un equilibrio entre la cercanía física y emocional y la diferenciación de roles, por ello cada profesional opta por estar sentados en el mismo plano, en el mismo tipo de silla o butaca y al mismo lado de la mesa o mantener la mesa por medio, tener una silla o butaca diferente, por ejemplo, etc. El lugar para dejar una prenda, o cualquier objeto personal debe estar a la vista o señalarse directamente. Si está prohibido fumar conviene que esté visiblemente indicado. Si existe una sala de espera las condiciones de comodidad, discreción, ambiente cálido y acogedor deben mantenerse en la misma línea (Martorell y González, 1997).

En ese lugar y entre las personas se desarrolla una conversación con una finalidad, como ya se ha indicado, por lo que todos los aspectos del lenguaje verbal y no verbal son de la mayor importancia en el trascurso y posterior análisis de la entrevista. Nos referimos obviamente al **mensaje**.

La conducta verbal puede ser analizada desde distintos parámetros, pero que en líneas generales podría concretarse en estos dos ejes: QUÉ se dice y CÓMO se dice. El qué se dice entra a formar parte del contenido propiamente verbal de la entrevista: problemas de salud, sentimientos de depresión e impotencia, problemas de pareja, problemas con las relaciones sociales, ansiedad persistente y generalizada, adicciones diversas, etc. El cómo se dice tiene componentes verbales y no verbales: el tono emocional que pone en la narración, orden en el que enlaza los temas, la secuencia y la lógica de los sucesos, los olvidos, repeticiones, tartamudeos, la indiferencia con la que se explican los problemas, los silencios, y todos los aspectos idiosincráticos de la conducta verbal del paciente en relación al vocabulario empleado, la jerga propia, las muletillas, etc.

Cómo posteriormente veremos el análisis de la entrevista se suele centrar en el qué, es decir, en los problemas que plantea el entrevistado, pero siempre el cómo mediatiza las conclusiones que se deducen Upcraft y Schuh, (1996).

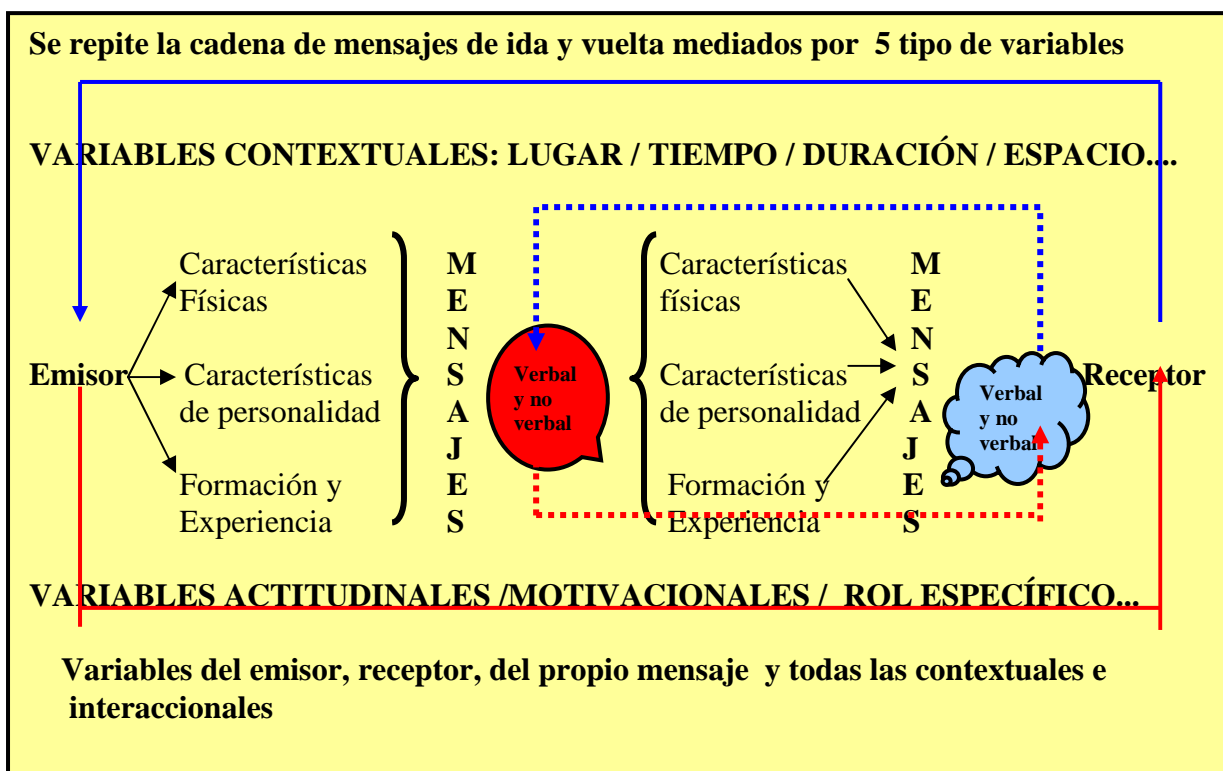
La conducta no verbal suele percibirse asociada a lo que se dice, observando el nivel de confirmación o contradicción entre ambas formas de conducta (Davis, 1976; Mehrabian, 1972). En general suele resultar relevante registrar la forma de situarse en la sala, moverse y sentarse, así como los movimientos de piernas, brazos, manos y dedos. Es frecuente observar cuando la ansiedad es mayor manipular algún objeto, golpear algo con los dedos,

pellizcarse la cara u otra parte del cuerpo, frotar o rozar los dedos contra algo, arrancarse una pielecita de la uña, etc., etc. La cabeza y los rasgos faciales son de lo más elocuente: sonrisas, cabeceos, guiños, ceño de la frente, morderse uno de los labios, cerrar los ojos, bajar la cabeza, sostener la mirada indolentemente o evitar el contacto ocular, apretar los labios, y gestos que denotan expresiones de angustia, malestar, alegría, miedo, distensión, etc... Además, se considera conducta no verbal los sonidos como toses, carraspeos, bostezos, o bien sonidos que tienen distintos significados dependiendo de la entonación, por ejemplo un “mm...?” puede ser extrañeza, o bien de admiración o confirmación ¡mm...! pudiendo indicar, “ya, entiendo, siga...”, etc.

Esta secuencia de eventos que ocurren simultáneamente y de forma rápida requieren una serie de habilidades en el entrevistador que pueden y deben ser entrenadas ya que es una de las técnicas de evaluación que más dificultad entraña

Aprender a entrevistar es, entre otras cosas, ser capaz de atender simultáneamente a estas variables, captar como en una gestalt qué tipo de paciente se tiene delante, qué le ocurre, cuál es su demanda, observarse a sí mismo como entrevistador, establecer hipótesis de trabajo que ayuden a preguntar adecuadamente, confirmarlas sobre la marcha o rechazarlas para plantear otras, hacerse un esquema de trabajo futuro, dirigiendo la entrevista al objetivo propuesto. El bucle de interacciones entre las variables se representa en el cuadro 1

**Cuadro 1. Círculo interaccional en la cadena de mensajes.**



## 6. ANÁLISIS Y COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA

Indudablemente una de las tareas primordiales del psicólogo en la primera entrevista es conocer y comprender el problema del paciente. Las estrategias que utilice para llevar a cabo esta investigación dependen,



como vienen diciéndose en otros apartados, no sólo del modelo teórico con el que trabaja, sino de sus conocimientos, habilidades técnicas y experiencia profesional, sin desestimar al propio paciente.

Para Busse y Rybsky-Beaver (2000), Fernández Liria y Rodríguez Vega, (2001), Giordano, (1997), Martorell y González, (1997) y Upcraft y Schuh (1996) entre otros, se sigue un proceso para definir cuál es realmente el problema del paciente y definir un diagnóstico se deben tomar en consideración los siguientes aspectos, aunque no siempre pueden concluirse en una primera entrevista:

1. **Motivo de consulta:** Identificar el problema o los problemas en todas sus dimensiones: su naturaleza.
2. **Percepción del sujeto.** Conocer cómo percibe el sujeto dicho problema y las emociones vinculadas al mismo.
3. **Análisis de la demanda:** Por qué acude ahora, consultas previas, expectativas de solución.
4. **Antecedentes** de su/s problema/s en su momento de aparición y en el momento actual.
5. **Consecuencias del problema** Observar el grado de compromiso clínico que conllevan estos problemas para el paciente.
6. **Determinar la severidad** del mismo.
7. **Tentativas de solución** que el paciente ha implementado hasta el momento y los resultados obtenidos de las mismas.
8. **Jerarquizar los problemas** presentados dependiendo de la gravedad de los mismos, de la urgencia en solventarlos o bien de la viabilidad del cambio.
9. **Definición operativa** del problema o problemas del paciente.
10. **Hipótesis diagnósticas** en los términos que cada profesional entienda en función de su marco teórico Prever las sesiones de exploración clínica que prevemos serán necesarias para terminar de formular un diagnóstico.
11. **Pronóstico.** Determinar el mismo atendiendo a las variables implicadas: personales, familiares, sociales...

El **motivo de consulta** es la razón por la que viene el paciente, aquello que aduce como razón primordial. En general suele ser uno de los problemas importantes del entrevistado, pero en bastantes ocasiones no coincide con lo que al final de la entrevista el profesional considera que el principal problema del paciente. Existe un trabajo conjunto de entrevistador y entrevistado para lograr definir, antes de que finalice la primera entrevista, cuál es el principal problema sobre el que se debería seguir trabajando, investigando y definiendo. En ocasiones se trata simplemente de síntomas que deben quedar contextualizados en un problema más global, en otras ocasiones no es el exceso de concretismo sino la excesiva generalidad lo que se debe trabajar. Aducir motivos como “dejar de sufrir”, “ser feliz” o “cambiar radicalmente” no permite identificar adecuadamente el problema del paciente, ni proponer cambios operativos, etc.

Escuchar la exposición que hace el paciente de sus problemas propicia conocer cómo **percibe el sujeto** dicho problema y las emociones vinculadas al mismo. Cada persona se hace una historia más o menos lógica de su sufrimiento y malestar, es decir, intenta analizar cómo ocurrió y por qué, quién o quiénes son responsables de lo que

le ocurre, etc. Es relevante conocer cómo vive el sujeto este problema, qué importancia le da, qué sentimientos y emociones conlleva, etc. Siempre el sufrimiento tiene una gran carga subjetiva y afectiva, y de ahí se ha de partir para trabajar con el entrevistado.

Vinculado al motivo de consulta suele estar el **análisis de la demanda** o petición de ayuda. Es frecuente que una serie de acontecimientos precipiten la petición de consulta, por lo que es fundamental conocer por qué acude ahora, qué consultas previas ha realizado, quién le ha animado, si ha consultado con otros profesionales previamente, si se han agravado los síntomas, si el entorno precipita la situación,, etc. Estas variables tienen posteriormente un importante valor para el diagnóstico y pronóstico.

Evidentemente un problema no surge de repente, sino hay algún acontecimiento previo o situación persistente con la que se asocia el problema. Por ello, el entrevistador debe formular cuestiones sobre los **Antecedentes** de su/s problema/s tanto en el momento de su aparición como en el momento actual. La psicología ha demostrado la importancia de conocer qué facilita o determina la aparición de un problema para proponer un cambio, por lo que es imprescindible precisar con exactitud qué es lo que precipita un síntoma a fin de tomar decisiones terapéuticas. En ocasiones, tan importante como los antecedentes es conocer qué mantiene en la actualidad esos problemas. Los factores asociados, bien sean precipitantes o mantenedores de los síntomas, suelen requerir tiempo y una gran variedad de cuestiones muy diversas de unos pacientes a otros y de diferente índole. Para algunos, el rastreo biográfico del sujeto es absolutamente necesario, para otros, es más una cuestión de identificar en presencia de quién o ante qué situación surge el problema. No hay fórmulas ni recetas que podamos denominar “estándar de oro” que sean adecuadas para todos los pacientes, sino objetivos que deben guiar la investigación en relación al problema.

En el transcurso de la entrevista el paciente expresa de diversas formas cuáles son las **consecuencias del problema** en su vida cotidiana, cómo le influye en su desarrollo laboral, relacional, en su salud, etc. Registrar el grado de compromiso clínico que estos problemas conllevan para el paciente es una tarea primordial para analizar posteriormente la gravedad, pronóstico y perspectivas de cambio. Cuando un paciente consulta viene con una idea formada de cómo los problemas le influyen en su vida. A veces hay que modificar esta visión del problema por una más ajustada a la realidad del sujeto.

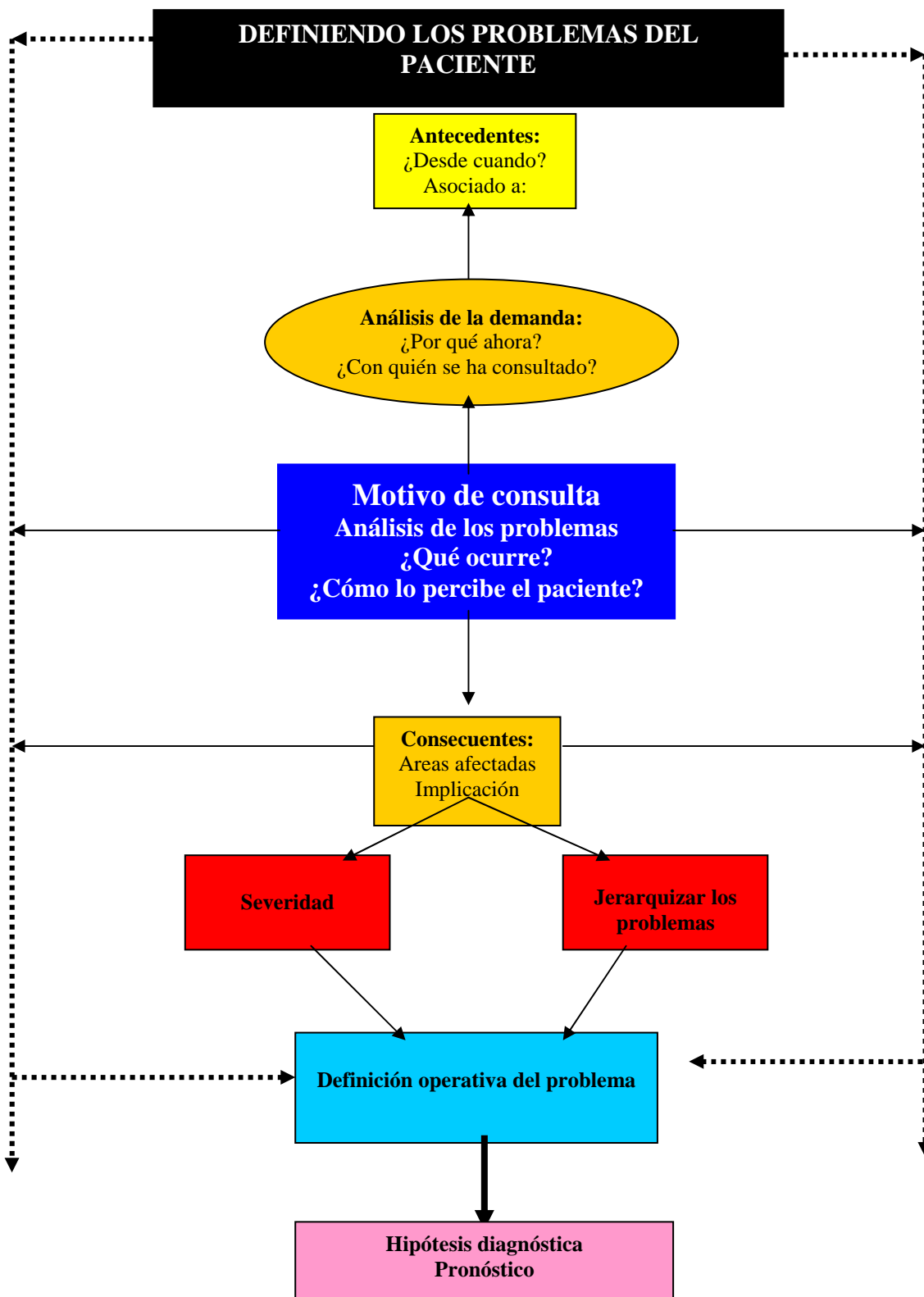
Sin duda que, el conocimiento de las consecuencias del problema para la vida del sujeto, es decir el análisis de las áreas implicadas y el nivel de implicación posibilita **determinar la severidad** del problema por el que se consulta. Hay trastornos graves en sí mismos, y hay otros que son más o menos graves en función de otras variables: edad del paciente, repercusión en la vida cotidiana del sujeto, grado de cronicación, apoyos sociales con lo que cuenta, etc. valorar el conjunto de estas variables permite determinar el grado de severidad del problema consultado.

Antes de que un sujeto acuda a consulta intenta solucionar su problema utilizando los recursos que conoce o que otras personas le han recomendado. Las **tentativas de solución** que el paciente ha implementado hasta el momento y los resultados obtenidos de las mismas debe ser objeto de exploración en la entrevista inicial. Existe experiencia de que incluso algunos pacientes han acudido previamente a un profesional a fin de poner fin a su malestar. Cuando estas tentativas no han dado resultado o no se ha resuelto el problema de acuerdo a las expectativas del paciente, éstos suelen consultar de nuevo con otro profesional. El análisis de las propuestas de solución y los fracasos previos en la resolución de los problemas son indicadores diagnósticos y pronósticos importantes.

Durante el transcurso de la entrevista el psicólogo trata de ordenar la información dándole un sentido y organizando los datos en función de diversos parámetros. En concreto, el profesional valora los problemas atendiendo a la importancia que tienen en sí mismos o que tienen para la vida de este sujeto, de la gravedad que comportan, de la urgencia en resolverlos, etc. Por ello es de todo punto necesario **jerarquizar los problemas** presentados dependiendo de las variables con las que considere el psicólogo que debe trabajar. Como se ha dicho más arriba, por su experiencia profesional puede no coincidir con el paciente ni si quiera en la definición de lo que es problema, así como en la gravedad, prioridad de cambio, viabilidad, etc.

Todo lo anteriormente expuesto tiene que conducir al entrevistador a poder **definir operativamente** el problema o problemas del paciente. Sin esta definición es poco probable que los objetivos diagnósticos y terapéuticos sean razonablemente efectivos.

Al término de la entrevista hay dos tareas que el profesional debe cumplimentar: elaborar **hipótesis diagnósticas y establecer un pronóstico**. Las hipótesis diagnósticas vienen formuladas en los términos que cada profesional entienda en función de su marco teórico. Se trata de dar coherencia a los datos del paciente, entablar relaciones de causa efecto, asociar síntomas con antecedentes y consecuentes, discriminar lo prioritario de lo secundario y contextualizar el caso en todas sus dimensiones posibles. Todas las lagunas, interrogantes, vacíos informativos, etc., que son importantes cubrir para la confirmación del diagnóstico conclusivo deben ser objeto de trabajo en nuevas sesiones. Por ello, al finalizar la primera entrevista el profesional puede prever qué exploración clínica será necesaria y las técnicas que deberá utilizar. Esto puede realizarse a través de un mapa conceptual que dé cuenta de la síntesis del proceso.



## 7. CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN ENTREVISTADOR

Un buen entrevistador debe reunir tres características básicas:

- Características actitudinales
- Habilidades de escucha
- Estrategias en el manejo de las verbalizaciones

### 7.1. ACTITUDES FUNDAMENTALES DEL ENTREVISTADOR

A partir de la Teoría del Counselling formulada en la Universidad de Ohio por Rogers y su equipo de investigadores (Rogers, 1951) el tema de las actitudes del entrevistador en relación al entrevistado ha tenido una progresiva evolución y desarrollo, ampliándose en la última década la aplicación de dichas actitudes a otros contextos terapéuticos (Berger, 1987; Bell, 1999; Brooks, 2002; Greco y Routh, 1997; Lees, 1999; Lees y Vaspe, 1999; May, 1999). Estas actitudes han sido expuestas por profesionales e investigadores de la entrevista a los que tomamos como referencia (Arranz y Cancio, 2000; Arranz, Barbero, Barreto, y Bayés, 2003; Bimbela, 2001; Dietrich, 1986; Hill, 1991; Jhonson, 1981; Okun, 2001; Othmer y Othmer, 1996; Rogers, 1973; Roji, 1986).

Por otra parte, distintos autores que han investigado sobre las cualidades que precisa un buen entrevistador han subrayado más unas características u otras, o bien han seleccionado algunas en función del modelo teórico al que se inscriben. Además, el nombre asignado a una determinada característica también varía de unos profesionales a otros (Kvale, 1996; Martorell y González, 1997; Othmer y Othmer, 1996; Giordano, 1997). Se van a exponer las actitudes básicas y el significado de las mismas para la entrevista inicial:

#### **Empatía**

La empatía es entendida como la capacidad del entrevistador para comprender al paciente en sus preocupaciones cognitivas y emocionales, y ser capaz de transmitir al paciente dicha comprensión. Es por tanto un camino de ida y vuelta en el que se genera un feed-back receptivo-expresivo (Berger, 1987; May, 1999; Newell, 1994; Patton, 1990). La empatía supone, por una parte, ponerse en el lugar del otro, aceptar lo que dice y cómo lo dice, atendiendo al punto de vista y el mundo de valores del paciente.

Podríamos considerar que este tipo de actitud en el psicólogo es lo que Bleger (1977) denominó "disociación instrumental", mecanismo cognitivo y emocional utilizado por el psicólogo como herramienta en su trabajo de evaluación. Esta disociación mantiene al profesional con cierta división interna. Por una parte, el psicólogo muestra una actitud de cercanía emocional con el problema del paciente y por otra se mantiene lo suficientemente distante cognitivamente y emocionalmente como para permitirse pensar sobre lo que escucha y realizar hipótesis diagnósticas congruentes y válidas.

Este mecanismo, según Cormier y Cormier (1994) permite que el psicólogo no se implique emocionalmente hasta el punto de perder la objetividad y la dirección que le compete en el desarrollo de la entrevista.

En esta actitud prima el componente no verbal sobre el verbal, es como si pudiera verbalizarse, sin decirse, "comprendo lo que siente". Esto no significa hacer halagos, ofrecer prematuras seguridades o dejar actuar la

compasión. Para Rogers, (1951, 1973); Arranz y Cancio (2000), Cormier y Cormier (1994), Hill, (1991), Matthews y Walker (1997), Othmer y Othmer (1996) y Okun (2001) entre otros, la empatía favorece el establecimiento del rapport, da confianza al entrevistado y propicia una interacción relacional genuina y única (Fernández Liporace, 1997).

Esta actitud empática no interpreta, aunque sí intenta captar los sentimientos que hay detrás de las palabras del que habla, no valora, ni juzga, sino que respeta la libertad del otro, y tampoco trata de aconsejar o consolar de forma prematura e indiscriminada (Berger, 1987).

**Ser empáticos significa:**

- Entender los problemas del otro
- Captar sus sentimientos
- Ponerse en su lugar
- Confiar en su capacidad para salir adelante
- Respetar su libertad
- Respetar su intimidad
- No juzgarle
- Aceptarlo como es
- Aceptarlo tal y como quiere llegar a ser
- Ver al otro desde sí mismo, y no desde nuestras necesidades o problemas

**La empatía presupone tres condiciones básicas:**

- Congruencia CONSIGO MISMO: vivir como pensamos.
- Aceptación incondicional positiva del OTRO
- Esfuerzo por ponernos en el lugar del otro sin dejar de ser UNO MISMO

## **Calidez**

El aspecto de la polaridad entre lejanía y distancia emocional debe ser equilibrado con lo que se conoce como actitud de cercanía, que consiste en una aproximación afectiva. Es una actitud de acogida y contención que se trasmite tanto en el lenguaje verbal como no verbal. La frialdad emocional o la pérdida de distancia afectiva nunca ayuda al paciente. Con esta actitud cálida se comunica al paciente (Egan, 1990; Mattheus y Walker, 1997; Rogers, 1957;) la aceptación positiva del mismo. Esta actitud se manifiesta mediante la proximidad física, la postura, los gestos, los refuerzos verbales y otras conducta indicadoras de aceptación.

Es una cualidad imprescindible en un entrevistador ya que capacita para desempeñar con seguridad el rol profesional que ejerce. La persona asertiva sabe enfrentar los conflictos, mantener la serenidad ante ellos y crear las condiciones óptimas para solventarlo (Highley-Marchington y Cooper, 1998; Patton, 1990). Es capaz de mantener su opinión y autoafirmarse en sus criterios, a pesar de la no aceptación o incluso oposición del paciente. El exceso de

timidez e inseguridad no facilita la resolución de los problemas del paciente e incapacita para ejercer adecuadamente el rol profesional.

## **Competencia**

El entrevistado debe recibir mensajes que le reaseguren haber consultado con un experto. El entrevistador mostrará cuando sea necesario y sin hacer ostentación de ello, su experiencia en este ámbito de trabajo, su capacidad de entender al paciente y de ofrecerle posibilidades de cambio (Egan, 1990; Highley-Marchington, y Cooper, 1998; Othmer y Othmer, 1996; Patton, 1990; Upcraft y Schuh, 1996). Así mismo, en su forma de hablar y referirse a los temas o problemas del paciente, aunque lo haga de forma sencilla e inteligible para éste, mantendrá un discurso marcado por su saber profesional. La competencia del psicólogo implica conocer sus limitaciones y derivar al paciente a otro profesional si considerara que él no es suficientemente competente para trabajar con él.

dad y tolerancia

Se ha dicho anteriormente al exponer las características de la entrevista que la flexibilidad es una de ellas, debido a la imposibilidad de saber con anterioridad qué va a ocurrir en la misma. Esto implica para el psicólogo saber responder ante situaciones imprevistas sin perder el objetivo que se persigue (Arranz y cols, 2003; Roji, 1986; García Marcos, 1983a). El psicólogo tiene ser flexible para adaptarse a la diversidad de personas con las que trabaja: nivel socioeconómico y cultural muy variado, patologías diversas, distintos lenguajes, actitudes, intereses humanos y objetivos de vida muy diferentes al suyo, sin hacer mención de las diferencias de raza, religión, ideas políticas, etc. La flexibilidad y tolerancia son cualidades imprescindibles en el psicólogo ya que tiene que trabajar con seres humanos, la técnica es un medio que hay que flexibilizar a cada paciente, no un fin en sí mismo. La capacidad de adaptarse a los distintas personas y de aceptar otros puntos de vista que no son los suyos propios permite realizar el trabajo desde el paciente, no sólo desde el profesional que investiga la conducta.

## **Honestidad y ética profesional.**

Se trata, como es obvio, de que el psicólogo trabaje siendo coherente con sus principios, sus valores, su modelo teórico, con todo aquello que le identifica como profesional psicólogo. Esto se traduce en actuar con honestidad, sinceridad, actitud abierta y honrada. Es una de las características que más subrayan los teóricos de la comunicación y en la que existe consenso desde todos los modelos teóricos de la psicología. Esto supone, por ejemplo, mostrar respeto al paciente en todos los aspectos idiosincráticos y personales que no entran a formar parte de la valoración terapéutica o del cambio que se propone. Inclusive los aspectos a modificar deben ser tratados con profundo respeto y desde la autenticidad y coherencia que el psicólogo debe mostrar. Además las normas deontológicas deben regular su actuación y la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso diagnóstico y terapéutico (APA, 1981, 1992; Iordano, 1997; Haas, Malouf, y Mayerson, 1986; Kvale, 1996; Mattheus y Walker, 1997). El psicólogo informará de forma explícita que trabaja bajo estos supuestos, y que el consentimiento informado, la confidencialidad y la protección de la información están garantizadas.

## **7.2. HABILIDADES DE ESCUCHA**

Asociadas a las actitudes precedentes están las habilidades de escucha. Conviene recordar que hay habilidades de escucha que favorecen el desarrollo de la entrevista y que no son propiamente una conducta verbal, como por ejemplo, el contacto visual que supone una actitud de acogida, de mirar para acercarse y acoger, no para

incomodar; la distancia entre ambos interlocutores que debe reunir las características de cercanía, pero sin invadir el espacio personal y la sensación de privacidad; los gestos y expresiones que confirmarían la frase implícita de “estoy con Vd.”, “puede continuar con tranquilidad”, “siga por favor...”; y el clima cálido y sosegado que sugiere al otro que estamos para ayudarle, que puede tomarse su tiempo, que se le acepta como es, etc.

Sin embargo, atendiendo específicamente a la técnica de la entrevista inicial, merecen destacarse las siguientes habilidades dentro de la escucha:

### Dejar hablar

Es evidente que para saber qué le ocurre al paciente es más importante escuchar que hablar. También es evidente que no podemos escuchar mientras hablamos, y sin embargo es un error muy frecuente abusar del uso de la palabra (Acevedo y López, 1986; Alvarez, 1984; Giordano, 1997; Morganstern, 1986; Matteus y Walkers, 1997; Newell, 1994). El Decálogo de la escucha formulado por Davis y Newstron (tomado de Acevedo y López, 1986) recoge algunas consideraciones a este respecto que podrían sintetizarse así:

- ¡Deje hablar!
- Demuestre al entrevistado su interés en escuchar
- Propicie un ambiente de confianza
- Evite las distracciones
- Establezca una buena relación (rapport) con el entrevistado
- Dé tiempo y déselo a Vd. mismo, no interrumpa
- Controle su impulsividad y enojo
- No haga valoraciones críticas o entre en discusiones
- Pregunte lo necesario, pero no haga de la entrevista un interrogatorio
- ¡Deje de hablar!

Según Colombero (1987), la habilidad de escucha implica dos actitudes fundamentales

Actitud **Receptiva**, que supone

- Atención voluntaria.
- Evitar ruidos u otras distracciones.
- Ofrecer una presencia elocuente y estimulante.
- Dar respuesta a una doble necesidad: se escuchado y comunicar a alguien el propio mundo interior.
- Mantener los silencios del entrevistado sin angustia
- No interrumpir
- Ofrecer un tiempo de reactividad medio o alto

Actitud **Directiva**, expresada en:

- Dar ayuda en el campo “operativo”.
- Rectificar errores cognitivos como, distorsiones, generalizaciones...



- Ayudar aclarificar, identificar y aceptar la emociones expresadas.
- Guiar al paciente a la comprensión de su malestar
- Brindar una nueva conceptualización del problema.
- Proponer cambios

## Escucha activa

Para Alemany (1994) empatía y escucha activa están íntimamente implicados por lo que considera que algunos términos utilizados por autores que siguen este modelo de relación (“escuchar empático” para Rogers, “escuchar activo” para Carkhuff, “escuchar absoluto” para Gendlin, o “escuchar holístico” para Rowan; tomado de Alemany, 1994) son distintas formas de conceptualizar esta escucha activa como un proceso de atención psicológica interna.

Para Pallarés (1980) los **signos de escucha activa se manifiestan** a través de:

- Mantener contacto ocular con el que habla.
- Indicar que se escucha diciendo “sí” o afirmando por ejemplo con la cabeza.
- No expresar inicialmente el propio acuerdo o desacuerdo, sino mostrar simplemente que se ha comprendido lo que decía el entrevistado.
- Dejar pausas para animar al que habla a que lo siga haciendo. No llenar los silencios.
- No desplazar el centro de atención de la conversación del que habla mostrando desacuerdo o hablando de uno mismo.
- Formular preguntas abiertas para animar al que habla a continuar hablando.
- Responder a los sentimientos que parecen estar detrás de las palabras
- Mostrar que se comprende cómo siente el que habla.

Para Rogers (1951) los beneficios de la escucha activa son múltiples, pero subraya especialmente:

### **Beneficios de la escucha activa e incondicional:**

- El paciente logra progresivamente una sensación de relajación.
- Crece en él el deseo de seguir hablando de sí mismo.
- Disminuye su estado de tensión y miedo.
- Se logra ver la situación desde una óptica distinta, o con matices diferentes.
- Es capaz de aceptar progresivamente estados de ánimo o pensamientos previamente rechazados.
- Permite clarificarse a sí mismo, identificarse con lo que le ocurre, sin negarlo ni sobrevalorarlo: proceso de objetivación.
- Propicia experimentar “bienestar emocional” al ser comprendido y aceptado por otro tal como uno es

## **Baja reactividad verbal**

La baja reactividad (Borrell, 1989) del entrevistador o la latencia prolongada (García Marcos, 1983a) es entendida como el tiempo que tarda en contestar el entrevistador desde que el entrevistado ha intervenido. Una latencia prolongada favorece la expresión verbal del entrevistado. Existen estudios confirmados de que la mayor o menor producción verbal del entrevistado depende en gran parte de la mayor o menor reactividad del entrevistador (Smith y Larsen, 1984). Es decir, una forma de manifestar la capacidad de escucha y favorecer la expresión verbal del entrevistado es mantener una latencia prolongada antes de formular una pregunta u ofrecer una respuesta.

## **Silencios instrumentales**

El silencio suele ser mal soportado por los entrevistadores noveles, viviéndolo con tensión y como un fracaso personal. Sin embargo, hay silencios que favorecen la relación interaccional y promueven en el entrevistado seguir hablando (Giordano, 1997). Se denominan silencios instrumentales porque están al servicio de facilitar la reflexión y comprensión de lo que se está hablando, promueven profundizar en el tema o bien desinhibir el bloqueo en la comunicación. Son silencios serenos, no fruto del nerviosismo del examinador o del no saber cómo continuar o qué hacer. El silencio instrumental favorece la escucha y mantiene la presencia del entrevistador y la cercanía al entrevistado.

### **7.3. HABILIDADES COMUNICACIONALES: ESTRATEGIAS EN EL MANEJO DE LAS VERBALIZACIONES**

El evaluador es la persona responsable del manejo de las verbalizaciones propias y del paciente. Está demostrado que la conducta del entrevistador condiciona la del entrevistado, que la conducta verbal y no verbal de cada uno elicitó respuestas diferentes en el otro. Ambos se realimentan mutuamente en un proceso de feed-back progresivo. Por ello, el entrevistador, que es el profesional experto, tiene la responsabilidad de manejar adecuadamente las verbalizaciones (García Marcos, 1983a). En el mismo sentido se ha confirmado que la duración del discurso del entrevistador, las interrupciones y el tipo de intervenciones modifican el discurso verbal del entrevistado. Por ello es de suma importancia entrenarse en el conocimiento y manejo de las verbalizaciones.

Las estrategias para utilizar adecuadamente las verbalizaciones en la entrevista son diversas y han sido recogidas recientemente por Fernández Liria y Rodríguez Vega (2001), Giordano (1997), Othmer y Othmer (1996), Tomm (1988) y Wilson, Spence y Kavanagh (1995) entre otros. Se exponen aquí aquellas que a nuestro juicio son comúnmente más utilizadas. Generalmente las verbalizaciones cumplen dos funciones fundamentales: preguntar e informar.

#### **7.3.1. Estrategias para elicitó o mantener una comunicación con el paciente**

La información solicitada por el examinador tiene que ser acorde al objetivo que les convoca a ambos. Será pertinente todo aquello que ayude a esclarecer el problema y a definirlo operativamente o bien a comprenderlo desde el modelo profesional de entrevistador, y serán desestimables aquellos aspectos que quedan fuera de una relación psicológica de ayuda.

**La técnica espejular.** Se le ha llamado también de eco. Es considerada como una de las que más facilitan seguir manteniendo una conversación. Tiene componentes no verbales importantes, pero en lo verbal se expresa con una frase similar a la dicha por el entrevistado, o bien a la repetición de su última frase, como si de un espejo se tratara. Esto permite al entrevistado centrarse y orientarse en el tema que está tratando. De igual modo puede ser un simple cabeceo, una mueca de consentimiento o un parpadeo confirmatorio. Álvarez (1984) denomina a este tipo de técnicas no-inducidas debido a que las verbalizaciones del entrevistador son neutras, son comentarios que no comprometen, que simplemente indican a la otra persona que siga adelante, que estamos ahí escuchando, participando de su narrativa.

**Darle la palabra.** La técnica de apoyo verbal más común es la basada en frases dichas sin prisas y con interés, del orden de: "Continúe, por favor", "¿qué más se le ocurre?", "sí, ya entiendo, siga si lo desea," etc...

**Comentarios confirmatorios.** Sirven para alentar al paciente a continuar su discurso (Álvarez, 1984; Othmer y Othmer, 1996). Se le llama también "expresar aprobación". Estos comentarios son generalmente verbales, pero los gestos no verbales pueden ir en el mismo sentido. Se expresan con frases del estilo de: "efectivamente, tiene Vd. razón, yo también creo que los problemas de sueño tienen que ver con la falta de rutinas cotidianas".

**Realimentación comunicacional.** Es también una de las técnicas que más ayuda a la comunicación del paciente. Existen varias formas de realimentación:

a) Realimentación informativa: los hechos

Se trata de repetir lo que el paciente ha dicho para asegurarnos de que hemos entendido bien. Por ejemplo: "Si no he entendido mal, me decían que las cosas se complicaron con el accidente". La otra persona comprueba si la información está siendo recibida correctamente, y en caso contrario tiene oportunidad de corregirla.

b) Realimentación del comportamiento

Cuando le decimos al otro las reacciones que producen sus palabras o su comportamiento. Por ejemplo: "Cuando repetidamente desvía la mirada y evita el contacto ocular su mujer siente que la excluye de la conversación", o bien "cuando Vd. habla con ese tono de voz su hijo se queda bloqueado". Esta forma de realimentación es muy importante y la que más ayuda a conocer la reacción que produce en los demás la conducta del paciente, al menos conocer la reacción de las personas que son importantes para él. La realimentación sobre la reacción de las personas no prejuzga al otro, ni le atribuye sentimientos e intenciones determinadas, sólo expone las reacciones emocionales y conductuales que determinadas personas tienen ante su comportamiento.

Para que la realimentación sea eficaz tiene que reunir estas características:

<p><b>Eficacia de la realimentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Más descriptiva que valorativa.</b> Describe la conducta o las palabras del otro en lugar de juzgarlas, reduce las actitudes defensivas, y el otro tiene libertad para corregir su conducta o no según crea conveniente.</li></ul>
---

- **Concreta y no general.** Es más útil para el otro si se dice: “Tengo la sensación de que en este momento le interesa sobre todo el trabajo”, más que si le digo: “Me da la impresión de que a veces no le interesa lo que digo”.
- **Tener en cuenta las necesidades del otro.** Si no se tienen en cuenta las necesidades del entrevistado se puede herir o ser inoportuno, con lo que lo que se conseguiría con la realimentación sería negativo.
- **Se refiere a comportamientos que pueden ser cambiados,** por ejemplo: “Cuando habla en ese tono parece que está irritado”. Pero si en la realimentación se hace hincapié en limitaciones del otro que no se pueden modificar, lo único que se consigue es aumentar la frustración.
- **Es contrastada por el que la recibe.** Es posible que el contenido de la realimentación que el psicólogo da pueda ser malentendido y conducir a más confusión, por lo que se debe favorecer que contraste la opinión y la contradiga.
- **Se da en el momento oportuno y lo antes posible.** La realimentación, como el refuerzo positivo, surte más efecto si se expresa cuando el sujeto puede escucharlo y a ser posible de forma inmediata a la acción que la provoca.

**El señalamiento.** Es como la técnica del subrayado en la escritura. Mediante el señalamiento el entrevistador pretende evidenciar un problema del paciente que él mismo ha verbalizado sin tomar conciencia de ello, permite focalizar aquellos aspectos de mayor interés y comprender lo que le ocurre.

**La interpretación.** Es una técnica cuyo objetivo es establecer causas y consecuencias de los hechos narrados. En ocasiones suele ir más allá de lo meramente manifiesto, pero la relación causal que establecemos debe ser comprendida por el sujeto a fin de que le permita seguir profundizando en dichos aspectos. Esta técnica supone un conocimiento profesional de los problemas que permite la comprensión de los mismos desde otra dimensión. Son frases como, “creo entender que Vd. está preocupado por algo de lo que hizo hace años y de lo que quizá se siente culpable”.

**Aterrizaje en paracaídas.** El examinador toma conciencia de que el paciente no está planteando un tema que es necesario tratarlo, y en un momento determinado lo hace él de forma sorpresiva y directa de tal forma que el paciente tenga que encararlo inevitablemente. Este tipo de estrategia no tiene por qué ser una intervención negativa o aversiva, puesto que a veces el paciente no sabe como afrontar el problema y un aterrizaje en directo ayuda a desbloquear la situación.

### 7.3.2. Estrategias en el modo de hacer preguntas

**Preguntas abiertas.** Es conveniente formular preguntas abiertas para explorar el campo del paciente. Esas preguntas permiten que, al menos inicialmente, el entrevistado se exprese con sus propias palabras, a su ritmo, y en el orden que a él le resulte más cómodo. Por ello, no se aconseja iniciar la entrevista con preguntas muy cerradas

que se contestan con un monosílabo. La información inducida es en principio menos fiable, y cierra la posibilidad de explorar otras áreas importantes. Suele hacerse cuando se ha elaborado una hipótesis y se quiere confirmar, pero si la hipótesis ha sido demasiado precozmente concebida tenderá a dirigir al paciente a un tipo de información inducido por el examinador, soslayando otras áreas importantes de exploración.

**Preguntas cerradas.** Son preguntas que suelen ser contestadas con un monosílabo. Se formulan para confirmar una información, concretar un aspecto del problema o para obtener un dato específico. En estos casos las preguntas cerradas o muy concretas son de gran utilidad. Conveniente también realizarlas para establecer las causas de los hechos o para intentar delimitar un diagnóstico. Sin embargo acotan la información y estrechan el foco de investigación.

**Devolver la pregunta.** Devolver la pregunta al entrevistado formulada de otro modo, elicitando que éste siga hablando, le devuelve que él mismo puede encontrar la respuesta a lo que pregunta y que se confía en él como persona capaz de indagar en lo que le ocurre.

**Preguntas facilitadoras.** Se trata de preguntas que no crean ambigüedad, que facilitan una respuesta en una dirección, por ejemplo, "¿Qué hace cuando se pone nervioso?". Hay que evitar las preguntas que llevan a confundir, por ejemplo, "¿cuando se pone nervioso habla con su mujer o se va a ver la televisión...?" Es posible que el paciente haga ambas cosas, o ninguna, o que dependa de la situación. Por ello las preguntas facilitadoras permiten hablar sobre el tema desde él mismo y sin sentirse mal, o bien contestar directamente a una pregunta.

**Preguntas clarificadoras.** De ha denominado también técnica de sondeo. Se trata de preguntar con gestos o con palabras cómo entiende el paciente, en concreto, aquello de lo que está hablando: ¿qué quiere decir para Vd...?; ¿me podría explicar algo más ...? Es una forma neutra de solicitar información que demuestra interés y no prejuzga.

**Preguntas con encabezamiento.** Hay otro estilo de preguntas que se denominan "con encabezado" y del que surgen varias posibilidades, por ejemplo: "¿cuando Vds. está en casa con su hija, ¿también llora con facilidad?, o bien ¿suele presentar el mismo tipo de conductas que en la escuela?, etc.

**Preguntas guiadas.** Otras preguntas son guiadas y tienen la misma finalidad, ya que la pregunta lleva implícita una respuesta monosilábica, como por ejemplo, ¿han pensado que quizá su hijo dedica escaso tiempo al estudio? También les llaman preguntas con respuesta inducida.

**Preguntas de confrontación.** En este caso además de ser inductivas y guiadas confrontan al paciente con el problema que se está planteando. Conviene ser cauto y cuidadoso al formularlas, especialmente en una primera entrevista. Generalmente se enuncian para responder sí o no, por ejemplo: "Entonces, ¿el niño duerme con Vds. todas las noches?"

Algunos entrevistados, por las razones que sea, acuden a la entrevista sin ninguna motivación o deseo personal, otros sienten excesivo recelo o miedo a la intervención del profesional y hay quienes no consideran que el problema que tienen es importante o bien tienen una percepción del mismo en el que la atribución de la causalidad es exclusivamente externa, siendo los demás los responsables de su problema. En estos y en otros muchos casos similares la motivación del entrevistado al acudir a la entrevista, su actitud ante el entrevistador, el modo de expresar

sus problemas y el deseo de cambio no siguen los patrones esperados. El entrevistador se enfrenta ante una difícil tarea y en función de su experiencia, tomará las decisiones que considere oportunas.

No obstante, sin llegar a estos límites, algunos pacientes necesitan una intervención verbal en algunos momentos diferente a la expuesta anteriormente.

Las **técnicas de presión** (Acevedo y López, 1986; Othemer y Othemer, 1996; Martorelly González, 1997; Cormier y Cormier, 1994) como la confrontación directa, la presión del tiempo, entre otras, pueden ser técnicas útiles en algún momento o en casos específicos. Estas técnicas deben ser utilizadas en beneficio del entrevistado, no como desahogo del entrevistador, y con gran cautela y conocimiento de las mismas, así como de los objetivos a conseguir en su uso.

**Técnica de la confrontación directa.** Van en la línea de las preguntas de confrontación. Se trata de hacer tomar conciencia al entrevistado de las contradicciones entre lo que está diciendo y su conducta no verbal, o bien entre lo que ha dicho en un momento de la entrevista y lo que dice en otro. En ocasiones, incluso, se puede confrontar un dato o hecho que es falso en sí mismo, pero que el entrevistado lo dice para salir airoso de una situación de la que se sabe responsable y no la quiere admitir, responsabilizando a otros de los hechos que cuenta. Son situaciones difíciles de manejar y que requieren una gran experiencia. El talante respetuoso, pero asertivo, del entrevistador es imprescindible en estos casos.

**Recordar límites: presión del tiempo.** No suele ser usual que en la primera entrevista haya que recordar al paciente los límites establecidos en el modo de trabajo: fumar o no, abandonar el lugar sin permiso del entrevistador, demorarse en el tiempo... El límite temporal suele ser difícil de manejar para algunas personas. Los pacientes saben que la entrevista dura un tiempo determinado y suelen acomodarse a ese tiempo para exponer los problemas por los que han acudido. Cuando esto no ocurre conviene recordar que no disponemos de un tiempo ilimitado y decir al paciente que le faltan tantos minutos para finalizar la entrevista. Se trata de observar cómo trabaja un individuo bajo la presión del tiempo, cómo organiza la información restante y se encara con el límite temporal.

**Centrar el problema / revisión de síntomas.** Cuando el entrevistado no se centra en los problemas importantes sino que trivializa la conversación narrando anécdotas que se escapan del interés evaluativo, el psicólogo tratará de hacer preguntas que incidan en lo que interesa conocer. Si persiste esta tendencia huidiza de los problemas el psicólogo cambiará directivamente de conversación a fin de indagar aquello que es el objeto de la entrevista. La presión respecto a las preguntas que haga y los cambios de conversación que introduzca deben permitir al paciente encarar los conflictos por los que ha venido a consulta, cuidando no bloquear aún más la tendencia escapatoria o trivializante del paciente. Para Othmer y Othmer (1996) esta es una técnica básica de conducción de entrevista que el psicólogo debe saber utilizar con profesionalidad.

Obviamente estas habilidades deben ser convenientemente entrenadas y formar parte del currículo de un psicólogo clínico. Programas específicos para ello se han desarrollado en nuestro país y fuera de él tanto en cursos de especialidad de postgrado como en master y en la formación PIR. Los aspectos que deben entrar a formar parte de esta formación han sido sistematizados entre otros por Lane, Ballweg, Suler, Fernald y Goldstein (2000), Giordano, (1997), Freedhem y Overholser (1997), Lee y Swchuch (1996), Márquez, Rubio y Hernández (1987) y Wozencraft (1997).

Conviene que en la primera entrevista las verbalizaciones del entrevistador sigan las siguientes pautas:

#### **Manejo de las verbalizaciones**

- Se aconseja utilizar técnicas facilitadoras de la comunicación
- Es conveniente comenzar por preguntas abiertas
- Las preguntas deben ir de lo general a lo particular
- Hay que centrarse progresivamente en el problema o problemas por el que consultan
- Es deseable que se enuncien preguntas no inductivas
- Los aspectos verbales como intensidad, tono de voz, reactividad en las respuestas, interrupciones al entrevistado, etc. deben cuidarse para propiciar la comunicación.
- Escuchar activamente favorece la comunicación
- Dejar hablar y no interrumpir son las reglas de oro básicas

## **8. ALGUNAS CONSIDERACIONES RELEVANTES CUANDO SE CONSULTA POR UN NIÑO O ADOLESCENTE**

Cuando se acude a consulta por una tercera persona hay que considerar algunos aspectos que, sin modificar lo hasta ahora enunciado, son primordiales tenerlos en cuenta para la evaluación que se pretende realizar. Además, en los casos en los la consulta es por un niño o adolescente convergen una serie de variables que complejizan la evaluación. Aquí nos vamos a referir a las personas que directamente intervienen en la entrevista inicial:

- ✓ El psicólogo infantil
- ✓ Los padres que consultan
- ✓ El sujeto que es objeto de la evaluación.

El profesional decide si el propio sujeto estará presente en la primera entrevista o bien si acudirán los padres y posteriormente el hijo, situación que suele ser más usual.

La información que se aporta en este apartado no pretende ser exhaustiva de los que la entrevista con niños y adolescentes y/o la entrevista inicial en el proceso de evaluación requeriría. Se van a delinear las consideraciones que son relevantes en la entrevista con padres y en la entrevista con niños cuando consultan por un problema en relación a la infancia y adolescencia. Para ello seguiremos a profesionales que han trabajado y/o investigado en el ámbito de la infancia y adolescencia y recogemos las principales aportaciones de los mismos (Aberasturi, 1972; Aldridge y Wood, 1998; Bombi, 2003; del Barrio, 2002, 2003; Ezpeleta, 2001; Forns, 1993; Kanfer, Eyberg, y Krahn, 1983; Kamphau y Frick, 2001; Maganto, 1995a, 1995b, 1999; Maganto y Cruz, 2001; Merrell, 1999; Perry, 1990; Sattler, 1996; Silva, 1995).

### **8.1. EL PSICÓLOGO QUE TRABAJA CON POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL**

El profesional que trabaja con población infanto-juvenil, además del conocimiento y experiencia que requiere el manejo de la comunicación en la entrevista, que ya ha sido expuesto anteriormente, y de la evaluación

en general, debe ser también un profundo conocedor del **desarrollo evolutivo** y de la **psicopatología infantil**. Esto permite contextualizar los motivos de consulta en una edad y en una etapa del desarrollo, discriminar las conductas transitorias de las estables, no patologizar las consecuencias naturales de las crisis evolutivas, diferenciar cuándo la intervención precoz es adecuada o propicia morbilidad y tomar decisiones a tiempo evitando la cronificación de síntomas.

Además un psicólogo infantil debe estar al día de los aspectos que configuran el **contexto social**, desde aquello que los medios de comunicación “venden” como valores lúdicos, deportivos, musicales, interaccionales, etc., hasta todas las variables del **micro contexto familiar y escolar**. Además, como **características personales** necesita tener un profundo sentido del humor, mantener una curiosidad crítica por todo aquello que se innova, ser plástico y saber adaptarse a situaciones inesperadas, ser riguroso en lo que se quiere conseguir pero flexible en el modo de conseguirlo, y sobre todo tener un profundo respeto por el sujeto de evaluación, considerándolo como una persona con derecho a estar informada, solicitando su participación voluntaria y no justificando nunca, ni bajo ningún concepto, una información no veraz. Debe cuidar las actitudes hacia el evaluado y entrenarse en habilidades de escucha y comunicacionales, aspecto crítico en función del desarrollo de un niño. Dichas habilidades tiene que ponerlas en juego en el proceso de evaluación, sabiendo formular las preguntas adecuadas así como el modo de hacerlas, reduciendo la reactividad en las respuestas, respetando los silencios, etc.

Se han enunciado de forma rápida aspectos que en la evaluación de niños y adolescentes son tremendamente relevantes y críticos. Por ejemplo, ante muchos motivos de consulta los padres tienen verdaderas dificultades para explicar por qué acuden a un profesional y tienden a omitir información o a encubrirla. ¿Hay que mentirle a un niño y no decirle que es adoptado?, ¿hay que decirle que su padre está de viaje porque es muy pequeño y no va a entender una separación conyugal?, ¿Conviene, para que no sufra, tratar de engañarle sobre la intervención quirúrgica que le van a practicar?, ¿es aconsejable, porque es por su bien, traerlo a consulta engañado pues de otro modo no vendría, o bien “camuflar” el verdadero motivo de consulta por otro menos traumático? Insistimos en que bajo ningún concepto se debe transmitir una información que no sea veraz. Cuando los padres lo hacen exponen al profesional a situaciones difíciles en las que entra en juego su experiencia en el trabajo con niños y adolescentes, su propia ética personal y el contexto familiar y social del caso.

Por ello, en la entrevista que el psicólogo ha realizado previamente con los padres, éste les indicará explícitamente a éstos la necesidad de explicar al niño, con las palabras que los padres consideren oportunas, varias cosas: a) que han acudido a un psicólogo porque estaban preocupados por él; b) qué es un psicólogo y para qué se va donde este profesional, c) cuál es el motivo de consulta por el que han acudido, así como otros problemas que han comentado con el profesional; d) que él tiene que acudir también al psicólogo porque van a tratar juntos sobre estos problemas; e) que el profesional va a ayudarles a solucionar los problemas.

Como consecuencia de lo anterior, aunque en la entrevista inicial con niños y adolescentes se siguen las mismas etapas que ya expusimos con el adulto, se introduce una variante inmediatamente después de las presentaciones. En estos casos el psicólogo averiguará qué le han explicado al niño con relación a por qué viene, qué ha entendido en el caso de que lo hayan hecho, y qué grado de acuerdo tiene él con los problemas por los que consultan.

Así mismo, y también con las palabras que considere adecuadas, el psicólogo solicitará de forma explícita su consentimiento para realizar una evaluación, le informará del derecho a la intimidad y confidencialidad, así como del derecho a conocer los resultados de la evaluación y las decisiones terapéuticas que se tomen por él.



Por supuesto que estos aspectos no agotan todo aquello que el profesional que trabaja con una población en desarrollo debe conocer y tener en cuenta en la primera entrevista, pero basten estas notas para esbozar lo que no debe ser obviado en la primera entrevista.

## **8.2. LA PRESENCIA DE LOS PADRES EN LA ENTREVISTA**

Los padres son los informantes privilegiados de la vida del hijo, pero ambos están personalmente implicados en la información que aportan (Aberasturi, 1972; del Barrio, 2003; Ezpeleta, 2001; Forns, 1993; Kamphaus y Frick, 2001; Maganto, 1995b, 1999; Maganto y Cruz, 2001). Esto obliga al profesional a mantener una relación a varias bandas. Una relación con la pareja como tal y a la vez con cada uno de ellos como progenitores diferenciados. Además la relación con el hijo, y también con todos ellos como sistema familiar. En ocasiones se precisa de otros profesionales como informantes, por lo que la dificultad relacional en la evaluación infanto-juvenil se incrementa. Sin duda, mayor complejidad comportan, especialmente en algunos casos, los aspectos deontológico en relación al propio sujeto de la evaluación, pero no por ello deben ser desatendidos ni subestimados.

Cuando los padres consultan por un hijo o hija la presencia de ambos es absolutamente necesaria en la primera entrevista, excepto en casos especiales a los que nos referiremos posteriormente (Aberasturi, 1972; Contini, 1999; Thorne y Moreno, 1997; Maganto, 1995a; Maganto y Cruz, 2001). La importancia y la necesidad de esta presencia obedece a varias razones:

- ✓ Quién decide acudir a un especialista
- ✓ Implicación de ambos progenitores en el diagnóstico
- ✓ Necesidad de conocer cómo percibe cada uno de los padres el problema o problemas por los que consultan

### **8.2.1. Quién decide acudir a consulta. La presencia de ambos padres.**

Una de las diferencias entre la consulta de niños-adolescentes y la consulta de adultos estriba en que los primeros no acuden a consulta de forma autónoma, sino que necesitan de la mediación de los adultos que deciden por ellos cuándo, cómo y con quién consultar ante los problemas que perciben. Sólo en contadas ocasiones, 5% de los casos, según Del Barrio (2001), son los propios sujetos los que exponen: "necesito una ayuda", para referirse a un profesional. En la mayoría de los casos los niños no se perciben como personas que tienen un problema, sino que los padres lo perciben así. En otras, los padres tampoco perciben el problema de su hijo y son los profesionales de la salud o de la educación los que advierten del mismo, y en otros casos los servicios sociales asistenciales son los que deciden que un menor necesita una evaluación o intervención ante los problemas que presenta( Aberasturi, 1972; Aldridge y Wood, 1998; Bombi, 2003; Celener, de Nikjamine, 1990; Frank de Verthelyi, Guinzbourg de Braude, Celener de Nikjamine, 1987; Forns, 1993; Maganto, 1995<sup>a</sup>, 1999; Maganto y Cruz, 2001; Merrell, 1999; Sattler, 1996; Siquier de Ocampo y García-Arceno, 1974; Ulloa, 1986)

El motivo para decidirse acudir a consulta suele ser la repercusión que la conducta de los menores tiene para ellos mismos o para el ambiente. Además el grado de responsabilidad que los padres mismos se atribuyan ante el problema va a condicionar su participación en el proceso. En cualquier caso ambos progenitores tienen que participar en lo que consideran que es un medio de solucionar un problema.

En la pre-entrevista el psicólogo dirá expresamente a la persona que demanda la consulta que es necesaria la presencia de ambos padres en la entrevista inicial porque supone asumir la responsabilidad de ambos en la educación de los hijos, en las dificultades que presentan y en las soluciones que se planteen para resolverlas.

Cuando el psicólogo asume la tendencia social y cultural de que sea solo la madre la que acuda al psicólogo, también él acepta una responsabilidad desigual en la educación de los hijos, permitiendo que la madre asuma una carga educativa desproporcionada, y esto se agrava más cuando se trata de enfrentar y solucionar un problema. Si uno de los cónyuges que convive con el niño o adolescente se exime de acudir a consulta es difícil que posteriormente se responsabilice de lo que el psicólogo plantee como alternativa de cambio o solución de los problemas.

Finalmente, para el psicólogo es primordial conocer a ambos no sólo como personas sino también como pareja, la versión que cada uno de ellos tiene sobre el problema del hijo y el modo que considera más idóneo para resolverlo (Aberastury, 1972; Bleger, 1977; Arfouilloux, 1977; Bertrando, Bressi, y Clereci, 1989; Siquier de Ocampo y García-Arceno, 1974; Pedreira y Rincon, 1989).

Una excepción a lo que venimos diciendo, además de las situaciones de viudedad, lo constituyen los diferentes modos de convivencia familiar que se van incrementando en la sociedad actual. Por ejemplo:

- ✓ Vivir con uno de los cónyuges por motivos de separación o divorcio
- ✓ Convivir con el padre o madre biológico y con su nueva pareja
- ✓ Niños que viven con la familia extensa y sin los progenitores
- ✓ Niños que viven con el padre o madre sin pareja, bien sea progenitor biológico
- ✓ adoptivo.
- ✓ Niños que viven en una relación de pareja homosexual.
- ✓ Estar en acogimiento familiar temporal
- ✓ Niños que permanecen en una institución por diferentes razones

En éstos y otros casos el psicólogo tomará la decisión que considere más oportuna. Hay además otras situaciones que, siendo temporales, impiden la presencia de ambos padres en la entrevista. Es el caso de los padres cuya situación laboral les mantiene largo tiempo ausentes, como son los transportistas internacionales, marinos, etc., o bien los padres ingresados en instituciones penitenciarias, clínicas u otras. No conviene demorar por estas razones el proceso diagnóstico, pero sí es aconsejable, siempre que sea posible, incorporar posteriormente a la pareja ausente en las condiciones de máxima participación e implicación.

### **8.2.2. Implicación de ambos progenitores en el diagnóstico**

Por las razones anteriormente expuestas y por otras que no se detallan aquí, la evaluación de un menor requiere de la información de agentes externos al propio sujeto. Esta información no se reduce a exponer los problemas por los que consultan, sino que en múltiples ocasiones exige explicar aspectos importantes de la propia vida de los padres (Aberasturi, 1972; Bleger, 1977; Bertrando, Bressi, C. y Clereci, 1989; Brusset, 1988; Rossell, 1990). El psicólogo, en función del marco teórico con el que trabaje, implicará en mayor o menor medida y de forma cualitativamente diferente a los propios padres en el proceso diagnóstico. Indudablemente el psicólogo necesita información que el propio sujeto no puede aportar (Hughes, y Barker, 1990). Por ello, aunque no sólo por ello, los padres están implicados en la evaluación del niño. Evaluar a un menor obliga a conocer:

- ✓ La salud mental de los propios padres, así como parte de sus antecedentes e historia personal.
- ✓ Los deseos y expectativas de tener hijos y formar una familia, así como la experiencia emocional y vinculante con ellos. Se trata de identificar el funcionamiento del sistema familiar como una entidad microsocia en el contexto social en el que se desenvuelven.
- ✓ Las relaciones (vínculos) de cada uno de ellos con el hijo por el que consultan.
- ✓ Las tentativas de solución que han planteado anteriormente, así como las consultas previas que han realizado.
- ✓ Los sentimientos de culpa que se atribuyen, bien sea mutuamente, bien aisladamente, o si en absoluto consideran que son responsables de lo que acontece al hijo.
- ✓ Y todos aquellos aspectos de la vida de los padres que el psicólogo considere de interés.

Además de que la investigación sobre la vida del hijo atraviese e implique su propia vida, aspecto de por sí estresante para los padres, la evaluación siempre entraña cambios, mayores o menores, para cada uno de los cónyuges. En el proceso de la entrevista, y en mayor medida en todo el proceso de evaluación, los padres suelen modificar de algún modo la visión que traían del problema: corrigen errores cognitivos, discriminan mejor responsabilidades, realizan atribuciones más correctas, sitúan con mayor objetividad los antecedentes y consecuentes, focalizan con más precisión las expectativas de cambio y ajustan con más realismo metas inmediatas y metas a largo plazo, así como objetivos imposibles.

Estos cambios se producen juntamente a otros cambios personales que vienen derivados del propio motivo de consulta o de otras variables que no es el caso especificar aquí. Algunos padres se plantean, a raíz de la consulta por un hijo, la necesidad de un tratamiento personal, pero incluso sin llegar tan lejos, la mayoría considera que su propia conducta ha propiciado en parte los problemas por los que consultan, y derivado de ello suelen plantearse cambios comportamentales. Otros cambios vienen en cadena o como efecto onda a consecuencia de los cambios que también acontecen en el sujeto infantil o en otros miembros de la familia.

En la medida en la que los progenitores acuden a consulta desde la primera entrevista y se sienten escuchados y atendidos aumenta la probabilidad de que la evaluación, y posteriormente la intervención, cuente con más probabilidades de éxito que si ocurre lo contrario.

### **8.2.3. Cómo percibe cada uno de los cónyuges los problemas del hijo:**

Aunque ambos padres en la convivencia con el hijo son testigos y responsables de los problemas por los que consultan, ambos difieren en aspectos tan importantes como:

- ✓ Qué considera cada uno qué es o no es un problema.
- ✓ Cuál de los problemas por los que consultan es más importante.
- ✓ Qué percepción tiene cada uno de cómo afecta al hijo el motivo de consulta por el que vienen.
- ✓ La gravedad que cada uno infiere sobre lo que le ocurre al hijo.
- ✓ La explicación que el padre y la madre atribuyen a los antecedentes del problema, incluyéndose a sí mismos y a la familia extensa del padre o la madre. Este aspecto en la práctica es uno de los que más conflictos ocasionan entre los cónyuges.
- ✓ La responsabilidad que le atribuyen al propio hijo en el conflicto que sufre.
- ✓ Las posibilidades de cambio que preven.

- ✓ La propia motivación para acudir a un psicólogo

Lo que el profesional observa en la primera entrevista, la vivencia que experimenta "in situ" sobre la conducta de los progenitores, es una muestra de la conducta que el niño percibe en el ámbito familiar, es decir, las diferencias parentales respecto a su propia persona, no sólo en relación a sus problemas sino en relación a un sin fin de aspectos que entraña la educación y la crianza. Esto incluye aspectos tanto positivos como negativos, y que son absolutamente relevantes para el psicólogo que trabaja con niños y/o adolescentes.

Evidentemente el motivo de consulta tiene una dimensión evolutiva que ayuda al profesional a identificar los problemas y enmarcarlos en una perspectiva dinámica y temporal.

Entre uno y cinco años los padres solicitan consulta ante la duda o sospecha de retrasos en algún área del desarrollo: motórico, lingüístico, relacional, social, cognitivo... o bien por el temor o sospecha de un retraso generalizado. También por problemas de adaptación a la institución escolar o por problemas en la adquisición del control de esfínteres, autonomía en la alimentación, sueño, higiene etc.

Entre los seis y los 11 años se mantienen las demandas por adquisiciones evolutivas sin resolver, especialmente la falta de control de esfínteres o la incapacidad de superar los miedos nocturnos o fobias específicas. Además, son las edades de los primeros aprendizajes básicos y el fracaso en los mismos genera un incremento de consultas. Así mismo algunos problemas de conducta como déficit de atención, hiperactividad, tristeza, conductas disruptivas, problemas relacionales, etc., se inician en estas edades por lo que la evaluación infantil es plurivariada y multicontextual.

En la pubertad y adolescencia la demanda proviene de la necesidad de valorar habilidades cognitivas, realizar una orientación profesional/laboral, o bien evaluar los trastornos de conducta de mayor prevalencia en estas edades: trastornos de conducta, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad

En ocasiones también en la primera entrevista se toman datos de la historia biográfica del sujeto, aunque suele dedicarse para ello otra sesión del proceso de evaluación. La anamnesis supone una recogida de información sistematizada y cronológica de los hitos evolutivos del sujeto. Los padres aportan información de primera mano sobre las pautas de crianza y el desarrollo alcanzado por el niño en distintos momentos de su proceso evolutivo. Desde el campo médico la historia clínica ha revistado especial interés en el análisis de los problemas (Falguera, 2000; Laín Entralgo, 1998; Othmer y Othmer, 1996; Pedreira, 1995; Pedreira, y Rincon, 1989, 1990; Serrallonga, Cardoner y Pifarre, 1997).

En la evaluación infantil interesa especialmente conocer las adquisiciones y los retrasos, el modo de afrontar los cambios y la adaptación a situaciones nuevas. Sin pretender, porque no es esta la intención, plantear con detalle la historia clínica de un sujeto, existe consenso al considerar que en niños y adolescentes requiere particular atención investigar las siguientes áreas (Aberasturi, 1972; Brusset, 1988; Capafons, Sosa, Alcantud, y Silva, 1986; Ezpeleta, 2001; Contini, 1999; García Marcos, 1983b; García Pérez, 1998; Monedero, 1984; Siquer de Ocampo, 1974; Thome y Moreno, 1997)

El embarazo y parto  
Lactancia, destete, alimentación  
El sueño

El desarrollo motórico grueso y fino  
El desarrollo del lenguaje  
El aprendizaje del control de esfínteres  
La autonomía en el aseo personal y en el cuidado de sus cosas  
Historia escolar: edad de inicio, adaptación, aprendizajes...  
Intereses, juegos, hobbies  
enfermedades infantiles, hospitalizaciones y estado de salud  
Socialización y relaciones interpersonales  
Cambios en la adolescencia  
La sexualidad  
Acontecimientos vitales significativos

Tan importante como recoger con exactitud la historia del hijo es observar qué progenitor informa más y de qué aspectos evolutivos, cuándo interviene cada uno, cómo lo cuenta, en que orden, qué ansiedad y satisfacción produce a cada uno revivir ciertos momentos evolutivos, quién expone preferentemente lo negativo o lo positivo, qué ha olvidado cada uno, qué repiten, omiten, qué convergencias y divergencias evidencian, etc.

En la primera entrevista los padres relatan con cierto lujo de detalles los problemas del hijo ya que la representación mental que tienen del profesional es de alguien que va a investigar sobre las conductas problemáticas. Sin embargo, antes de finalizar la entrevista el psicólogo interrogará específicamente por los **aspectos adaptativos** del sujeto, es decir, cuáles son, a juicio de los padres, los aspectos más saludables, más sanos, aquellos en los que el sujeto tiene éxito y/o recibe reconocimiento social de los pares o adultos. La formulación explícita de estos aspectos sitúa el problema en una perspectiva diferente, además de propiciar en los progenitores la posibilidad de comprender los aspectos de normalidad y patología como una realidad integrada.

Durante la entrevista el psicólogo atiende no sólo a la exhaustividad y exactitud de la información aportada por los padres en relación al hijo, sino que prestará especial atención a qué tipo de padres tiene ante sí, observando todos los comportamientos verbales y no verbales de los mismos.

Toda esta información debe ser recogida cuidadosamente porque son datos que completan la información y son imprescindibles para la formulación del motivo de consulta y el análisis de lo que hemos denominado identificación del problema.

### **8.3. LA ENTREVISTA CON EL NIÑO**

El niño y el adolescente, como sujetos de la evaluación, deben ser objeto preferencial en el proceso diagnóstico. Hoy nadie duda de que los niños son una fuente de información insustituible, porque también ellos tienen su percepción personal de lo que les ocurre y porque sólo ellos pueden expresar cómo se siente (Arfouilloux, 1977; Greco, y Routh, 1997; Torras de Bea, 1991). El modo como lo expresen depende de muchos factores, pero gran parte de la información que aportan no puede ser dada por otras personas.

La entrevista, en concreto, es un espacio privilegiado para observar de forma directa la conducta verbal y no verbal del niño, de ahí el reconocimiento del valor de la misma en el proceso de evaluación (Hughes y Barker, 1990; Groth-Marnat, 1990; Perry, 1990; Torras de Bea, 1991; Walker y Roberts, 2001).

En la entrevista con adolescentes y niños hay aspectos que son similares a los de la entrevista con adultos. Por ejemplo: Hughes y Barker, (1990) indican como características propias de la entrevista con niños aspectos que ya fueron expuestos al hablar de la entrevista con los adultos: una relación con influencias bidireccionales, con objetivos definidos, con roles específicos y diferenciados y con un propósito específico. También son similares los elementos que configuran la comunicación; emisor, receptor, mensaje, variables contextuales e interaccionales. Las etapas de la entrevista guardan la misma secuencia temporal que ya ha sido expuesta previamente en la entrevista con los adultos, aunque en el caso de niños y adolescentes ha de hacerse explícito el conocimiento del motivo de consulta y el tipo de trabajo que realiza el profesional, ya que los niños no tienen una representación mental sobre lo que es un psicólogo.

Sin embargo, el modo específico de llevar a cabo la entrevista difiere de la entrevista con adultos. Las diferencias provienen fundamentalmente de la edad de los sujetos y del problema por el que se consulta.

La edad es una variable crítica en el proceso de evaluación porque mediatiza dos aspectos fundamentales: el modo de interacción con el sujeto evaluado y el método a utilizar para obtener información. Por ello, entrevistar a un niño no es una cuestión sencilla. Requiere experiencia y un profundo conocimiento de la psicología evolutiva, como se ha dicho anteriormente. Esto implica conocer las capacidades verbales, cognitivas, relacionales y expresivas a la edad en que se consulta, sabiendo que pueden estar esas capacidades limitadas o no en función de los problemas por los que es derivado.

### **8.3.1. La relación con el psicólogo desde el punto de vista evolutivo**

Desde el punto de vista evolutivo es importante conocer las características diferenciales que ofrece la relación interaccional del psicólogo con el niño y adolescente.

#### **Entre cero y cinco años:**

La relación está mediatizada por los adultos y su información es prevalente en el proceso diagnóstico. La situación de examen se realiza en presencia de la madre generalmente, y en los tres primeros años es una colaboradora imprescindible. El sujeto de evaluación es en realidad una parte de la díada madre - hijo. El niño no puede expresarse adecuadamente en el lenguaje verbal o gráfico, por lo que la interacción del niño con la madre viene a constituir un aspecto de especial relevancia en la entrevista inicial con el sujeto infantil. Si experimenta fatiga, aburrimiento, hambre, dolor físico o psíquico, lo expresa directamente y de formas diversas, y en estos casos la entrevista debe interrumpirse. Entre los cuatro y cinco años la madre puede estar ausente en algún momento y el juego libre o semiestructurado, así como la expresión gráfica y plástica, son herramientas de trabajo clínico fácilmente aceptadas por los niños.

El psicólogo utiliza estas herramientas para explicar el motivo de consulta a partir de dos o tres años y unas breves palabras acompañadas por una representación de marionetas o de muñecos propicia que el niño comprenda de algún modo por qué y para qué está ahí, así como qué se espera de él.

#### **Entre 6 y 11 años:**

El punto de corte entre 6 - 11 años obedece a las posibilidades relacionales que se establecen entre el evaluador y el evaluado. Por una parte, el nivel relacional verbal es todavía muy reducido en estas edades, aunque

muy diverso de unos niños a otros y, evidentemente muy diferente de los 6 años a los 11. En las primeras edades, 6 a 8, el juego y el dibujo son dos estrategias de entrevista con las que los niños se expresan de forma espontánea y fácil. Más adelante el lenguaje empieza a ser un medio válido para relacionarse con el examinador y exponer sus problemas.

Como ocurría en edades anteriores, la situación de examen está mediatizada por la relación con el examinador, y variables como edad, sexo, actitud, tono de voz, gestos, etc., es determinante para obtener su colaboración. Se puede utilizar el lenguaje para exponer el motiv de consulta y para dialogar sobre la situación de la propia evaluación. No obstante, la mediación e intervención de terceras personas, es relevante e imprescindible.

### **Entre 12 y los 18 años:**

A estas edades la relación examinador-examinado es más directa y personal, y las figuras parentales pierden protagonismo en la entrevista y en la evaluación, comparado con el que tenían en edades precedentes. Las habilidades cognitivas, lingüísticas y sociales, principalmente, dotan al sujeto de capacidad de comunicación y de relación interpersonal, asemejándose en las edades finales más a la situación de examen del adulto que a la situación de examen de la primera infancia. Son sujetos con capacidad de reconocer que tienen un problema y capacidad verbal para hablar de su preocupación o malestar. Poseen la suficiente capacidad introspectiva como para analizar las cuestiones que plantea el psicólogo, analizarlas causas de lo que le ocurre y su propia responsabilidad personal. Pueden anticipar qué cambios serían posibles y mejorarían su malestar, problema o preocupación, así como tomar decisiones sobre la evaluación, que van desde colaborar abiertamente hasta rechazar u oponerse a la misma.

### **8.3.2. Fases o etapas de la entrevista con niños y adolescentes**

Vamos a referirnos exclusivamente a los aspectos que presentan variaciones con relación a la entrevista con adultos.

#### **Primera fase: mutuo conocimiento**

Los niños, y cuanto más jóvenes son con mayor razón, precisan de un tiempo para situarse en el contexto en el que están. Durante los primeros momentos están pendientes del lugar y de los aspectos formales del examinador y apenas atienden a lo que el psicólogo verbaliza. El psicólogo se presentará a sí mismo y le llamará por su nombre puesto que él ya sabe el nombre y los datos del sujeto. Si es necesario le indicará su ubicación en la sala, el por qué de algunos de los detalles que tiene y , en función de la edad, permitirá un tiempo de reconocimiento y habituación a la misma.

El propio profesional le explicará cuál la función de un psicólogo (ayudar a los niños o adolescentes así como a los padres en los problemas por los que consultan), le indicará brevemente cuál es su modo de trabajo (conversar, dibujar, jugar, responder a cuestionario, etc...) y qué se espera que haga él. Bien en este momento o en otro, como anteriormente hemos indicado, deben hacer explícitos al niño los principios deontológicos que van a regir el proceso de evaluación.

#### **Segunda fase: identificación del motivo de consulta y de los problemas del sujeto.**

Seguidamente se le preguntará si sabe por qué está ahí, por qué ha venido, que le han dicho sus padres, etc. Es decir, es preciso una clarificación de la información por parte de ambos, poner en común los problemas que el psicólogo conoce del niño y recabar su opinión sobre los mismos. Preguntas útiles son , por ejemplo: “¿Sabes por qué te han traído?”, “¿qué te han dicho?”, “¿a ti qué te preocupa?” “Vamos a hablar un poco más despacio de todo esto, me gustaría conocerte bien. Tus padres me contaron que...” Se le explica el problema por el que es traído a consulta: miedo, notas, celos, robos, depresión... y se le pregunta básicamente:

- ✓ Tú qué **piensas** de lo que te pasa en relación a...?
- ✓ Cómo te **sientes** ante esta situación?
- ✓ **Por qué** crees que ha ocurrido?
- ✓ Quieres intentar **cambiar** esta situación?

Se dedicará un espacio de tiempo para que el sujeto pueda dar su opinión o versión sobre los problemas, especialmente el motivo de consulta por el que le han traído al psicólogo. Esta clarificación puede durar desde unos breves minutos hasta 10 ó 20 en función de diversas variables.

A continuación se explora generalmente con preguntas abierta o más cerradas, dependiendo de la edad y características del niño, los siguientes aspectos:

#### **Aspectos generales: intereses, emociones, preocupaciones, etc...:**

Cuéntame cosas de ti o de cómo eres tú...

Lo que te gusta o disgusta

Lo que te alegra o pone triste

Lo que te da miedo

Lo que te gustaría ser de mayor

Qué cosas te preocupan

Qué cosas recuerdas de cuando eras pequeño

Qué cosas haces los fines de semana

Cuáles son tus programas favoritos de la TV (cantantes, futbolistas... )

Qué hiciste estas vacaciones (o alguna fiesta cercana señalada)

(Otras cuestiones en función del caso)

#### **Aspectos relacionados con la escolaridad, rendimiento y relaciones sociales:**

La idea básica de este apartado es: “Vamos a hablar de cómo es tu colegio, qué tal vas, qué haces, etc. Explícame estas cosas para que yo te conozca “

Háblame de tus profesores (es aconsejable detenerse en cada uno)

Qué asignaturas te gustan más y menos

Qué horario de clases tienes, hagamos un organigrama (\*)

Qué soléis hacer en los recreos

Qué recuerdas de cuando empezaste el colegio

Cuál es el profesor que más te ha ayudado

Cuéntame quiénes son tus más amigos y amigas, qué hacéis



Participas en algún deporte en tu centro o fuera de él  
Qué es lo que más te gusta de tu Colegio  
(Otras preguntas en función del caso)

### **Relaciones sociales:**

Es uno de los aspectos que con más facilidad hablan los sujetos. Las preguntas pueden ser muy variadas en función del caso, pero el objetivo es conocer si es un sujeto aislado, que apenas tiene amigos y practica pocas actividades que requieran relación social, o si por el contrario es un sujeto sociable, con muchos amigos, apreciado por sus compañeros, activo y colaborador en deportes u otras actividades. En función de ello se formularán las preguntas, como por ejemplo:

Tienes otros amigos que no son del Colegio  
Practicas actividades deportivas con ellos  
Dónde te encuentras con tus amigos y que actividades realizáis  
Con quiénes te llevas mejor y por qué, y a la inversa  
Tus padres y los de tus amigos se conocen  
(Otras preguntas en función del caso)

### **Conocimiento familiar:**

Este apartado debe ser trabajado cuidadosamente y quizá en más de una entrevista. La pregunta más abierta y general que abre el campo de la investigación es: Cuéntame cómo es tu familia. A partir de ella el psicólogo se detiene en cada miembro de la familia directamente. Si es pertinente debe ampliarse la información a la familia extensa.

Qué hacen  
Qué les gusta  
Quién se lleva mejor con quién  
Quién está más en casa  
Qué ocurre cuando falta...  
Quién es más severo/a... más permisivo/a  
Si hay castigos: quién los pone, por qué, a quién y cómo son  
(Otros aspectos según el caso)

La versión que tiene el niño sobre cada miembro de su familia es sumamente importante, por lo que conviene ayudarse de cuestiones más cerradas y directas, específicas de las características y/o actividades que realiza cada miembro de su familia: madre, padre y cada uno de los hermanos, etc.

### **Preguntas específicas para adolescentes**

Por ser una etapa sobradamente conocida por los cambios múltiples que los adolescentes sufren y realizan, la exploración no debe olvidar cuestiones como:

Sexualidad y relaciones con el otro sexo

Vivencia de los cambios puberales y psicológicos

La relación con las pandillas de amigos y grupos específicos (Musicales, violentos, grupos deportivos, participación en movimientos ecológico, promotores de la paz, voluntariado, etc...

Uso y consumo de sustancias: tabaco, alcohol, drogas

Expectativas profesionales

(Otras cuestiones en función del caso)

### **Aspectos adaptativos:**

Al igual que se hiciera con sus padres, antes de finalizar la entrevista conviene preguntarle en qué áreas considera que no tiene ningún problemas. Si en la revisión de los apartados anteriores se han ido verbalizando, conviene, a pesar de todo, hacer una síntesis en la que el psicólogo recoja e integre los síntomas o problemas del sujeto y los puntos fuertes o aspectos potenciadores de su desarrollo y de su salud.

### **Expectativas de cambio**

Finalmente, antes de concluir la entrevista es imprescindible investigar qué motivación para el cambio presenta el sujeto. Las preguntas pueden haberse hecho al principio de la entrevista, pero no es desaconsejable volver sobre ellas tras la entrevista realizada. Algunas preguntas útiles pueden ser:

En que crees que sería conveniente que **cambiaras**

Piensas qué va a ser **fácil o difícil** cambiar?

**Quién** crees que podría ayudarte más a cambiar, mejorar... ?

Qué crees que podrías **hacer tú** para superar esto?

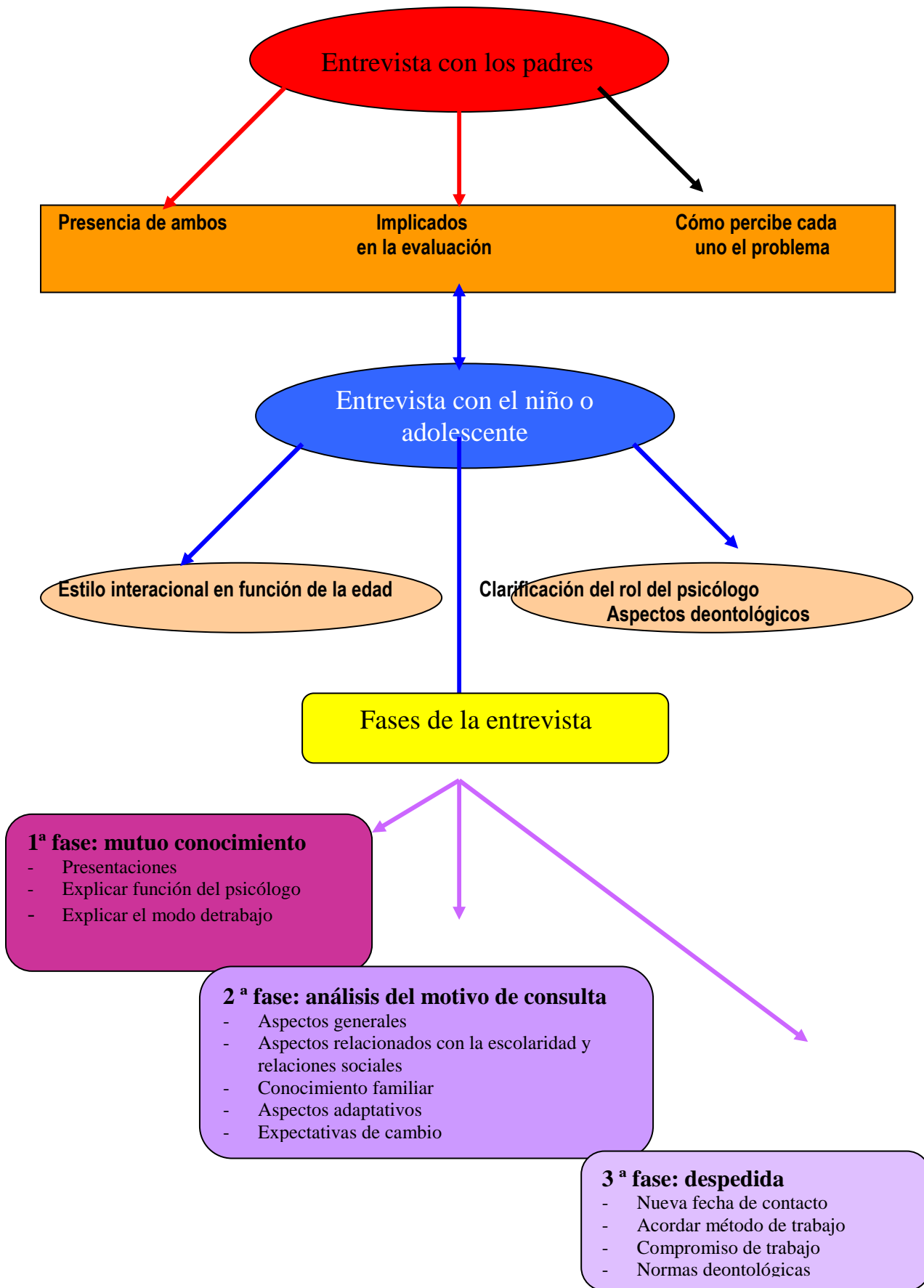
Qué crees que podrían hacer **tus padres** o qué te gustaría que hicieran?

En qué y cómo consideras que **yo** puedo ayudarte.

Tras abordar este tema, el psicólogo podrá decirle alguna frase similar a la siguiente: “Después de lo que hemos hablado, **te voy a explicar cómo veo yo** la situación y qué contrato, (plan, convenio...) podemos establecer para trabajar juntos”.

### **Tercera Fase: Despedida**

La despedida debe ir precedida de una nueva fecha de encuentro acordando claramente cuál va a ser el método de trabajo para ambos y los compromisos a los que llegan: puntualidad, asistencia a las sesiones, intimidad, confidencialidad, información, etc.



## **9. CÓMO REGISTRAR LA INFORMACIÓN**

No existen sistemas de registro buenos o malos, sino ventajas e inconvenientes entre distintas modalidades. A veces, la experiencia del profesional en una u otra modalidad hace que se seleccionen el método de registro. En cualquier caso, lo que se registra es confidencial y debe ser tratado de este modo. Es aconsejable que se advierta al paciente, al inicio de la entrevista, si va a haber un sistema observable de registro, como tomar notas o hacer grabaciones.

Es bastante común (García Marcos, 1983a) tomar notas en el transcurso de la entrevista. Este procedimiento tiene la ventaja de que al finalizar la entrevista se ha recogido lo más importante de la misma, no hay que hacer posteriormente uso de la memoria y se pueden registrar frases textuales en el contexto en el que se dice. Además permite posteriormente conocer en qué orden salieron los temas y cómo se fueron concatenando, dónde se produjeron los olvidos, las reiteraciones, etc. Sin embargo, puede inhibir al entrevistado, y en el momento en que se está escribiendo hacer perder la atención del mismo o tomar conciencia de que lo que está diciendo es especialmente importante para el entrevistador al detenerse a escribir en ese momento determinado. Hay que cuidar especialmente que no sea una anotación casi al dictado, insistiendo en escribir todo lo que se dice de forma obsesiva.

Otros entrevistadores prefieren anotar lo ocurrido una vez finalizada la entrevista. Ayuda a mantener una comunicación más directa tanto verbal como no verbal entre ambos, permite observar mejor la conducta no verbal, propicia un contacto más cálido, y promueve que transcurra con mayor naturalidad. Sin embargo, es fácil que posteriormente se olviden algunos aspectos, haya menos exactitud en lo anotado al estar contaminado por el transcurso de toda la entrevista, y que sólo se recoja aquello que puede ser objeto de hipótesis del momento presente.

Los entrevistadores que utilizan un sistema de registro mecánico deben contar con el consentimiento informado de los pacientes. Tiene la ventaja de que se puede escuchar textualmente lo que se dijo y cómo se dijo, el tono, la intensidad, la rapidez, etc. La exactitud de la información es alta, y permite analizar la misma con otros profesionales que no estuvieron presentes. De este modo es posible autocorregir errores, analizar el grado de concordancia entre examinadores en las conclusiones obtenidas, etc. Suele utilizarse en instituciones que tienen una finalidad didáctica. Este registro sirve tanto para entrenamiento de examinadores, como para aprender sobre diversos pacientes o patologías específicas. Sin estas razones no suele justificarse la grabación ya que requiere mucho tiempo escuchar de nuevo la entrevista, y hay que prestar especial atención al aspecto deontológico de confidencialidad.

## **10. FIABILIDAD Y VALIDEZ**

El intento de dotar a esta técnica de las garantías científicas de otros instrumentos de evaluación ha promovido estudios sobre fiabilidad y validez con menos resultados fructuosos de lo deseable (Brenner, 1985; García Marcos, 1983a; Mishler, 1986; Marshall y Rossman, 1995; Silva 1981, 1998). Ya se ha indicado el ilimitado número de variables que entran en juego, y la dificultad de controlar las mismas o de operativizarlas.

Además, no olvidemos que la entrevista es, por una parte, una muestra de la conducta de un sujeto en parte irrepetible, y por otra, el exponente de un estilo relacional en parte repetible. El aspecto interaccional inherente a esta técnica propicia la mayor ausencia de objetividad a la investigación científica (Kvale, 1996).

Las personas que están en juego en el desarrollo de la entrevista no pueden ser consideradas objetivas. El entrevistado porque ante su problema sesga, prioriza, olvida, oculta o sobredimensionaliza una determinada información. A veces por ignorancia otras veces por miedo o por otras razones no es objetivo a la hora de plantear sus problemas, ni se espera que lo sea. El entrevistador, por su parte, con su historia biográfica personal, su formación, su modelo teórico o los condicionamientos de la institución para la que trabaja, percibe la información, registra los datos o interpreta la problemática planteada desde éstas y otras variables personales.

No obstante, ya desde Khan y Cannell, (tomado de García Marcos, 1983a) se viene diciendo que las dificultades inherentes a toda relación no deben desalentarnos sino enseñarnos a superar las limitaciones personales y diseñar métodos que proporcionen mayor objetividad a esta técnica. Por ejemplo, el concepto de *objetividad* se ha ampliado en las investigaciones recientes, tanto desde un positivismo científico como desde la hermenéutica y las investigaciones de carácter social. Ya Bernstein (1983) defendió que la existencia de objetividad si el conocimiento que se obtiene reúne las características de verdadero, real y estable independientemente del observador que participa en la entrevista. Para Kvale (1996) y Polkinghorne (1989) el concepto de objetividad no es unívoco y se precisan estudios que delimiten y clarificar el concepto antes de valorar la objetividad o subjetividad de esta técnica.

Los métodos de fiabilidad y validez tradicionalmente conocidos solo han podido ser utilizados con variables holísticas, cosa que dificulta obtener conclusiones sobre la bondad científica de esta estrategia diagnóstica. En concreto, el estudio de la fiabilidad analizada a través de la variable examinador ha demostrado ser la que mayor variabilidad provoca. Por otro lado se cuestiona si la entrevista debe ser analizada con los mismos parámetros que las técnicas psicométricas altamente estructuradas. El acuerdo entre examinadores o fiabilidad del evaluador ha dado lugar a las investigaciones, entre otras, de Goodwing, Sands y Kozleski (1991) analizando el porcentaje de acuerdos entre entrevistadores. Esta dificultad por analizar el grado de fiabilidad de esta técnica ha dado lugar a la creación de entrevistas estructuradas de diagnóstico que intentan paliar esta fuente de variación. Ezpeleta (2001) plantea algunas consideraciones que, a su juicio, mejorarían la fiabilidad de las entrevistas, como por ejemplo mayor nivel de estructuración en la entrevista y la contrastación de la información cuando la entrevista es de nuevo recogida por el mismo examinador. Recoge así mismo los sesgos de la entrevista derivados de la variable examinador y que ya han sido puestos de relieve por otros profesionales (Angold y Costello, 2000; Angold y Fisher, 1999; Jensen y Hoagwood, 1997; Poole y Lamb, 1998).

Los estudios de validez se han realizado atendiendo a la validez de contenido. Desde el modelo conductual, el análisis topográfico y funcional de la conducta proporciona alta validez de contenido, al acotar las variables antecedentes o consecuentes del problema: ¿cuándo realiza esta conducta por primera vez?, ¿qué ocurrió antes?, ¿qué ocurre después?, ¿en qué lugar?, ¿en presencia de quién?, ¿cómo reaccionó?, ¿qué ocurrió posteriormente?, etc. Investigaciones llevadas a cabo por Mishler (1986) respecto a las respuestas verbales del paciente permiten un análisis más riguroso del contenido de dichas respuestas, así como de la verificabilidad de su validez de constructo.

La validez de criterio trata de confirmar que la conducta que expresa el sujeto tiene que ver con su vida real. Este aspecto ha sido estudiado por Silva (1981) en aquellos datos que es posible contrastar, por ejemplo el

grado de alcoholismo, el nivel de retraso mental, etc. No obstante es difícil contrastar otros muchos datos que aporta el sujeto, por lo que la entrevista en general no proporciona una validez de criterio adecuada.

Tanto la validez de constructo como la validez de contenido están en relación directa con el grado de estructuración de la entrevista. En la actualidad, las publicaciones en revistas científicas ponen de manifiesto que en la evaluación diagnóstica se está incrementando el interés por entrevistas estructuradas e incluso computerizadas decreciendo el número de publicaciones e investigaciones con técnicas cualitativas. Como Petermann y Müller (2001) indican existe un desplazamiento progresivo hacia la obtención de datos con técnica de mayor rigor y confiabilidad metodológica.

En síntesis, la entrevista inicial diagnóstica no reúne los criterios de validez y fiabilidad, si se consideran estos criterios desde una perspectiva de metodología cuantitativa, que otros instrumentos de evaluación aportan. Sin embargo, se levantan varias voces propugnando una metodología de investigación desde una perspectiva cualitativa, para dar respuesta a estas cuestiones (Lincoln y Guba, 1985; Marshall y Rossman 1995; Polkinghorne, 1989; Reason, 1994; Stake, 1994; Rubin y Rubin, 1995). Estos autores no agotan ni mucho menos la lista de quiénes se cuestionan los términos validez, generalizabilidad y fiabilidad, así como las cuestiones básicas más allá de las metodológicas (Latham y Sue-Chan, 1999; Schrage, 2002), es decir, ¿qué es cada concepto, son unívocos para cualquier ciencia?, ¿por qué estos parámetros y no otros?, para qué o qué utilidad tiene analizar estos supuestos?, y ¿cómo investigar sobre estas cuestiones? (Rosenau, 1992).

Kvale (1996) propone valorar la validez y fiabilidad junto a la generalizabilidad, la “santa trinidad científica” como él llama de forma crítica a esta trilogía de paradigma científico, reconceptualizando estos términos de acuerdo a los métodos apropiados a la investigación cualitativa. Él propone una metodología de investigación más amplia a través de siete etapas, las cuales siguen la secuencia natural de un proceso de investigación. Cada una de estas etapas tiene que cumplir sus requisitos científicos para que los resultados de la entrevista/investigación se puedan ser tenidos en cuenta:

Las siete etapas de Kvale (1996) en la investigación/entrevista:

Delimitar el **tema**. Requiere formular el propósito a ser investigado antes de iniciar la entrevista. Como él mismo propone el *por qué* y el *qué* debe preceder al *cómo*.

**Diseñar** el plan que se va a seguir para obtener la información que se desea, tomando en consideración las implicaciones éticas del conocimiento que se obtiene.,

**Entrevistar** a la persona, guiando la entrevista hacia el objetivo planeado, pero considerando la relación interpersonal de la situación de entrevista.

**Transcribir** lo ocurrido, lo que supone algún sistema de registro mecánico o escrito, que pueda posteriormente ser analizado sin problemas.

**Analizar** los datos obtenidos con los métodos de análisis apropiados a la entrevista

**Verificar** la generalizabilidad de los resultados, su fiabilidad y validez con una metodología propia de entrevista.

**Informar** (comunicar) verbalmente o por escrito dichos resultados teniendo en cuenta criterios científicos y la comprensibilidad de los mismos.

Sin duda alguna, el camino que hay que recorrer en el futuro es todavía largo y se precisan metodologías nuevas de análisis que contemplen, o solo en la entrevista, sino en la metodología cualitativa en general, nuevos métodos de análisis sobre el rigor científico de estas técnicas.

## 11. RECOMENDACIONES A MODO DE SÍNTESIS

Son muchos los autores que han investigado cuáles son las condiciones ideales para que una entrevista cumpla los objetivos que pretende. Algunos analizan y ponen el acento en las características personales y profesionales de un buen entrevistador, otros priorizan la importancia de conseguir los objetivos que se proponen, hay quien antepone conocer al paciente tal y como se manifiesta, están lo que defienden la importancia de las conclusiones obtenidas y no faltan quienes enumeran una serie de condiciones básicas para que la entrevista se considere una técnica de evaluación válida y fiable. Como conclusión de todo ello la investigación sobre esta técnica es amplia y variada y creemos que ha quedado suficientemente recogida en los apartados precedentes. Por ello, como síntesis de lo anteriormente expuesto, queremos recordar los puntos primordiales de la entrevista inicial:

En la fase inicial de la entrevista:

- Prepararse la entrevista en función de los datos de la pre-entrevista.
- Ser puntual, cortés y empático en el momento inicial de la entrevista.
- Informar del modo de trabajo que se va a realizar en el momento presente y en sucesivas sesiones
- Hacer explícitas las normas deontológicas básicas.

En la fase media de la entrevista:

- No dejar que sea el entrevistado el que dirija exclusivamente la entrevista
- Utilizar discriminadamente refuerzos positivos con la persona entrevistada
- Perder el control o directividad durante el proceso de comunicación
- No hacer demasiadas preguntas en un tiempo limitado
- Escuchar, dejar hablar y no interrumpir frecuentemente al entrevistado
- Utilizar de forma adecuada preguntas abiertas y cerradas
- Centrar el tema e interrogar sobre los problemas por los que consulta, sin obviarlos con la excusa de angustiar o hacer sufrir al paciente
- Atender a la comunicación no verbal
- Tomar notas de forma pausada, no obsesiva o continua, a fin de no bloquear la espontaneidad en la comunicación
- No emitir juicios de valor sobre lo que el entrevistado dice
- Eliminar las fuentes de distractibilidad, prestando atención a cosas externas
- Alentar al entrevistado con comentarios o conductas no verbales.
- Elaborar de forma adecuada la información recibida
- Cuidar el tiempo de duración de la entrevista
- Ofrecer información y opiniones profesionales cuando se considere necesario
- Exponer un resumen de lo tratado durante la entrevista

En la fase final de la misma:

- Explicar el modo de trabajo del psicólogo en las sesiones de evaluación próximas
- Despedirse proponiendo otra cita
- Darse tiempo el profesional para elaborar un mapa conceptual del problema

## 12. ESQUEMA RESUMEN DEL CAPÍTULO

<i>Características básicas</i>	<i>Petición de ayuda</i>	<i>Roles diferenciados</i>	<i>Flexibilidad y objetivos</i>	<i>Interacción recíproca</i>
<b>Tipos de entrevista</b>	En función de la edad	Nivel de estructura	Por el proceso	Por la finalidad
<b>Objetivos</b>	<b>Escuchar, Observar</b>	<b>Obtener información</b>	<b>Guiar la entrevista</b>	<b>Establecer hipótesis</b>
<b>Etapas de la entrevista</b>	Pre-entrevista Fase inicial	Fase media: Información	Fase de despedida	Post-entrevista
<b>Variables de la comunicación</b>	<b>Emisor: Conducta verbal y no verbal</b>	<b>Receptor Conducta verbal y no verbal:</b>	<b>Mensaje: QUÉ y CÓMO</b>	<b>Variables del contexto interacción</b>
<b>Análisis del problema</b>	Motivo de consulta y Análisis de la demanda	Antecedentes Consecuentes	Jerarquizar los problemas y definición operativa	Hipótesis Mapa conceptual Pronóstico
<b>Características del entrevistador</b>	<b>Actitudes específicas</b>	<b>Habilidades de escucha</b>	<b>Habilidades comunicacionales</b>	<b>Manejo de verbalizaciones</b>
<b>Consideraciones cuando se entrevista por un hijo</b>	Demanda proviene del adulto: - Valores - Expectativas -- Estrés de los síntoma	Presencia de ambos padres: - Información - Colaboración - Motivación -Pareja/familia como un todo	Padres implicados en - Problemas - Evaluación - Solución Importancia de la información	<b>CAMBIOS EN LOS PADRES CONSECUENTES Y/O ASOCIADOS</b> a la evaluación.
<b>Entrevista con el niño</b>	<b>Estilo interaccional en función de la edad</b>	<b>Explicar:</b> - <b>Motivo de consulta</b> - <b>Rol del psicólogo</b> - <b>Normas deontológicas</b>	<b>Análisis del problema</b> <b>Motivación de cambio</b>	<b>Contrato</b> <b>Compromiso de trabajo</b>
<b>Cómo registrar la información</b>	Durante la entrevista	Después de la entrevista	Métodos de grabación mecanizada	
<b>Fiabilidad y validez</b>	<b>Dificultades para validez y fiabilidad</b>	<b>Intentos de dotarlas de rigor</b>	<b>Reconceptualización de la metodología</b>	<b>Nuevas vías de investigación</b>



### 13. EJERCICIOS DE AUTOCOMPROBACIÓN

De las cuatro opciones de respuesta sólo una es verdadera.

1. La entrevista inicial es una técnica que reúne las siguientes características:
  - a) Se recoge preferentemente información sobre la biografía del paciente.
  - b) Es una técnica en la que la interacción es bidireccional entre el evaluador y evaluado
  - c) Reúne excelentes propiedades psicométricas
  - d) Los roles son simétricos entre el profesional y el paciente, a fin de que la ayuda sea más efectiva
2. Los objetivos de la entrevista inicial son:
  - a) Establecer una relación cercana y amistosa con el paciente
  - b) Establecer un buen rapport e investigar en los problemas del paciente.
  - c) Percibir al paciente tal como es y mostrarse cálido, receptivo y respetuoso
  - d) La b y la c son verdaderas
3. Comprender los problemas del paciente requiere:
  - a) Atender a la conducta verbal ya que es el medio más usual de comunicar los problemas.
  - b) Tanto la conducta verbal como la no verbal son igualmente necesarias para la comprensión de los problemas del paciente
  - c) Percibir y atender selectivamente la conducta no verbal porque es un lenguaje corporal que no es posible manipular.
  - d) La comprensión del paciente depende principalmente del modelo teórico del psicólogo.
4. Las etapas de la entrevista son:
  - a) Pre-Entrevista, entrevista inicial y entrevista de devolución
  - b) Pre-entrevista, Fase de conocimiento, fase de despedida y fase de contrato de cambio
  - c) Primera fase de conocimiento, segunda fase de análisis e identificación del problema y fase de despedida
  - d) Ninguna de las anteriores es verdadera porque hay cinco fases.
5. Las principales habilidades de escucha en la entrevista son:
  - a) Dejar hablar y responder con baja reactividad
  - b) Guardar silencio
  - c) Responder con prontitud a los requerimientos del sujeto entrevistado.
  - d) No responder porque eso animará al paciente a seguir hablando, y además mantener un contacto físico cercano
6. La escucha activa se manifiesta a través de:
  - a) Mantener contacto ocular con el que habla, indicando que se escucha, por ejemplo afirmando con la cabeza.
  - b) No expresar inicialmente el propio acuerdo o desacuerdo, sino mostrar simplemente que se respeta y se comprende lo que expresa el entrevistado.
  - c) Dejar pausas para animar al que habla a que lo siga haciendo, sin intentar llenar los silencios.
  - d) Todas las anteriores son verdaderas.
7. Entre las estrategias comunicacionales para elicitación o mantener la expresión verbal del paciente están:
  - a) Mantenerse en silencio a lo largo de la entrevista.
  - b) Presión del tiempo

- c) Comentarios confirmatorios y realimentación comunicacional
  - d) La técnica de la confrontación directa
8. Cuando se entrevista a unos padres que consultan por un hijo
- a) Basta con que acuda sólo la madre porque aporta datos del desarrollo que el padre no siempre puede aportar
  - b) Es necesario que vengan ambos porque ambos están implicados directa o indirectamente en el problema
  - c) Siempre tienen que venir juntos a la primera entrevista, sin ninguna excepción, incluso si los padres están separados.
  - d) Depende de la voluntad de los padres y del tiempo de que dispongan.
9. En la entrevista con el niño cuál de estas consideraciones hay que tener en cuenta.
- a) La edad es un factor importante, pero independientemente de la edad, la relación con el psicólogo siempre es similar.
  - b) Al niño hay que explicarle por qué viene, pero si por la edad no lo va a entender o el motivo de consulta es muy grave, es preferible no encarar con él ese tema.
  - c) Las normas deontológicas deben explicársele a un niño a partir al menos de los tres años, con la palabras y el modo adecuado a su edad.
  - d) En la primera entrevista al niño hay que hacerle una historia clínica sobre su problema.
10. En relación a las propiedades psicométricas de la entrevista podemos decir que:
- a) Existen intentos de reconceptualizar los conceptos de validez y fiabilidad en los métodos cualitativos.
  - b) Se considera que el evaluador es la principal fuente de variabilidad
  - c) Las propiedades psicométricas son aceptables en examinadores muy entrenados
  - d) La a y la b son verdaderas.

## 14. SOLUCIONES

1b/ 2d/ 3b/ 4c/ 5a/ 6d/ 7c/ 8b/ 9c/ 10d

## 15. PRÁCTICA DE ENTREVISTA. CASO ANA, 35 AÑOS

Se expone una síntesis de la primera entrevista tenida con la paciente, manteniendo el en el orden en que salieron los temas. Ana, que acude a consulta, habla con un tono enlentecido, la espalda algo inclinada, apenas mira al evaluador y en ocasiones se queda en silencio, pero escucha bien al psicólogo cuando interviene y acepta sus preguntas y sus sugerencias.

Es una señora viuda de 35 años, madre de dos niñas de 14 y 11 años, Sonia y Clara. Consulta en una clínica privada sobre su sufrimiento y sentimiento de culpa por lo que “ha hecho con su vida”, pero sobre todo por lo que está haciendo con “la vida de sus hijas”, ya que ella a veces no tiene ganas de vivir ni de nada. Sin embargo no quiere seguir tomando pastillas porque la dejan muy enlentecida y como tonta.

Se caso muy joven, 20 años, y con poca experiencia, con un hombre que siempre la ha protegido y cuidado en todo. Ella trabajaba fuera en una carnicería, pero dejó el trabajo para dedicarse a las niñas. Se quedó embarazada muy pronto y apenas ha tenido problemas con la educación de las niñas. Recuerda dos situaciones en las que se sintió también muy deprimida. Una, cuando a los 17 años le dejó un chico con el que salía. Estaba

hundida, triste, se sentía inútil y no tenía ganas de salir ni de arreglarse. También a los 30 años, cuando murió un hermano suyo, Luis, de 27, por sobredosis de droga.

Luis tenía una relación muy difícil con toda la familia, y Ana era la única en la que él podía confiar porque le había ayudado económicamente y psicológicamente durante mucho tiempo. Un día le pidió que lo alojara en casa, a lo que ella se negó, entonces le pidió la llave del camarote para dormir allí y se la dejó. Él subió al camarote y se metió una sobredosis. Ella lo encontró allí al día siguiente porque intuyó algo y, cuando las niñas fueron al colegio, subió a ver qué hacía. Se estaba muriendo, lo intentaron recuperar, pero no hubo remedio y murió. Ana repite en varias ocasiones: “yo lo empuje a la muerte”.

Su marido fue en estos momentos un gran apoyo, y le ayudó a ir a un psiquiatra porque ella estaba hundida. Habla de su marido como de una persona inteligente, cariñosa, que la comprendía y la apoyaba en todo, y en el que ella se apoyaba para todo. Refiere varias anécdotas de la vida cotidiana (cambiarse de casa, ayudarla con las niñas, acompañarla a ella al psiquiatra, etc.) en las que refuerza esta idea: el apoyo y seguridad que tenía con su marido para cualquier cosa.

Cuando su marido Enrique empezó hace tres años con los dolores de estómago no quiso acudir pronto al médico, “yo tampoco insistí”, pero cuando él fue tenía un cáncer de estómago muy extendido y apenas había nada que hacer. “Ya sé que la culpa no es mía” es una frase que repite Ana en varias ocasiones. Insiste que con su marido ha obrado como con su hermano Luis, no atendiéndoles cuando tenían un problema, a las dos personas que más ha querido aparte de sus hijas.

Con su propia madre no se lleva muy bien, son muy distintas. La describe como una madre muy dura y exigente, siempre se ha llevado mejor con su hermana mayor, dice que es como ella, tienen un genio brusco y se enfadan y gritan para hablar y eso a Ana le crea mucha tensión y le angustia desde niña. Su padre murió cuando ella tenía 12 años, en un accidente con el camión que conducía, con él se llevaba muy bien, y se quedó “como sin alma”. A partir de ahí su infancia fue más triste y dura. Empezó a trabajar pronto y tuvo suerte en la carnicería, la trataban muy bien.

En los tres últimos meses, a raíz de la boda de una sobrina suya que era como su confidente y ha tenido que cambiar de ciudad, se han agudizado los síntomas: ha perdido tres kilos, no tiene apetito y le cuesta mucho conciliar el sueño, hay noches que duerme entre 3 y 4 horas. Le duele la cabeza constantemente, se siente lenta pensando y se le olvidan las cosas. Le cuesta más tiempo realizar las labores del hogar, a veces no ha terminado de preparar la comida cuando vienen las hijas del colegio y ha dejado de salir con amigas porque no le interesan los temas de los que hablan. Estos síntomas, se van ahora agudizando, especialmente las cefaleas y el insomnio, por lo que se ha disparado su preocupación en relación a lo que le ocurre

Su marido murió hace dos años. A los seis meses de morir él, acudió con su hermana al psiquiatra, y éste le recetó un tratamiento farmacológico antidepresivo que todavía continúa tomando. Parecía que daba resultado, pero últimamente se encuentra peor. Cree que las pastillas no le hacen nada más que “atontarla”. No sabe si necesita más dosis o si será peor seguir tomándolas. El psiquiatra no “me escucha”, solo me receta pastillas.

Hace seis meses, hablando con la profesora del colegio de sus hijas, ésta le sugirió asistir a un grupo de autoayuda para personas con problemas para superar los duelos. A los tres meses de asistir la psicóloga del grupo le indica que acuda a un psicólogo, por eso consulta en este momento.

Al finalizar la entrevista se le explica, como a todos los pacientes, las cuestiones generales sobre funcionamiento, encuadre, normas deontológicas, aspecto económico y se le concede una nueva cita para proseguir el trabajo con ella.

## 16. INSTRUCCIONES PARA EL ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA:

El alumno leerá detenidamente la síntesis de la entrevista, intentado integrar los datos que va leyendo y estableciendo hipótesis tentativas sobre el caso.

Atendiendo a los epígrafes que se han presentado en el apartado 6, el alumno tratará de encontrar una respuesta a las cuestiones abajo enunciadas, contestando con sus propias palabras a las mismas.

**Motivo de consulta** .....

**Percepción del sujeto** .....

**Antecedentes** .....

**Consecuencias del problema** .....

**Determinar la severidad** .....

**Tentativas de solución** .....

**Jerarquizar los problemas** .....

.....

.....

**Definición operativa** .....

.....

.....

**Hipótesis diagnósticas**.....

.....

.....

Tras esta reflexión, el alumno puede realizar el siguiente ejercicio de comprobación, contestando a las siguientes preguntas:

1. El principal motivo de consulta en el caso anterior es:
  - a) Quejas somáticas y dolores físicos desde la infancia
  - b) Insatisfacción con el tratamiento psiquiátrico
  - c) Preocupación por bienestar psicológico de sus hijas
  - d) Sentimientos depresivos tras la muerte de su marido
  
2. La percepción del sujeto respecto a su problema es:
  - a) No tiene remedio y nunca se va a curar, por eso va al especialista sin motivación de cambios
  - b) Se percibe como una persona fuerte, pero que en este momento no puede afrontar el duelo.
  - c) Se siente culpable de lo que le ocurrió al marido, su vida no tiene sentido.
  - d) Cree que es cuestión de tiempo, pero que necesita una medicación que le ayude en sus problemas somáticos
  
3. Analizando la demanda actual de consulta, podemos concluir que:
  - a) En este momento acude porque considera que los fármacos no le hacen efecto.
  - b) Acude orientada por un profesional que le merece crédito, y ella en el fondo quiere hacer algo para estar mejor.
  - c) Los síntomas físicos son los que han incrementado su preocupación, y éste es un motivo importante para acudir ahora.
  - d) Todas las anteriores son verdaderas.

4. A través de la entrevista se percibe que los antecedentes de su problema son:
  - a) Las sucesivas situaciones de pérdida que ha sufrido durante la infancia.
  - b) Una historia de desamparo a raíz de la muerte de su padre
  - c) No hay antecedentes de su malestar, es una situación reactiva ante la muerte de su marido.
  - d) Una vinculación negativa con su madre y sus hermanos
  
5. Entre las consecuencias actuales de su problema podemos constatar:
  - a) Incapacidad de llevar la economía de su hogar
  - b) Dificultades en las relaciones con sus hijas.
  - c) Problemas somáticos que van incrementándose progresivamente
  - d) Determinadas fobias alimenticias.
  
6. Acerca de la severidad o gravedad de los síntomas que plantea podemos decir:
  - a) Es claro que son síntomas leves como consecuencia de la muerte de su marido.
  - b) No es posible solamente con esta entrevista valorar la severidad de la situación actual
  - c) Se puede hablar de un trastorno grave puesto que están alteradas funciones básicas que le incapacitan para hacerse cargo de sus hijas.
  - d) Ninguna de las anteriores es verdadera.
  
7. Considero, tras la lectura de la entrevista, que las tentativas que Ana ha implementado hasta ahora como vías de solución a sus problemas:
  - a) Han sido bastantes desacertadas porque no era necesario acudir a un psiquiatra.
  - b) Han sido acertadas, pero no en todos los casos los resultados son exitosos.
  - c) No ha intentado realmente solucionar sus problemas
  - d) Han sido insuficientes, tendría que haber acudido a un neurólogo.
  
8. Los problemas de Ana se podrían jerarquizar del siguiente modo:
  - a) Atendiendo a su sufrimiento, lo más urgente es superar el problema de duelo por la muerte de su marido, los síntomas somáticos y el funcionamiento cognitivo son secundarios.
  - b) Lo más importante es la dependencia que mantiene con otras personas, siendo menos importante la propia depresión y los síntomas somáticos porque son consecuencia de lo anterior.
  - c) El insomnio y las cefaleas con los problemas que habría que abordar prioritariamente porque le haría sentirse mejor y estar menos depresiva.
  - d) No es posible, con estos datos, jerarquizar los problemas
  
9. La definición operativa del problema sería:
  - a) Un trastorno psicósomático con repercusión emocional
  - b) Un trastorno emocional con síntomas somáticos
  - c) Dependencia y depresión procedente de la infancia

d) Ninguna de las anteriores es una definición operativa

10. Tras la entrevista se podría realizar la siguiente hipótesis diagnóstica:

- a) Es un trastorno de personalidad
- b) Es un trastorno depresivo
- c) Es un trastorno de dependencia
- d) Es un trastorno psicósomático

## 17. SOLUCIONES AL EJERCICIO PRÁCTICO DE ENTREVISTA:

1d/ 2c/ 3d/ 4a/ 5c/ 6b/ 7b/ 8a/ 9d/ 10b/

## 18. BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A. (1972). "La entrevista inicial con los padres". En A. Aberasturi (Ed.): *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Acevedo, A. y López, A.F. (1986). *El proceso de la entrevista. Conceptos y modelos*. (4ª ed). México: Limusa.
- Aldridge, M. y Wood, J. (1998). *Interviewing children. A guide for care and forensic practitioners*. New York: Jhon Wiley and Sons.
- Aleman, C. (1994). *Bridging Differences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Álvarez, V. (1984). *Diagnóstico pedagógico*. Sevilla: Alfar.
- American Psychological Association (1981). Ethical Principles of psychologists. *American Psychologist*, 36, 633-638.
- American Psychological Association (1992). Ethical Principles of psychologists and code of conduct *American Psychologist*, 42, 696-703.
- Angold, A. y Costello, J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 39-48.
- Angold, A. y Fisher, P.W. (1999). Interviewer-based interviews. En D. Shaffer, C.P. Lucas y J.E. Richters (Eds.), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Arfouilloux, J.C. (1977). *La entrevista con el niño*. Madrid: Marova.
- Arranz, P. y Cancio, H. (2000). Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En F. Gil (Ed.), *Manual de psicooncología*. Madrid: Nova Sidonia
- Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ciencias Médicas.
- Bassols, R. (1990). Introducción. En T. Rossell, *La Entrevista en el Trabajo Social*. Barcelona: Hogar del Libro, SA.
- Bell, E. (1999). The role of education in the role of counselling in further and higher education. En J. Lees y A. Vaspe (Ed.), *Clinical Counselling in Further and Higher Education*. London: John Lees.
- Berger, D.M. (1987). *Clinical Empathy*. Northvale, NJ: Jason Aonson.
- Bernstein, D. A. Y Nietzel, M. (1982). La entrevista en la Psicología clínica. En D. A. Bernstein y M. Nietzel (Eds.), *Introducción a la Psicología clínica*. México: McGraw-Hill.
- Bernstein, R.J. (1983). *Beyond objectivism and relativism*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Bertrando, P., Bressi, C. y Clereci, M.(1989). La Evaluación familiar y la Interacción lingüística. El Análisis de la Entrevista Familiar de Camberwell. *Psiquiatría*. 3, (1), 77.
- Bimbela, J.L. (2001). *Cuidando al cuidador. Counselling para profesionales de la salud*. (4ª, ed.) Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bleger, J.(1977). *Temas de Psicología. Entrevistas y Grupos*. (7ª ed.), Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bombi, A.S. (2003). Interview and child and family settings. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopaedia of Psychological Assessment*. Vo. I (Pag. 409 - 495) London: Sage Publication.
- Borrel, F. (1989). *Manual de entrevista clínica para atención primaria de Salud*. Barcelona: DOYMA
- Brenner, M. (1985). Survey Interviewing. En M. Brenner, J. Brown y D. Canter (Eds.), *The Research Interview. Uses and Approaches*. London: Academic Press.
- Brooks, V. (2002). *Assessment in Secondary Schools. The new teacher's guide to monitoring, assessment, recording, reporting and accountability*. Buckingham. Philadelphia: Open University Pres.
- Brusset, B.(1988). Entrevista familiar y anamnesis. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Busse, R.T. y Rybski-Beaver, B. (2000). Informant report: Parent and teacher interviews. En E.S. Shapiro y T.R. Kratochwill (Eds.), *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior*. New York: Guilford Press.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D., Alcantud, F. y Silva, F.(1986). La información diagnóstica general: Una pauta estructurada de anamnesis para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 3, (2), 13-45.
- Casullo, M.M. y Márquez, O. (2003). Interview. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopaedia of Psychological Assessment*. Vo. I (Pag. 481-487) London: Sage Publication.
- Colombero, R. (1987). Aspetti psicologici de la comunicazione interpersonale. Milano: Paoline.
- Contini, M. (1999). *Enfoques en Evaluación psicológica. Investigaciones con niños y adolescentes*. Tucumán, Argentina: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán.
- Cormier, W y Cormier, L. (1994). *Estrategias de Entrevista para Terapeutas. Habilidades básicas y estrategias cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Davis, F. (1989). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza Editorial.
- Davis, F. y Newstron, R. (1987). *El comportamiento humano en el trabajo*. New York: McGraw-Hill.
- Del Barrio, V. (2002) Método de la evaluación psicológica y su aplicación al niño y al adolescentes. En. V. del Barrio (Ed.), *Evaluación psicológica en la infancia y adolescencia*. Madrid: UNED.
- Del Barrio, V. (2003.) Child and adolescents in clinical settings. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopaedia of Psychological Assessment*. Vo. I (Pag. 171-178) London: Sage Publication.
- Dietrich, G. (1986). *Psicología General del Counselling*. Barcelona: Herder.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Falguera, M. (2000). *Historia clínica. Una guía práctica*. Lleida: Universidad de Lleida. Servicio de Publicaciones.
- Fernández Liporace, M. (1997). Las entrevistas. En M.M. Casullo., A.N. Cayssials, M. Fernández Liporace, L. Wasser de Diuk, J. Arce y L. Álvarez (eds.), *Proyecto de vida y decisión vocacional*. Buenos Aires: Paidos.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2001). *La practica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Forns, M. (1993). *Características de la evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Freedheim, D.K. y Overholser, J.C. (1997). Training Issues in Clinical Psychology. En J.R. Mattheus y C.E. Walker (Ed.), *Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- García Marcos, J.A. (1983a), La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.): *Psicodiagnóstico*. Tomo I. Madrid: UNED.



- García Marcos, J.A. (1983b). Entrevista evolutiva. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Cuaderno de prácticas de psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- García Pérez, E.M. (1998). Cuestionario evolutivo, Cuestionario familiar e Inventario de hábitos de autonomía. En E.M.: *IEG. Instrumentos de Evaluación General*. Madrid: Albor COHS.
- Giordano, P.J. (1997). Establishing Rapport and Developing Interviewing Skills. En J.R. Mattheus y C.E. Walker (Eds.), *Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Goodwing, D.L.; Sands, D.J. y Kozleski, E.B. (1991). Estimating interinterviewing reliability for interview schedule used in special education research. *The Journal of Special Education*, 25, 73-89.
- Greco, P. y Routh, D.K. (1997). Special Issues Involving Children. En J.R. Mattheus y C.E. Walker (Eds.). *Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Gregory, S.W. y Webster, S. (1996). A non verbal signal in voices of interview partners effectively predicts communication accommodation and special status perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70,(6), 1231-1240.
- Groth-Marnatt, G. (1990). *Handbook of Psychological Assessment*. New York: John Wiley and Sons.
- Haas, L.J., Malouf, J.L. y Mayerson, N.H. (1986). Ethical dilemmas in psychological practice: Results of a national survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 48-50.
- Hersen, M.; Kazdin, A.E. y Belack, A.S. (1991). *The Clinical Psychology Handbook*. United States of America: Pergamon Press.
- Highley-Marchington, J.C. y Cooper, C.L. (1998). *An assessment of employee assistance and workplace counseling programmers in British organizations*. Manchester: Health and Safety Executive.
- Hill, C.J. (1991). Factors influencing physician choice, *Hospital and Health Service Administration*, 36, 491-503.
- Hughes, J.N. y Barker, D.B. (1990). *The clinical child interview*. New York: Guilford Press.
- Jensen, P.S. y Hoagwood, K. (1997). The book of names: DSM-IV on context. *Development and Psychopathology*, 9, 231-249.
- Jhonson, W.R. (1981). Basic interviewing Skills. En W.R. Johnson(Ed.), *Clinical Psychology*. New York: Basic Books.
- Kamphau, R.W. y Frick, P. (2001). *Evaluación clínica de la personalidad y de la conducta del niño y del adolescente*. México: El Manual Moderno.
- Kanfer, R., Eyberg, S.M. y Krahn, G.L.(1983). Interviewing strategies in child assessment. En C.E. Walker y M.C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology*. Nueva York: Wiley and Sons.
- Knapp, M.L. (1978). *Non verbal communication in human interaction*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, London: Sage Publications.
- Lain Entralgo, P. (1998). *La Historia Clínica*.(3ª Ed.) Madrid: Triacastela.
- Lane, K.; Ballweg, B.J., Suler, J.R.; Fernald, P.S.; Goldstein, G.A. (2000). Acquiring Skills. Undergraduate students. En M.E. Ware, y D.E. Johnson (Eds.) *Handbook of demonstrations and activities in the teaching psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Latham, G.P. y Sue-Chan, C. (1999). *A meta-analysis of the situational interview: An enumerative review of reasons for its validity*. Canada: Canadian Psychological Assessment.
- Lee, M. y Schuch, J.H. (1996). *Assessment in Student Affairs. A guide for practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Lees, J. (1999). *Clinical Counselling in Context. An introduction*. London: John Lees.
- Lees, J. y Vaspe, A. (1999). *Clinical Counselling in further and higher education*. London: John Lees.
- Lincoln, Y. S. y Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, California: Sage.
- Linehan, M. (1997). Issues in behavioural interviewing. En J.D. Cone y R.P. Hawkins (Eds.), *Behavioral assessment: New directions in clinical psychology*. New York: Brunner/Mazel.

- Links, P.S. (1996). *Clinical assessment and management of severe personality disorders*. Washington: American Psychiatric Press.
- MacKinnon, R. A. Y Michels, R.(1981). Principios generales de la entrevista: En R. Mackinnon y R, Michels (Eds.), *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.
- Maganto, C. (1995a). *Psicodiagnóstico infantil*. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Maganto, C. (1995b). Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Sicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad. Manuales Universitarios.
- Maganto, C. (1999). Consideraciones en torno a la evaluación infanto-juvenil. En F. Lozano y M. Gómez de Terreros (Eds.) *Avances en Salud Mental Infanto-Juvenil*. Sevilla: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Márquez, M.O., Rubio, V.J. y Hernandez, J.M.(1987). Propuesta de entrenamiento sistemático en la entrevista: Selección de variables modificables. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 2, (3) 211-233.
- Marshall, C. Y Rossman, G.B. (1995). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Martorell, C. y González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Mateu, C. y Fuentes, I (1992). *La entrevista de evaluación*. Valencia: NAU Llibres.
- Matthews, J.R. y Walker, C.E. (1997). *Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- May, R. (1999). *Doing clinical work in a college or university. How does the context matter?* En J. Lees y A. Vaspe (Eds.), *Clinical Counselling in Further and Higher Eduation*. London: John Lees.
- Meharabian, A. (1971). *Non verbal communication*. Chicago: Aldine Atherton.
- Meharabian, K. (1981). *Silent Message*. California: Wadsworth.
- Merrell, K.W. (1999). Clinical interviewing. En K.W. Merrell: *Behavioral, Social and emotional assessment of children and adolescents*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mishler, E. (1986). *Research Interviewing. Context and Narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
- Monedero, C. (1984). *Historia clínica en sicopatología infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Monedero, C.(1984). *La historia clínica en Psicopatología*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Morgansten, K.P.(1986). Behavioral interviewing: the initial stages of assessment. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Nueva York: Pergamon Press.
- Muñoz, M. (2003). La exploración inicial. En M. Muñoz: *Manual práctico de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Okun,, B. (2001). *Ayudar de forma efectiva*. Barcelona: Paidós.
- Othmer, E. Y Othmer, S.C. (1996). *DSM-IV. La entrevista clínica*. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Toray Masson, S.A.
- Pallarés, M (1980). *Técnicas de grupo para educadores*. Madrid: ICCE.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, California: Sage.
- Pedreira, J.L. (1995). *Protocolos de Salud mental Infantil para la Atención Primaria*. Madrid: ELA.
- Pedreira, J.L. y Rincon, F.(1989). Los enredos de la historia en la infancia (I). (La Historia Clínica en Psiquiatría Infantil. *Revista de la Asociación Española de neurología*.31, 563-575.
- Pedreira, J.L. y Rincon, F.(1990). Los enredos de la Historia en la infancia (y II). (La Historia Clínica en Psiquiatría Infantil. *Revista de la Asociación Española de Neurología*. 32, 77-88.
- Perry, M. (1990). The interview in developmental assessment. En J.H. Johnson y J. Goldman (Eds.), *Developmental assessment in clinical child psychology*. New York: Pergasmon.
- Perterman, F. Y Müller, J.M. (2001). *Clinical psychology and Single-Case Evidence. A practical Approach to Treatment, Planning and Evaluation*. Baffins Lane, Chichester: Wiley and Sons.

- Polkinghorne, D.A (1989). Changing conversations about human science. En S. Kvale (Ed.), *Issues of validity in qualitative research* ). Lund, Sweden: Student- literature.
- Poole, D.A. y Lamb, M.E. (1998). *Investigative interviews of children*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, B. (1979). The initial interview. En Walker, C.E. (Ed.), *The Handbook of Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*. Nueva York: Pergamon Press.
- Reason, P. (1994). Three approaches to participatory inquiry. En N.K. Denzin y Y.S. Lincol (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1953). Barriers and gateways to communication. *Harvard Business review*, 30 4, 44-49.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions at therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1973). *In retrospect: Forty-six years. Distinguished Professional Contribution award*. American Psychological Association Convention.
- Roji, M.B. (1986). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Marid: UNED
- Rosenau, M.P. (1992). *Postmodernism and social sciences*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rossell, T. (1990). *La Entrevista en el Trabajo Social*. Barcelona: Hogar del Libro, SA.
- Rubin, H.J. y Rubin, I.S. (1995). *Qualitative interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Sattler, J. (1996) *Evaluación infantil*. México: El Manual Moderno.
- Scharge, E. (2002). Reliability and validity of an interview assessment of attachment representations in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescent Reseach* 17(5): 532-551.
- Serralonga, J., Cardoner, N. Y Pifarre, J. (1997). *Historia clínica en psiquiatría*. Barcelona: Grupo Aula Médica, S.L.
- Silva, F. (1981). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros y J.A. Carrobles (Eds), *Evaluación Conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Silva, F. (1995). *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Silva, F. (1998). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Introducción a la Evaluación Psicológica*. I. Madrid: Pirámide.
- Siquier de Campo, M.L. y García-Aceno, M. (1974). *Las técnicas proyectivas y el proceso de Psicodiagnóstico*. Tomo I. Buenos Aires: Paidos.
- Stake, R.E. (1994). Case studies.En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sullivan, H.(1982). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Piqué.
- Sullivan, H.S. (1954). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Throne, C y Moreno, M. (1997).Evaluación psicológica de los problemas específicos de aprendizaje. Anexo A: Historia Clínica. En M.M. Casullo (Ed.), *Evaluación psicológica en el campo socioeducativo*. Buenos Aires: Paidos.
- Tizón, J.L. (1988). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. (2ª ed.). Barcelona: Hogar del Libro.
- Torras de Bea, E. (1991). *Entrevista y diagnóstico*. Barcelona: Paidos.
- Ulloa, F. (1986). *La entrevista operativa*. Publicación de la Cátedra Técnicas Proyectivas. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología: Departamento de Publicaciones.
- Upcraft, M.L. y Schuh, J.H. (1996). *Assessment in Student Affairs. A Guide for Practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Villareal, M.J.(1981). *Fundamentos de la entrevista conductual*. México, Trillas.
- Villareal, M.J. (1981). *Fundamentos de entrevista conductual. Revisión teórica*. México: Trillas.

- Walker, C.E. Roberts, M.C. (2001). *Diagnostic assessment of children. Handbook of clinical child psychology*. (3ª ed.). New York: John Wiley
- Wiens, A.N. (1983). The Assessment Interview. En Weiner, I.B. (Ed.) *Clinical methods in Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Wiens, A.N. y Matarazzo, J.D. (1983). Diagnostic interviewing. En M. Hersen, A.E. Kazdin y A.S. Bellak (Eds.), *The clinical psychology handbook*. New York: Pergamon Press.
- Wilson, P.H., Spence, S.H. y Kavanagh, D.J. (1995). *Técnicas de entrevista clínica*. Madrid: Martínez Roca.
- Wozencraft, T. (1997). Finding a Training Placement and Making the Transition from Student Trainee. En J.R. Matthews y V.E. Walker (Eds.), *Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

## 19. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cormier, W y Cormier, L. (1994). *Estrategias de Entrevista para Terapeutas. Habilidades básicas y estrategias cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Maganto, C. (1995a). *Psicodiagnóstico infantil*. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Maganto, C. (1999) Consideraciones en torno a la evaluación infanto-juvenil. En F. Lozano y M. Gómez de Terreros (Eds.) *Avances en Salud Mental Infanto-Juvenil*. Sevilla: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Martorell, C. y González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis. Mate, C. y Fuentes, I (1992). *La entrevista de evaluación*. Valencia: NAU Llibres.
- Mateu, C. y Fuentes, I (1992). *La entrevista de evaluación*. Valencia: NAU Llibres.
- Matthews, J.R. y Walker, C.E. (1997). *Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Othmer, E. y Othmer, S.C. (1996). *DSM-IV. La entrevista clínica*. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Toray Masson, S.A.
- Silva, F. (1998). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Introducción a la Evaluación Psicológica*. I. Madrid: Pirámide.

## 20. GLOSARIO

Definición operativa: Delimitar y precisar una conducta mediante parámetros cuantificables como frecuencia, intensidad y duración.

Entrevista de devolución: Es la entrevista que tiene como finalidad comunicar los resultados de la evaluación.

Holístico: sinónimo de total o global. Se refiere al estudio de conductas que conllevan varios componentes, don de se atiende a todos ellos en su conjunto.

Idiosincrático: Particular manera de ser de una persona o situación. Una característica propia que define de modo singular a algo o a alguien.

Insight: Término inglés que significa literalmente mirar hacia dentro, y se usa en psicología para designar la conciencia y comprensión de la propia dinámica y de los síntomas de conducta inadaptada. Es necesario para realizar cambios de conducta y personalidad.

Mapa conceptual: Utilizado en psicología para designar la representación gráfica de la comprensión y procesamiento de las hipótesis de trabajo. En el mismo se deja constancia de los problemas del sujeto, los factores antecedentes y/o asociados y las áreas afectadas.

Pronóstico: Predicción del curso que puede tomar una enfermedad o trastorno basándose en datos, signos o síntomas presentes.

Rapport: lograr un clima de trabajo emocionalmente cálido, relajado, distendido y de confianza, que propicie hablar con confianza y con la seguridad de ser respetado, comprendido y aceptado. Se aplica también a la actitud del psicólogo que logra despertar el interés y motivación en el paciente para que conseguir que su cooperación sea libre y voluntaria.

Realimentación: En el contexto de la psicología de la comunicación es similar a feed-back. Se refiere a los mensajes verbales o no verbales enviados por el receptor que refuerzan positiva o negativamente la comunicación del emisor.