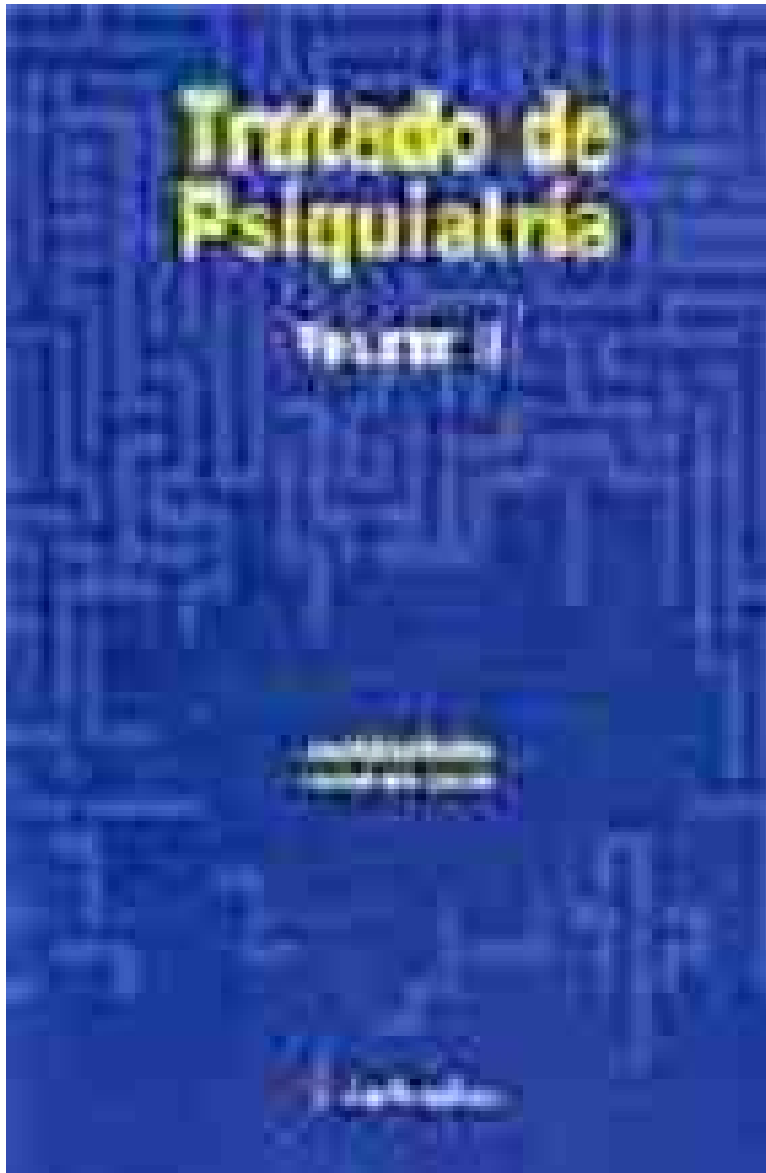


Borrador del capítulo publicado como:

Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Relación médico-paciente, Habilidades de entrevista y Comunicación. En Leal C y Vallejo M. Tratado de Psiquiatría vol I, 2ª edición. Barcelona: Ars Médica, 2010, 571-585. ISBN 978-84-9751-478-1



Relación médico-paciente. Habilidades de entrevista y de comunicación.

Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria

Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid

Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid

Índice del capítulo:

1. Introducción
2. La relación médico-paciente
3. Habilidades de entrevista
4. Estrategias de entrevista
 - 4.1. La entrevista como proceso: fases iniciales, intermedias y finales
 - 4.2. La entrevista como encuentro particular dentro del proceso terapéutico:
 - 4.2.1. Diferentes estilos de entrevista
 - 4.2.2. La entrevista de evaluación, las entrevistas de las fases intermedias, las entrevistas de las fases de terminación
 - 4.3. La entrevista en situaciones especiales. Estrategias específicas

INTRODUCCIÓN

Si nos pusiéramos a pensar en la cantidad de horas y esfuerzos que un médico, psiquiatra o no, ha de dedicar durante la práctica de su profesión, a hablar con los pacientes y sus allegados, nos sorprendería el poco espacio que el entrenamiento en habilidades de entrevista y comunicación y en atención a la relación médico-paciente, se dedica en la carrera profesional. Esta necesidad de entrenamiento se intensifica o se amplifica en la práctica de la especialidad de psiquiatría.

Siguiendo a Sullivan (1954) (1) podríamos decir que lo que llamamos *entrevista* se caracteriza por la reunión de dos personas, una de ellas reconocida como “experta en una relación de ayuda, y, la otra, conocida como *cliente, entrevistado o paciente*, que espera obtener algún provecho de una discusión con el experto de sus necesidades”. En esta acepción la entrevista entre el psiquiatra y el paciente comparte muchas de sus

características con las de otros profesionales de ayuda y las personas que acuden a ellos.

La entrevista psiquiátrica es, pues, un encuentro conversacional entre un terapeuta/s y un paciente/s que tiene como objeto ayudar al segundo a resolver o mejorar los síntomas derivados de un trastorno mental.

Durante una entrevista psiquiátrica cualquiera, la persona necesitada de ayuda, el paciente, relata al psiquiatra, una experiencia “saturada” por un problema. El experto, la psiquiatra, escucha ese relato al mismo tiempo que tiene la responsabilidad de:

Crear un clima conversacional que favorezca el diálogo, a través del establecimiento de una relación terapéutica.

Devolver una comprensión del problema en forma de formulación o diagnóstico

Facilitar la disolución del problema a través de técnicas biológicas o psicológicas que promueven el surgimiento de significados nuevos y alternativos que no contengan la pauta problema.

Los objetivos de la entrevista se llevan a cabo a través de:

El establecimiento de la relación médico-paciente

La puesta en acción de técnicas y habilidades de entrevista por parte del psiquiatra

La construcción de estrategias conjuntas con el paciente o pacientes

1. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La importancia del establecimiento de una adecuada relación médico-paciente se pone de manifiesto en el hallazgo empírico de que es la alianza de trabajo el factor que más constantemente se correlaciona con un resultado exitoso del tratamiento.

Se han definido algunas tipologías de relación. Por ejemplo, la que establece la diferencia entre *relaciones de poder* (como lo son las relaciones *autoritarias* o *paternalistas* que, a veces, establecemos con algunos pacientes) y las *relaciones de ayuda* (basadas en el reconocimiento del otro como un semejante).

Otros autores diferencian otros tipos de relación médico-paciente (3). Así está el *modelo activo-pasivo*, en el que el paciente no tiene responsabilidad sobre su cuidado y el médico actúa ejerciendo sobre él su pericia. Sería el caso ante pacientes agudamente delirantes o pacientes en coma. En el *modelo profesor- alumno*, el médico es el que sabe y por tanto, es el que tiene un papel preponderante en la toma de

decisiones. Es un modelo paternalista, en el que el rol del paciente es el de obedecer o seguir los dictámenes médicos. Un ejemplo de esta relación es la que se establece en el cuidado postoperatorio. En otro tipo de relación, el *modelo de participación mutua*, paciente y médico establecen una relación igualitaria, recíprocamente participativa, en la que la función de uno depende también de la aceptación y la participación del otro. Es la necesaria en el cuidado de enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades reumatológicas etc...o trastornos mentales. El último tipo de relación citado por estos autores es el *modelo de amistad* (diferente al *médico amigo* de Laín), que se considera inadecuado o antiético por ser un tipo de relación que responde más a las necesidades del médico que a las del paciente y porque promueve relaciones de dependencia que hacen interminables los tratamientos.

El entrevistador no es una figura neutral, en el sentido de que su interacción con el paciente en sí mismo está modificando una situación previa, y en que la relación con el paciente está considerablemente influida por sentimientos y expectativas no reconocidas abiertamente y que provienen de anteriores relaciones con personas significativas, fundamentalmente los padres. Los psicoanalistas han denominado a ese movimiento afectivo, relaciones de transferencia o de contratransferencia, según sea su referencia al paciente o al terapeuta. Para Sullivan (1) una parte de la habilidad de entrevistar se origina en una serena observación de lo que se produce a ese respecto. Por *transferencia* se entiende ese conjunto de expectativas, creencias y respuestas emocionales que el paciente aporta a la relación médico-paciente en función de sus experiencias anteriores, especialmente de las muy tempranas y, por tanto, muy determinantes. Las reacciones transferenciales tienen que ver con la expresión de las respuestas del paciente ante figuras significativas de su pasado. Por ejemplo, un paciente puede entrar en la consulta mostrando desprecio o desdén por un psiquiatra que le atiende por primera vez. Esa reacción no habla tanto de lo que hace o dice el psiquiatra del ejemplo, como de lo que el paciente, basándose en experiencias previas con figuras de autoridad (su padre, un psiquiatra anterior) espera que este haga o diga. Para algunas escuelas psicoterapéuticas, el análisis de las relaciones transferenciales es la base del tratamiento del paciente. Para otras muchas, el conocimiento de estas reacciones es de gran importancia para el establecimiento de una adecuada relación y para poder mantener una entrevista eficaz

En su rol profesional, la persona del psiquiatra ha de mostrarse acrítica, ha de relegar sus emociones para dedicar sus esfuerzos a la exploración de los conflictos del paciente, ha de abstenerse de seguir sus propias inquietudes o deseos, ha de mantener una supervisión continua de su estado emocional para que este no obstaculice su trabajo o le pueda informar de aspectos no tenidos en cuenta hasta ahora con ese paciente.

El psiquiatra ha de desarrollar ese rol profesional aprendiendo a manejar esas emociones, pensamientos y conductas no motivados estrictamente por el desempeño de su rol. Hacer esto supone aprender a manejar lo que otros autores han denominado *contratransferencia*. Beitman y Yue (4), nos proponen la consideración de tres tipos de *contratransferencia*. Las reacciones originadas principalmente por la percepción de deseos o intenciones del paciente que, muy frecuentemente, representan la puesta en escena precisamente de la pauta problema que se pretende abordar con el tratamiento (la reacción de miedo ante un paciente violento, por ejemplo), las reacciones (emocionales, cognitivas o comportamentales) que pueden considerarse resultado de los patrones personales de comportamiento, las necesidades, los conflictos o las angustias del terapeuta (la dificultad para explorar sentimientos de angustia de un paciente ante la muerte de un hermano por parte de un terapeuta en pleno proceso por un duelo propio) y por fin habría que considerar el sesgo introducido por el sistema de valores del terapeuta, por ejemplo, un terapeuta agnóstico al tratar a un padre testigo de Jehová que no permite la transfusión de sangre que podría salvar la vida de su hijo.

Así pues, se podría decir que la relación entre médico y paciente o entre terapeuta y consultante está compuesta (en la configuración más típica) por dos personas y por dos historias personales (5), por una relación que se establece “entre” dos personas, el profesional de ayuda y el paciente y “dentro” de cada una de ellas (6). La relación terapéutica médico-paciente se basa en la empatía o capacidad para comprender, ser sensibles y experimentar vicariamente los sentimientos, pensamiento y experiencias de otra persona (5). Con esos ingredientes paciente y terapeuta construyen la alianza de trabajo. Para Bordin (7) la alianza está compuesta por tres elementos: las tareas o actividades específicas, los objetivos o metas hacia las que se dirige el tratamiento y el vínculo o la calidad afectiva de la relación. Tan importante es mantener una alianza

terapéutica de calidad que a través de la experiencia vivencial de esa relación, el paciente puede acceder a una experiencia emocional constructiva que es motor fundamental del cambio terapéutico. El establecimiento, desarrollo y resolución de los problemas que se plantean en la relación médico-paciente es un componente esencial del tratamiento.(8)

2. HABILIDADES DE ENTREVISTA Y DE COMUNICACIÓN

Establecer una relación médico-paciente basada en la empatía, en la comprensión y en la disposición a la ayuda por parte del médico, es una condición imprescindible para llevar a cabo una buena entrevista clínica, pero no es una condición suficiente.

La entrevista es, como la expresión artística, un acto único en el que se ponen en juego las aptitudes del clínico y el paciente en una interrelación irrepetible. Pero el acto creativo de la entrevista se ve, como la expresión artística, facilitado por el dominio por parte del clínico de técnicas adiestrables. En esta sección pretendemos hacer una breve revisión de las habilidades que el clínico ha de adquirir para poner en juego cuando sea necesario, en una entrevista terapéutica.

Distinguiremos tres niveles de habilidades (9). Las de primer nivel incluyen las habilidades de escucha, las de facilitación de la actividad narrativa del paciente y las de facilitación de la generación de narrativas alternativas por parte del paciente. Se refieren a aspectos como el modo de sentarse frente al paciente o dirigirle la mirada o la construcción de preguntas, reflejos empáticos o interpretaciones, es decir, constituyen los átomos que se combinarán para formar unidades de intervención psicoterapéutica en los siguientes niveles.

A la capacidad de conseguir que esta conversación se amolde a las necesidades del paciente y adopte los ritmos y los énfasis que permitan un trabajo productivo la llamamos de *acompañamiento y guía*. Acompañar la narrativa del paciente de modo que nos permita participar en su guía, supone poner en juego una serie de habilidades que llamaremos *de segundo nivel*. La utilización de un lenguaje capaz de evocar experiencias sin interferirlas y de detectar las oscilaciones en la receptividad del paciente a las mismas son ejemplos de este tipo de actividades. Es el acompañamiento de la narrativa del paciente el que establece la oportunidad de utilizar o posponer en un momento dado la utilización de las habilidades a que nos referíamos en el primer

nivel. Por ello decimos que si aquellas constituían un nivel *atómico*, éstas, supondrían la formación de un nivel *molecular* de la intervención psicoterapéutica.

El resultado final de una buena entrevista psiquiátrica es la co-creación, entre terapeuta y paciente, a través de la conversación, de narrativas alternativas a la narrativa inicial del paciente (10) (una narrativa saturada por un problema, que conlleva un sufrimiento innecesario). La puesta en juego de las habilidades a que nos referimos en los dos párrafos anteriores sería inútil sino sirve a este propósito general. El ponerlas a este servicio supone nuevas habilidades, de tercer nivel, que denominaremos *habilidades de generación de narrativas alternativas* o, resumidamente *habilidades generativas*. Con ello se constituiría el nivel *molar* de la intervención psicoterapéutica.

En este apartado describiremos algunas de las habilidades del primer nivel. Las habilidades de acompañamiento, tienen que ver con el establecimiento y la evolución de la relación médico-paciente y las de tercer nivel están en el terreno de la intervención psicoterapéutica, es por ello que, en este capítulo, nos vamos a centrar en las habilidades básicas.

Las *habilidades básicas* han de ser necesariamente puestas en juego en cualquier entrevista o proceso terapéutico.

Dividiremos convencionalmente las habilidades básicas (o de primer nivel) en tres categorías. Llamaremos a las primeras *habilidades de escucha* porque su objetivo es facilitar al entrevistador el acceso al discurso del paciente. Dividiremos las habilidades que implican una intervención más activa del terapeuta en dos categorías: *habilidades de facilitación de la actividad narrativa del paciente* y *habilidades de facilitación de la generación de narrativas alternativas*. En realidad cualquiera de las habilidades incluidas en cualquiera de los apartados puede servir a los objetivos que dan nombre a los otros. Sin embargo, a efectos didácticos hemos creído esclarecedor mantener la clasificación.

La exposición que sigue a continuación recoge formulaciones de los magníficos manuales de Cormier y Cormier (1979) (11), Rojí Menchaca (1990) (12) y Sevel, Cummings y Madrigal (1999) (13), así como algunos esquemas de Bermejo (1998) (14-15) y Wachtel (8), ideas de Brooks_Harris (17) y Mackinnon (18), junto con otras recogidas en un manual anterior de los mismos autores de este capítulo (9)

a) Habilidades de escucha

Actitud general de escucha

La actitud del entrevistador facilita o dificulta la actividad narrativa del paciente durante la entrevista y su participación en la conversación. Tal actitud supone una disposición a recibir la comunicación proveniente del paciente y se traduce en unas manifestaciones físicas, en forma de posturas, gestos, movimientos, miradas, expresiones faciales, tono, volumen o ritmo de la voz, ritmo de la respiración, indumentaria... A través de esta actitud el entrevistador intenta concentrarse en el mundo de significados del paciente y manifestar su interés por él.

Diversos autores han intentado recoger elementos actitudinales que, en nuestra cultura, podrían considerarse útiles a esta finalidad de demostrar interés (15,19). Por supuesto se trata de algo orientativo, sujeto a múltiples variaciones individuales y que, seguramente, no tiene valor fuera de nuestro entorno cultural noroccidental urbano.

Postura física

En general se considera más adecuado no sentarse de frente, sino con un ángulo de 90 grados respecto al paciente. Esto facilita el que el paciente pueda en ocasiones concentrarse en su discurso sin tener que enfrentar nuestra mirada. La inclinación hacia delante se interpreta como de interés e involucración en lo que se está escuchando, lo mismo que los brazos y piernas abiertos expresan la apertura a la escucha por parte del entrevistador. El contacto visual suele interpretarse como una manifestación de interés. El clínico mantiene su mirada centrada en la mirada del otro, sin que esto implique una mirada fija o inmóvil

Actitud interna del entrevistador

Pero el entrevistador también se compromete a mantener una actitud interna de silencio intrapsíquico y de suspensión del juicio. Con la primera se compromete a dedicar sus reflexiones al paciente durante la entrevista y no dedicarse a pensar en otras cosas. Con la segunda actitud se dispone a intentar comprender el mundo de valores y significados del paciente sin juzgarlos a partir de los suyos propios.

Atención a lo no explícito

La actitud descrita en el apartado anterior nos dispone a prestar atención a lo que el paciente nos cuente. Pero es frecuente que el paciente nos consulte precisamente porque la historia que cuenta no es fácil de entender en los términos en los que la cuenta. Por eso es importantísimo prestar atención no sólo a lo que el paciente dice sino también a las cosas que calla, deliberada o inadvertidamente, y a las cosas que aunque no dice, están de algún modo implícitas en lo que dice.

El entrevistador se entrena para captar un *discurso incompleto*, lleno de sobreentendidos, como por ejemplo, *“Ella es una mujer y no puede entenderlo”*, o para captar *discursos implícitos*, en los que abundan los significados que no están explícitamente dichos pero que pueden deducirse de lo que el entrevistado dice, por ejemplo, *“No me di cuenta de que era un extranjero y no guardé la cartera”*, o los *discursos evasivos* en los que la narración del paciente parece evitar selectivamente determinados temas, como por ejemplo, *“Con los padres ya se sabe....lo mejor es un amigo....”* o las *omisiones*, que se ponen de relieve cuando el paciente se ha referido con detalle a aspectos de alguna parcela de su vida, pero no ha mencionado personajes o hechos que pudieron ser relevantes o, por fin, los *discursos recurrentes*, en los que aparecen reiteradamente temas bajo la forma de diversas escenificaciones en el relato que un paciente hace de su vida, como ocurre con narraciones de automenosprecio, de fracaso etc.... .

Atención a la comunicación no verbal

El discurso verbal es sólo una de las formas mediante las que el paciente transmite información sobre su estado al terapeuta. Hay muchas otras informaciones que un psicoterapeuta atento puede extraer de otras formas no verbales de expresión en la consulta. (15, 16).

Apariencia general

La apariencia general del paciente transmite una enorme cantidad de información. Un paciente que lleva un vestido de luto, otro que viste extravagantemente o que lleva ropa que podría ser calificada de provocativa o de extremadamente recatada, o que resulta inadecuada para el tiempo que

hace, determinadas características del peinado, los adornos (incluidos amuletos) o tatuajes pueden decirnos mucho acerca de su estado de ánimo o la forma en la que pretende encontrar remedios para el mismo.

Autocuidado

El grado de autocuidado de una persona puede decir muchas cosas sobre su estado de ánimo, la forma de verse a sí mismo, el funcionamiento de su red de apoyo o los modos de aproximación a otras personas.

Actitud corporal

La actitud corporal puede reflejar no sólo el estado de ánimo, sino también, el modo en el que el paciente enfrenta la relación con el terapeuta. Puede expresar tensión, rabia, temor, desconfianza, desgana, intranquilidad.. La información que el terapeuta obtiene por esta vía puede completar o, a veces, contradecir la del discurso verbal del paciente. Los cambios en la postura y actitud corporal pueden ser un indicador fundamental para que el terapeuta se haga una idea de como determinadas informaciones o acontecimientos sucedidos durante la consulta están siendo asumidos por el paciente, sobre cuándo es preciso matizar una intervención o preguntar que significado ha tenido para el paciente lo que ha sucedido.

Expresión facial

La cara es la parte del cuerpo que con más riqueza y facilidad puede desempeñar las funciones referidas en el apartado anterior. La llamada *facies depresiva* ha sido clásicamente considerada un signo cardinal de la depresión y un indicador de su gravedad. Una sonrisa puede ser el primer indicador de mejoría en un cuadro depresivo. Unos maxilares cerrados con fuerza pueden reflejar una tensión difícil de expresar con palabras. Es especialmente importante que el clínico preste atención a las variaciones en la expresión que se producen durante la consulta y a las posibles incongruencias entre el contenido del discurso verbal y la expresión facial (un paciente puede decir que se encuentra bien con una expresión de profunda tristeza, o que un acontecimiento no le afecta con expresión de rabia o de temor...)

Voz

El tono de voz también matiza poderosamente el discurso verbal del paciente. Una solicitud de permiso puede convertirse, según el tono en el que se diga, en una exigencia, el tono monocorde y bajo puede acentuar la sospecha de un trastorno depresivo, un temblor en el tono puede indicar inseguridad o miedo...

Reacciones neurovegetativas

Las reacciones neurovegetativas (sudoración, rubefacción, palidez, pueden ser informantes inequívocos del estado emocional del sujeto. La aparición de tales reacciones cuando ocurren determinados acontecimientos de la entrevista (la aparición casual de un determinado tema, una pregunta sobre determinadas relaciones interpersonales...) puede orientar al clínico sobre los sentimientos del paciente acerca los mismos y ser de importancia central para ayudarlo a guiar la entrevista.

Características físicas

También determinadas características físicas (la estatura, la complexión, el atractivo...) pueden dar información que puede ser costoso extraer de otro modo. El valor que dé el clínico a determinados episodios relacionales contados por el paciente depende en gran medida de la apreciación que éste haga de las mismas.

Atención a la respuesta experimentada por el terapeuta (Utilización del Yo Observador)

Por la propia naturaleza de su trabajo, el psiquiatra escucha relatos de hechos que, a veces, son impactantes, asiste a reacciones emocionales intensas por parte de sus pacientes y comparte con ellos mucho tiempo, parte del cual puede ser un tiempo con mucha carga emocional y mucha influencia en el curso futuro de su vida. Ello despierta emociones y a veces, desencadena pensamientos y comportamientos que no están guiados exclusivamente por la intención de actuar terapéuticamente. Tales emociones, pensamientos y conductas pueden dificultar el trabajo terapéutico, pero también pueden ser de gran ayuda.

Por consiguiente, la terapeuta debe prestar atención, a las emociones y pensamientos que experimenta en la consulta. En primer lugar, debe reconocerlos. En

segundo lugar plantearse en que medida tales sentimientos se corresponderían con la respuesta que probablemente hubiera experimentado la mayoría de las personas si se encontrara en esa situación y en que medida responde a algo más personal suyo. A la capacidad de hacer esto, de manejar las reacciones contratransferenciales la llamaremos la habilidad de utilizar el *Yo Observador* del terapeuta.

La pregunta de fondo (¿En qué medida lo que experimento, lo que se me ocurre y lo que hago tiene que ver con el desempeño de mi rol de terapeuta y en que medida tiene que ver con otras cosas?) es – por mucho que parezca simple – útil en la medida en la que permite tomar decisiones sobre qué hacer ante tal eventualidad (explorar los motivos del comportamiento del paciente, reflexionar, buscar supervisión, derivar al paciente, buscar tratamiento...)

b) Facilitación de la actividad narrativa del paciente

Facilitadores no verbales y de intervención verbal mínima

En la conversación terapéutica, como en las conversaciones ordinarias, fijar la mirada en la del interlocutor, levantar las cejas, hacer un movimiento con la mano, inclinarse hacia el que habla, emitir un sonido inarticulado (ahá..) o una palabra como “ya”, “sí” o “comprendo”, actúan como señales del que escucha para animar al que en ese momento habla, a seguir haciéndolo.

Parafrasear

La paráfrasis es una repetición de la idea que acaba de expresar el paciente (aunque no necesariamente de lo último que ha dicho). Para ello el terapeuta, utiliza las mismas palabras u otras, que permiten una formulación que al terapeuta le parece más clara o que pueda transmitir al paciente la idea de que el terapeuta se ha interesado por lo dicho y lo ha comprendido. La paráfrasis ayuda al paciente a centrarse en un tema o un aspecto del mismo

PACIENTE: Era lo último que me esperaba, pero en ese momento, no se por qué, resultó que me daba pena.

TERAPEUTA: Le sorprendió sentir pena por ella.

Se trata de un tipo de intervención que es especialmente con los pacientes a los que les cuesta centrarse en el relato de acontecimientos (a veces porque se ven desbordados por las emociones implicadas en ellos) o que les cuesta reconocer la naturaleza de éstos acontecimientos y utilizar el término más frecuente.

PACIENTE: Me dijo que no quería volver a verme

TERAPEUTA: Rompió, entonces, la relación con usted..

A diferencia del reflejo, se centra en los acontecimientos, comportamientos y pensamientos, y no en las emociones que podemos suponer implicadas en ellos

Es una técnica facilitadora porque hace que el paciente se sienta entendido (o, en caso contrario, le permite discutir lo que ha sido malinterpretado). Aunque es de las intervenciones más frecuentemente utilizadas en terapia, su abuso o utilización en exclusiva, sin embargo, puede dejar al paciente con la impresión de que el entrevistador no aporta nada a lo que está diciendo.

Reflejar empáticamente

El término *empatía* se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar de otro y darse cuenta de cuáles son sus sentimientos y cómo es su experiencia de esa situación. El reflejo de sentimientos o respuesta empática, es una de las habilidades más importantes para el entrenamiento de psicoterapeutas, porque es uno de los tipos de intervención más frecuentes en el trabajo de los terapeutas expertos y porque sabemos, por la investigación, que su uso se relaciona con buenos resultados en la terapia (21). De hecho ha sido considerada como la intervención más importante por la escuela rogeriana (22).

El reflejo puede considerarse constituido por dos partes. La primera es una paráfrasis, es decir una formulación en palabras del terapeuta de un contenido ya expresado por el paciente. La segunda es una aseveración que pone en relación esta situación con un sentimiento o emoción que, generalmente, no ha sido explícitamente referido por el paciente pero que el terapeuta puede intuir en base a expresiones previas, a la observación de la conducta no verbal o su conocimiento previo del paciente o de la situación.

Podría establecerse una suerte de *fórmula* del reflejo empático. Según esta el reflejo empático estaría integrado por dos términos El primero hace mención a una emoción. El segundo a una situación, unos acontecimientos o unos pensamientos. Ambos están unidos por un elemento de conjunción que suele tener la forma de *cuando* o *porque*.

_____ (emoción) _____, cuando/porque _____ (hechos, ideas) _____

Te sentiste triste (emoción) cuando te diste cuenta (idea) de que ya no estaba allí (hechos)

Te enfadaste (emoción) porque te pareció (idea) que te ignoraban (¿hechos?)

Evidentemente puede revestir otras formas equivalentes, algunas de ellas preferibles si se pretende evitar introducir ideas lineales de causalidad

Debió darte mucha rabia volver a verte engañado

Te callaste y te sentiste furioso contigo mismo

El reflejo empático se puede utilizar en la conversación terapéutica cuando se pretende que esta se centre sobre los sentimientos, como sucede con pacientes de los que narran multitud de hechos pero como si no les concernieran personalmente (12)

Recapitular

La recapitulación o resumen es una síntesis que hace el terapeuta de algo que ha sido comunicado previamente por el paciente, generalmente a través de una intervención más larga o intercalada con otra información. Se compone de un conjunto de dos o más paráfrasis o reflejos empáticos.

Puede servir para seleccionar y enlazar entre sí fragmentos de una sesión que el terapeuta ve como un todo significativo en el que podría centrarse la conversación posterior que, de otro modo, podría seguir otros derroteros o también puede servir para interrumpir un discurso que tiende a perderse en detalles irrelevantes.

TERAPEUTA: ¿Cómo se ha sentido esta semana?

PACIENTE: Bueno, más o menos...bien, por eso dejé la medicación...Se lo estaba diciendo a mi mujer en la sala de espera, precisamente por ello, no escuché que usted me llamaba.. Deberían de poner algún sistema de megafonía, sino, con la cantidad de gente que pasa por el pasillo... para ustedes debe de ser una lata...

TERAPEUTA: ¿Me dice, entonces, que se ha encontrado mejor que en la entrevista anterior y que por eso ha dejado de tomar la medicación?

La recapitulación no tiene por qué enlazar con lo último que ha dicho el paciente. De hecho puede servir para volver a centrar la conversación en un tema del que ha empezado a apartarse.

La recapitulación es útil para comunicar al paciente lo que hemos entendido después de una exposición larga o compleja por su parte. Es un tipo de intervención frecuente en la apertura y, sobre todo, el cierre de las sesiones.

Hacer preguntas abiertas

Una pregunta abierta es una invitación a desarrollar un tema, y se caracteriza (a diferencia de la pregunta cerrada), por solicitar una respuesta que no puede reducirse fácilmente a un *sí*, o un *no* o a la aportación de un dato concreto (un número, el nombre de un lugar o de una persona...). Las *preguntas* no tienen por qué tener gramaticalmente la forma de *pregunta*. Frases que comienzan con “Cuénteme algo acerca de...”, “Me gustaría que me dijera algo más sobre...” o “No me ha quedado claro...”, son, funcionalmente preguntas. Las preguntas constituyen el tipo de intervención más frecuente en la entrevista psiquiátrica.

Las preguntas abiertas suelen comenzar con las partículas ¿Qué...? ¿Cómo...? o ¿Por qué...? más que por ¿Quién...? ¿Dónde...? o ¿Cuándo...? (Sevel, Cummins y Madrigal, 1999). En general, las preguntas que empiezan con “¿Por qué...?” son más problemáticas y deben ser utilizadas con cautela... En primer lugar parecen alentar la búsqueda de causalidades lineales simples, que son infrecuentes en lo relativo al comportamiento humano, y más al que motiva la demanda de psicoterapia. En segundo lugar, lo frecuente es que el paciente no pueda precisar con seguridad las motivaciones de sus actos. Por último, pero sobre todo, las preguntas que comienzan con “¿Por qué?” resultan más fácilmente acusatorias, lo que no sólo no favorece el flujo de la conversación terapéutica, sino que puede poner en marcha maniobras defensivas que lo entorpezcan seriamente.

La pregunta no es una intervención neutra. Puede ser vivida por el paciente como una exigencia o una intromisión, lo que convertiría la entrevista en un interrogatorio. Por ello la psiquiatra, en general, debe asegurarse de que la pregunta es relevante para la entrevista y de que tal relevancia sea también percibida por el paciente. (13).

Hacer preguntas cerradas

Son preguntas que, a diferencia de las anteriores, solicitan una respuesta que puede proporcionarse fácilmente a través de un *sí* o un *no*, la aportación de un dato

concreto como un número, el nombre de un lugar o de una persona, una oración breve.

Sirven cuando interesa precisar o cuantificar algo.

PACIENTE: Me tomé unas copas

TERAPEUTA: ¿Cuántas copas?

PACIENTE: Tengo un novio nuevo

TERAPEUTA: ¿Cómo se llama?

Son más frecuentes en las entrevistas iniciales. Incrementan la precisión en la información que se recolecta, limitan las posibilidades de evolución de la conversación terapéutica (lo que, a veces, como con un paciente evasivo, puede ser algo buscado, pero generalmente no lo es) y reducen la capacidad de decisión del paciente sobre la misma. El abuso de este tipo de preguntas por parte del entrevistador puede traducirse en que temas de importancia, no anticipados por él, queden excluidos de la conversación

Clarificar

El término *clarificación* se ha utilizado con diferentes acepciones en psicoterapia. Aquí lo utilizaremos para caracterizar aquellas intervenciones del terapeuta por las que éste, solicita del paciente que especifique (que *aclare*) el significado concreto de una palabra o algún aspecto de su narración, que, generalmente implica un sobreentendido o se refiere con términos ambiguos o convencionales que no permiten precisar su significado personal. Generalmente la clarificación se busca a través de una pregunta.

PACIENTE: Siempre he sufrido depresiones

TERAPEUTA: ¿Cómo son esas depresiones?

Si el terapeuta no está seguro de que el sentido captado por él es el que quiere dar el paciente a su aseveración, puede hacérselo conocer y preguntar si es exacto.

PACIENTE: Cuando me viene la crisis es como si me volviera loca..y no soporto estar sola

TERAPEUTA: ¿Quiere decir que volvió a pedirle a su hijo que no la dejara sola en casa?

Silencio

El silencio es un instrumento poderoso. En ocasiones da tiempo y espacio para la construcción de experiencias por parte del paciente. En ocasiones es una invitación a seguir hablando o una demostración de interés. Pero puede ser otras muchas cosas. Puede ser interpretado como una muestra de desinterés o desorientación, por ejemplo. El silencio es una comunicación y, como tal, conlleva un mensaje, aunque éste sea paradójicamente el de no comunicar. Es significativo el momento en el que aparece el silencio y muy importante el comprender los motivos de éste y saber manejarlo, pues permite mejor que ninguna otra técnica facilitar que el entrevistado escoja el contenido de lo que va a decir sin recibir presiones por parte del profesional. En general, los silencios ocurren cuando el paciente piensa la respuesta o cuando ha llegado a una situación de intensidad emocional que hace que llore o se emocione, en éste caso el silencio comunica respeto ante su expresión de sentimientos y apoyo para reconducir la entrevista. También a veces el entrevistador utiliza el silencio para estimular al paciente a que siga hablando y elabore más sus respuestas o llegue a expresar contenidos que le causan tensión. En ocasiones el entrevistador, mediante la técnica de facilitación, con expresiones como "siga" o "¿sí?", anima al paciente a que siga hablando. Hay que tener cuidado de que la técnica del silencio se emplee abusivamente y el paciente tenga la impresión de que el entrevistador es indiferente o lo pueda vivir de forma persecutoria. Es el profesional el que debe discernir cuando su silencio ayuda al paciente y cuando no.

3) facilitación de la generación de narrativas alternativas específicas

Interpretar

Aquí utilizaremos el término interpretación en un sentido amplio para referirnos a cualquier intervención del entrevistador que apunta a un significado nuevo para el paciente inaccesible para él hasta ese momento.

Para los psicoanalistas, la interpretación es una intervención compleja en la que (por recoger una formulación más próxima a la *psicología del Yo*) un síntoma se presenta al paciente como el resultado de una *defensa* ante la ansiedad que provoca la irrupción de un determinado *impulso* o *deseo inconsciente* que resulta conflictivo por ser incompatible con la idea que el paciente tiene de sí mismo o de lo que él mismo debería ser, o por entrar en conflicto con otros deseos o impulsos que tiene

simultáneamente. La defensa representa, a la vez la negación y un modo simbólico de realización de tal deseo. Este interjuego puede representarse en lo que Malan (1979) (23), retomando ideas de Hatmann y Menninger, llamó el *triángulo del conflicto*. La interpretación hace parecer este interjuego en los tres vértices del llamado *triángulo de las personas*: es algo que al paciente le ocurre con los que juegan el papel de “otros” en su vida actual, es algo que se fundamenta en lo que ocurrió en su relación temprana con sus figuras parentales, y es algo que ha ocurrido (en virtud de la *transferencia*) en su relación con el terapeuta. Una interpretación completa supone hacer aparecer el triángulo del conflicto en los tres vértices del triángulo de las personas.

Una interpretación puede tener la forma anteriormente señalada (generalmente distribuida en una serie de intervenciones, pero sintetizada, en una sola, en el siguiente ejemplo):

... Me parece que, por lo que hemos estado hablando hasta ahora, podríamos decir que lo que sucede es que precisamente cuando usted siente mas deseos de acercarse afectivamente a alguien que es importante para usted (I), por miedo a ser rechazado (A) evita la proximidad y se muestra sarcástico (D), con lo que al final se encuentra sólo y decepcionado. Hemos visto repetirse este modo de comportarse en varias ocasiones: con la compañera de trabajo que le ofreció la entrada para el concierto del jueves (O), con su hermano al salir del entierro de su padre (O) o con el compañero que había planeado la excursión a la que usted quería ir (O). De hecho es lo mismo que sucedió el otro día aquí en la consulta cuando le pregunté que es lo que imaginaba que podía hacer yo por usted (T). Es como si de algún modo usted se encontrara en estas situaciones como se debió sentir ante su madre en aquellas otras situaciones que me ha contado en las que si usted le pedía atención ella le hacía callar, le llamaba quejica y caprichoso y le castigaba por molestar con sus preocupaciones a los mayores (P).

Desde luego pueden construirse intervenciones equivalentes utilizando términos distintos (24)

Hasta ahora hemos hablado acerca de un montón de cosas. Sin embargo hay una que me ha llamado especialmente la atención porque aparece una y otra

vez y me parece que tiene que ver con lo que le hizo acudir a consulta. Fijese: Me parece como que usted deseara una relación en la que usted pudiera expresar libremente sus necesidades para que la otra persona le ayudara a satisfacerlas, pero usted teme que si lo hace, estas otras personas puedan sufrir, sentirse molestos o enfadarse con usted, de modo que se calla, no dice lo que quiere, hace lo que le parece que quieren los otros, y se siente frustrada, desilusionada e irritada con Vd. misma. Y yo creo que esta dinámica explica en parte por qué usted se queja de anteponer a cualquiera a usted misma y de no conseguir que nadie se haga cargo de sus necesidades.

Pero en términos generales, en la práctica clínica, podremos considerar una interpretación cualquier intervención del terapeuta que otorgue un significado nuevo a una narrativa del paciente, sea en los términos de las anteriores o en otros, como, por ejemplo, en referencia a sus pensamientos.

Es como si de algún modo hubiera quedado arraigada en su mente una idea que viene a ser más o menos “si me porto bien, me querrán”. Por eso, si le parece que alguien no la quiere, empieza a preguntarse que es lo que ha hecho mal y se siente culpable y triste... Además se deja maltratar porque le parece que se lo merece...

Sería una interpretación incluso la intervención inicial que abre la posibilidad de una modificación de conducta

Lo que se le desencadena en los espacios abiertos es, como hemos visto, una reacción que sería normal si estuviera ante un peligro. Lo que pasa es que se le desencadena en una situación que, objetivamente, no es peligrosa. Pero parece que su organismo, no sabemos cómo, ha aprendido – erróneamente – que sí lo es, y reacciona cómo si lo fuera. Necesitaríamos que su organismo olvidara eso y aprendiera otra cosa en su lugar...

También sería una interpretación, una explicación de un problema en términos del sistema de relaciones.

Es como si entre ustedes existiera una regla que impidiera a cualquier miembro de la familia expresar su malestar a otro para evitar hacerle daño...

La interpretación es una técnica poderosa. Pero es una técnica que debe ser utilizada con prudencia y que sólo es efectiva en la medida en la que, como resultado

del trabajo anterior el paciente está en condiciones de asumir el nuevo significado. La interpretación es también una técnica que, cuando es utilizada extemporánea o autoritariamente tiene también la mayor capacidad de dar al traste con la alianza terapéutica.

El terapeuta antes de usarla debe estar seguro de cuál es el significado que quiere apuntar, de que el paciente va a ser capaz de asimilarlo, de que él va a ser capaz de expresarlo en términos aceptables por el paciente y de que, el modo en el que la formule no va a dar pie a que el paciente se sienta acusado o enjuiciado mas que animado a pensar y sentir.

Confrontar

La confrontación consiste en poner de manifiesto contradicciones existentes en las narrativas del paciente. Puede referirse a contradicciones entre contenidos del discurso verbal

Dice que para usted es nada más que una amiga, pero también que no puede soportar la idea de que tenga relaciones sexuales con otra persona

Puede también señalar discrepancias entre un contenido del discurso verbal y la descripción verbal de un comportamiento

Dice usted que su mujer no puede quejarse ahora porque usted se fía de ella, pero me cuenta que le ha controlado la factura del teléfono móvil para ver a quien llama y que procura llegar del trabajo antes que ella para leer el remite de las cartas que escribe...

Muy frecuentemente señala la discrepancia entre el contenido verbalmente expresado y el comportamiento no verbal

Me dice que no le importa, pero me parece que esta conteniendo el llanto...

También puede señalar contradicciones entre dos comportamientos no verbales.

Sonríe, pero me parece que se pone tenso y aprieta los puños,

Las precauciones recomendadas para la interpretación son de aplicación aquí, si cabe en mayor medida. El riesgo de que la confrontación sea interpretada como una acusación y no como una descripción de unos hechos susceptibles de análisis, es muy alto y el modo en el que se formula la confrontación debe intentar prevenirlo. Esto significa que, tanto el momento de su utilización, como sus efectos, deben ser cuidadosamente evaluados .

Informar

La información durante la entrevista pretende facilitar al paciente la identificación de las opciones de que dispone, ofrecer conocimiento de los elementos que le permiten evaluar las razones para escoger entre una y otra, o cuestionar concepciones erróneas sobre la naturaleza de las mismas.

La información debe formularse de manera comprensible y asegurarse de que ha sido comprendida. En caso de que la información suscite reacciones emocionales importantes, deben explorarse.

Se ha de distinguir claramente lo que es información (*la taquicardia que padece es producto de su ansiedad y no refleja un trastorno que amenaza su vida*) de lo que es consejo que pretende, no sólo incrementar el conocimiento del paciente sobre las opciones a las que se enfrenta, sino también que conozca cuál es la opinión del entrevistador acerca de la que este considera más conveniente .

Dar instrucciones

Se trata de una intervención por la que el terapeuta proporciona al paciente una información que tiene como objetivo indicarle el modo en el que puede realizar una determinada tarea. Son inevitables al menos para establecer el encuadre de las entrevistas.

De modo que nos veremos en este despacho una vez cada quince días durante los próximos tres meses. Le indico aquí la medicación que debe de tomar, si en el tiempo entre las citas se encontrara peor, llámame por teléfono y adelantaremos la cita si fuera preciso.

Se puede referir a actividades a realizar en la consulta

Cierre los ojos y concéntrese en su respiración. Fíjese en cómo el aire entra y sale lentamente...

O a actividades a realizar en casa

Cada vez que tenga una crisis va a rellenar este registro. En la primera columna va a apuntar la hora a la que tuvo lugar y lo que duró. En la segunda....

En este caso, como en cualquier tipo de información es importante buscar *feed-back* sobre la comprensión del paciente de lo enunciado, y de su repercusión emocional (*¿Qué le hace sentir que le proponga esto y cómo cree que se sentiría si lo hiciera?*) y cognitiva (*¿Qué piensa de ello?*), así como de su disposición a seguirlas

3. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA

La entrevista como proceso: fases iniciales, intermedias y finales

Cualquier entrevista, sea una primera y única entrevista o sea la décima dentro de un proceso psicoterapéutico individual o una entrevista final, guarda una estructura que es importante conocer. Esto no quiere decir que en una primera entrevista y en una entrevista final tras una psicoterapia, el entrevistador y el paciente hagan las mismas cosas. De cómo cambia la entrevista en el transcurso del tiempo haremos referencia más adelante.

Revisaremos aquí la estructura general de cualquier entrevista psiquiátrica. Sullivan decía que “las características y movimientos esenciales de las terapias más prolongadas están contenidos en una sola entrevista psiquiátrica” (1).

El comienzo de la entrevista: Se dedica a las presentaciones y al reconocimiento mutuo en caso de ser una primera entrevista, o al conocimiento de cómo ha estado el paciente desde el último encuentro con el entrevistador

Durante la fase intermedia, médico y paciente se dedican a la detección de un foco y al trabajo conjunto con éste. Por ejemplo, el paciente le cuenta al psiquiatra que de nuevo han aparecido los ataques de pánico. El psiquiatra explora en que circunstancias se dieron, pregunta por posibles desencadenantes, indaga acerca de los sentimientos que se suscitaron y de la conducta que siguió el paciente. Con cada pregunta pueden abrirse sugerencias o conexiones con otros significados no explícitos para el paciente hasta entonces. Pueden iniciarse o consolidarse algunas ideas acerca de cómo enfocar una acción futura, que cosas hará y cuales no, el paciente, que significado tiene para él la reaparición de sus crisis.

Durante la fase de terminación, la psiquiatra puede ir dando indicaciones de que se acerca el final de la entrevista con frases del tipo de “para terminar...” o “en estos últimos minutos...”. Es importante que el paciente esté orientado acerca de ello y poder evitar que contenidos de alta intensidad emocional surjan al final, cuando no haya tiempo para tratarlos.

La entrevista psiquiátrica puede describirse, pues, en varias etapas: El *comienzo o recepción formal*, el *reconocimiento*, cuando el entrevistador intenta obtener algunos datos de la identidad del paciente o pistas sobre cómo esa persona se ha convertido en el paciente que consulta (edad, hermanos, estado civil, como puntos de orientación),

la *exploración* detallada, en que el psiquiatra intenta ahondar y afinar en las primeras impresiones que le ha causado el paciente manteniendo la mente abierta sin dejarse obstaculizar por éstas para cambiar de opinión sobre el paciente si ello fuera más adecuado, la *terminación*, en la que el entrevistador da una conclusión final cuando no espera volver a ver al paciente, o da una nueva cita o una prescripción para la sesión siguiente cuando espera verlo en una entrevista futura.

La entrevista como encuentro particular dentro del proceso terapéutico:

4.2.1. Diferentes estilos de entrevista:

Algunos autores han definido los diferentes estilos de entrevista de acuerdo con tres dimensiones (8).

En primer lugar el estilo puede referirse a un punto en un continuo en función de su mayor o menor *directividad*. Esta dimensión se refiere a la medida en la que el clínico determina el curso de la entrevista, proponiendo los temas o la forma de abordarlo en función de lo que, desde su posición de experto considera más relevante, o, por el contrario el grado en el que facilita que el paciente exponga sus preocupaciones de forma espontánea, según su propia forma de ver las cosas. El momento en el que el médico realiza una rápida anamnesis por aparatos, preguntando sucesivamente si ha habido alteraciones en las funciones propias de cada uno de ellos, o el momento en el que da al paciente instrucciones acerca de cómo tomar los medicamentos prescritos, serían ejemplos de momentos de alta directividad. Una entrevista que comienza con una pregunta del tipo “¿En que puedo ayudarle?” y en la que la actitud del médico consiste en escuchar el relato que el paciente hace de su problema, facilitándolo sólo con locuciones del tipo “Cuénteme”, “Entiendo”, “¿Algo más?” pero sin intentar que el relato se ajuste a unos moldes preestablecidos por el médico o la discusión acerca de un tratamiento que comienza con preguntas como “¿Que cree que podríamos hacer para resolver su problema?”, “¿Cómo le parece que podría yo ayudarle a lograr eso?” serían ejemplos de poca directividad. El estilo directivo ahorra tiempo y permite seleccionar la información relevante para la toma de decisiones. Pero puede hacer que, junto con información realmente accesoria, se pierdan datos y matices que podrían haber sido claves para el diagnóstico y el tratamiento, aún más si de lo que hablamos es problemas afectivos o de salud mental en general. La entrevista no directiva facilita el que el paciente tome conciencia de su

propia implicación en el problema y pueda reformularlo de modo útil. Pero consume más tiempo y, si no se sigue de momentos más directivos, en el que el médico busca información omitida, puede hacer pasar desapercibidos aspectos del problema a los que el paciente no ha concedido importancia pero que pueden ser vitales para el diagnóstico o el tratamiento. Idealmente el grado de directividad debería variar en función del objetivo de cada momento de la entrevista y de las características del paciente. Un paciente proclive a divagar y a perderse en detalles requerirá una mayor implicación del médico para centrar la conversación en lo relevante para el diagnóstico y la resolución del problema. El grado de directividad de la entrevista influye en el tipo de relación que se crea entre clínico y paciente. La entrevista más directiva fomenta en el paciente actitudes de pasividad y dependencia (que pueden ser muy útiles, por ejemplo para un cirujano o en una Unidad de Cuidados Intensivos, pero no para tratar un problema afectivo), mientras que la entrevista no directiva facilita la autorresponsabilización y la expresión de sentimientos que puede ser imprescindible para abordar otros problemas. Relaciones muy directivas pueden ser mal vividas por algunos pacientes que se pueden sentir no escuchados o menospreciados. Otros, en cambio, podrían considerar la falta de directividad como una manifestación de desinterés o incompetencia por parte del médico. Por eso el grado de directividad a desarrollar debe tomar en cuenta también el estilo de personalidad, las expectativas y el tipo de relación médico-paciente que se está estableciendo.

La segunda de las dimensiones que nos permiten definir el estilo de entrevista es el nivel de *actividad* del médico. Este se refiere a la medida en la que el médico interviene verbalmente en la entrevista, en que medida, en definitiva, habla mucho o poco. Un alto grado de actividad no implica necesariamente un alto grado de directividad. El médico, por ejemplo, puede dejar que el paciente se exprese según su estilo y su modo de ver las cosas, pero intervenir para comunicar las ideas que se hace al respecto o dar información de la que el paciente carece, en lugar de limitarse a escuchar y dar instrucciones para el tratamiento al final sin explicar su idea sobre el problema o el fundamento de las mismas. Como en el caso anterior, el grado de actividad requerido, depende de los objetivos de cada momento de la entrevista, de las características personales del paciente y la relación que se va estableciendo entre clínico y paciente. Antes de dar instrucciones que suponen cambios importantes en los

comportamientos de un paciente será preciso explicar las razones para esa propuesta; un paciente muy angustiado ante la posibilidad de padecer un problema grave, requerirá información razonada sobre el modo que tiene el médico de entender su problema; con un paciente con dificultades para depositar su confianza en el médico, será preciso razonar cada propuesta... En cambio si de lo que se trata es de obtener datos sobre el contexto de un paciente que realiza una demanda inconcreta, o nos encontramos con alguien que tiene una gran capacidad de seleccionar y transmitir información, o que se cree encontrar dificultades para ser escuchado, el silencio del médico puede ser un instrumento potente para facilitar el trabajo de la consulta.

La tercera dimensión a considerar se mueve en el eje *especificidad-ambigüedad*. Se refiere al grado de concreción de los mensajes verbales emitidos por el médico. Una intervención es ambigua cuando la cantidad de información que transmite es baja, y concreta cuando es alta.. “Hay que vigilar ese bulto en su mama” es una información más ambigua que “Ese bulto puede ser algo sin importancia en relación con el aumento de ciertas hormonas por su ciclo menstrual normal, puede deberse a otras causas que tampoco son graves, pero también podría ser indicador de una enfermedad grave como un cáncer, por eso es preciso estudiarlo”. También las preguntas pueden ser más o menos ambiguas “¿Cómo le va?” es una pregunta ambigua “Cuando dice que duerme mal ¿Quiere decir que le cuesta dormirse o que se duerme y se despierta al cabo de un rato?” es una pregunta más concreta. El grado de ambigüedad del entrevistador se relaciona directamente con el grado de productividad del paciente (12) de modo que las preguntas ambiguas suelen provocar respuestas más largas que las concretas. Las preguntas ambiguas son de especial utilidad para abrir la conversación en las consulta, para empezar a tratar un tema antes inexplorado o con pacientes activos, capaces de mantener un ritmo de comunicación fluido. Se debe considerar cuál es el grado de ambigüedad percibido por el paciente. Preguntas de apertura como “Qué tal está?” pueden ser percibidas por el paciente como un saludo y ser automáticamente respondidas con un “Bien, gracias” que debe ser considerado una fórmula de cortesía y no como una aportación de información por parte de una persona que, preguntada específicamente, puede decirnos que se encuentra realmente mal. El grado de ambigüedad requerido depende también de los objetivos planteados en cada momento de la entrevista, de las características del

paciente y de las vicisitudes de la relación médico-enfermo. Dar información, sobre todo si es alarmante, antes de estar seguro de que es cierta, es desaconsejable, pero también lo es callar, por temor a alarmar, al terminar la consulta información que puede ser necesaria para garantizar cuidados o comportamientos necesarios; hay pacientes que quieren información y pacientes que no se encuentran en condiciones de escucharla y asimilarla y esto debe explorarse antes de pensar cómo proporcionársela.

La entrevista de evaluación

Las que se realizan habitualmente en la consulta ambulatoria u hospitalaria son entrevistas semi estructuradas, en el sentido de que se deja hablar libremente al paciente, al mismo tiempo que hay una serie de informaciones que se preguntan activamente y que orientan la entrevista. Entre otras cosas porque al final, en general, es necesario emitir un informe a la persona que ha hecho la derivación. Su duración oscila entre los treinta y los sesenta minutos.

Algunos autores aconsejan seguir un esquema, que en las entrevistas de evaluación pueden ser: una vez que entra el paciente, el médico le saluda y se presenta por su nombre, como el o la doctora X, a continuación se recogen datos sobre su edad, profesión y situación laboral, teléfono de contacto, estado civil y número edad y ocupación de hijos y cónyuge. Es importante tener una idea clara de las personas que conviven con el paciente en el momento actual.

El entrevistador también puede preguntar desde el principio si es la primera vez que el paciente visita a un psiquiatra. Además de recabar una información importante, le ayuda a reconocer al paciente la ansiedad de una primera consulta. Preguntar después, cual es el motivo por el que consulta actualmente, tal como el paciente lo quiera definir e interesarse por saber quien y en qué términos le derivó a la consulta, lo que facilita la comprensión de la actitud del paciente ante la consulta y la cadena de acontecimientos que le han llevado a ésta.

Después se puede pasar a explorar el motivo de la consulta actual. Primero dejando hablar libremente a paciente, utilizando preguntas abiertas del tipo ¿Cual es el motivo por el que acude usted a la consulta? y luego de forma más activa suscitando información que ayude al entrevistador a situar al paciente y su problema actual. Cuando y cómo ocurre el problema, cuando fue la primera vez que apareció, para

seguir con una exploración de la historia del problema y otros síntomas que puedan tener relación con la queja central. Por ejemplo si el paciente se queja de irritabilidad, se puede sospechar un ánimo triste y preguntar por el sueño, el apetito etc... Es importante saber la opinión del paciente sobre posibles desencadenantes de la crisis actual, las atribuciones causales que hace, así como de sus expectativas con respecto a la consulta psiquiátrica.

Algunos autores recomiendan comunicarle al paciente lo que conocemos de él haciendo un breve resumen, de los datos que nos han llegado de otros profesionales u otro tipo de información. En general, es conveniente hacerlo si bien hay circunstancias que recomiendan actuar con cautela. Puede ser útil advertir al profesional que deriva o derivante o al familiar o allegado que nos va a transmitir informaciones sobre el paciente que considera importantes, que el psiquiatra se tiene que sentir libre de utilizarla si lo considerase necesario con el paciente. En gran parte de los casos, el riesgo de no obrar así puede ser el de entrar en coaliciones con otras personas que excluyen al paciente y que restan capacidad terapéutica al psiquiatra.

Hay pacientes que se encuentran muy ansiosos al comienzo de la entrevista y que ante la pregunta general sobre el motivo de la consulta dicen no saber por donde empezar. En este caso es aconsejable contestarles que por donde a él le parezca mejor o más importante. De esta forma, al mismo tiempo se le transmite que él tiene una responsabilidad sobre el desarrollo de la entrevista y que el entrevistador no pretende dirigir rígidamente ésta.

Es frecuente encontrarnos con sujetos que no vienen por propia iniciativa a la consulta y, lo que es más grave, a los que no se le ha advertido de los motivos de la derivación. En esos casos nos encontraremos con respuestas del tipo de "he venido porque me lo mandó el Dr X". Conviene entonces preguntar qué es lo que él cree que decidió a tal doctor a enviarlo y que piensa al respecto.

En todos los casos es fundamental explorar las expectativas del paciente ante la consulta, con preguntas del tipo ¿qué espera de la consulta? o ¿en qué cree que podemos ayudarle?. A veces nos encontramos con expectativas que no tienen nada que ver con lo que se le va a ofertar en la consulta o que obedecen a intereses distintos, en ocasiones sin mucha relación con la psicopatología actual. El caso de una persona que persigue un certificado de salud mental frente a una futura batalla legal

por la custodia de un hijo, el que persigue una baja por enfermedad, el que espera un psicoanálisis ortodoxo. Lógicamente estos problemas se suscitan más en una consulta pública, donde el entrevistado no suele tener información previa sobre el profesional que le atiende.

Las preguntas han de formularse con claridad y adaptadas al nivel socio cultural del paciente y a su momento emocional. Hay que utilizar palabras comprensibles. Al mismo tiempo que se anima al paciente a utilizar también un lenguaje suyo, lejos de tecnicismos. Así por ejemplo, cada vez con más frecuencia nos encontramos con pacientes que entran ya definiendo su problema como una “depresión” o una “paranoia” o cualquier otro término que haya calado en el lenguaje coloquial. Se debe intentar que el paciente exprese lo que siente o lo que le ocurre con sus palabras sin aceptar de entrada que estar deprimido es lo mismo para el paciente o para el entrevistador.

Ha de huirse de transmitir juicios morales o de hacer las preguntas de tal forma que induzcan la respuesta. La pregunta debe ser abierta, para que el paciente exponga su propia opinión. Por ejemplo es diferente formular la pregunta “¿Usted creyó que al irse a un piso propio iba a conseguir independizarse de sus padres?” a la pregunta “¿Qué cree que le decidió a buscar un piso aparte?” o, según la información previa, “¿Esperaba usted cambios en las relaciones con su familia al decidir irse a vivir sólo?” Hay casos particulares donde puede estar justificado otro estilo de pregunta. Por ejemplo, ante una persona con aliento alcohólico y datos de bebida abusiva preguntar ¿Cuántas cervezas bebe habitualmente en el día? ¿diez, quince botellines?

Es más frecuente utilizar preguntas abiertas al comienzo de la entrevista, cuando se están sentando las bases de la futura relación entre psiquiatra y paciente, pero después, o cuando el sujeto es muy prolijo y no organiza la información, o por imperativos de tiempo, el entrevistador va utilizando preguntas cerradas destinadas a conseguir informaciones concretas que le ayuden a la elaboración de un diagnóstico. También es cierto que mientras al principio son más frecuentes las preguntas abiertas, también lo son las menos íntimas o difíciles de contestar para el paciente, profundizando en la intimidad de la pregunta según avanza la entrevista o en entrevistas sucesivas.. ¿Se lleva bien con su mujer? es una pregunta más cerrada que

¿Cómo es la relación con su mujer?, que invita al entrevistado a hacer una mayor elaboración de ésta.

En cuanto a la forma de registrar el contenido de la entrevista, se emplea en general las anotaciones. Las anotaciones son variables y depende mucho del clínico. Se acepta que se debe anotar lo fundamental. A veces diferenciando los juicios o impresiones del entrevistador en el margen derecho de la hoja. Hay pacientes que pueden presentarse como muy desconfiados o suspicaces a que se tomen notas durante la entrevista. Se debe respetar. En ocasiones también es preciso posponer las anotaciones porque el paciente está reacio a la entrevista, hasta que no se consiga una mejor relación interpersonal con él.

Cuando se llega al final de la entrevista, el profesional debe advertírsele de forma discreta al paciente, con frases como "para terminar...". Ya se ha señalado que hacia el final de la entrevista se deben evitar los contenidos con más carga emocional para el paciente. Es entonces cuando a veces conviene hacer una recapitulación breve subrayando los aspectos que el entrevistador considera de más interés y que le serán relevantes para fundamentar un juicio o conclusiones sobre lo que le ocurre al paciente, más allá de diagnósticos formales, y la forma en la que el clínico cree indicado un plan terapéutico. Las explicaciones sobre éste también son muy importantes.

Por último señalar que a veces con pacientes suspicaces o con mucha dificultad de expresión de sentimientos conviene recordarles la confidencialidad de la entrevista, que por cuestiones éticas y legales sólo es rota en circunstancias excepcionales.

Cuando el proceso de tratamiento avanza, las características de las entrevistas van cambiando también. Las entrevistas de evaluación buscan el conocimiento inicial del paciente y de su problema y el establecimiento de una alianza de trabajo con él o ella. Las entrevistas de las fases intermedias, suelen ser menos directivas, variando esta cualidad según el tipo de orientación psicoterapéutica, de forma que disminuye la actividad del terapeuta, según va aumentando la del paciente. Los objetivos de las entrevistas de las fases intermedias son el trabajo con un foco preestablecido en el contrato psicoterapéutico y la facilitación del surgimiento de nuevas formas de afrontamiento del paciente más adaptativas para él. También el tipo de habilidades e intervenciones cambian. Si en las entrevistas de evaluación son frecuentes las

preguntas abiertas, en las intermedias pueden ser más frecuentes las confrontaciones o las interpretaciones (entendidas estas en el sentido amplio que más arriba se describe) y el empleo de técnicas más movilizadoras emocionalmente. En las entrevistas de terminación, el entrevistador va a utilizar más la recapitulación o el refuerzo de actitudes y comportamientos del paciente que excluyen la pauta-problema inicial, es decir sus objetivos son la despedida y la devolución de la plena autonomía del paciente y el afianzar los nuevos aprendizajes conseguidos a través de la terapia.

La entrevista en situaciones especiales.

Entrevista psiquiátrica en la urgencia

En muchas ocasiones la entrevista se lleva a cabo en contextos especiales como son los servicios de Urgencia. En estos casos, adecuar la entrevista supone no perder de vista el objetivo fundamental que es la valoración de la necesidad o no de una intervención de urgencia o de crisis y que en la mayoría de las ocasiones no requiere una recogida de información tan minuciosa, ni debe el entrevistador entrar muy a fondo a trabajar temas cuando es posible que su actuación no tenga continuación. La entrevista de Urgencias no se diferencia mucho de la entrevista habitual, salvo en la limitación del tiempo y en la concentración de la exploración en un foco desde el principio. Nos referimos a la exploración detallada del riesgo de suicidio o de heteroagresión, de una posible ideación delirante, de la indicación de un ingreso hospitalario etc...

Es frecuente que en Urgencias la entrevista se realice en situación incómoda en un contexto que no garantiza la intimidad y la confidencialidad. En estos casos hay que extremar el cuidado y el respeto y limitarse a los temas que se consideren fundamentales para la evaluación actual.

En Urgencias es frecuente la entrevista también con los familiares, sobre todo en pacientes que se presentan mutistas o negativistas y en los que resulta imprescindible recoger información detallada de fuentes externas.

Las siguientes son algunas recomendaciones útiles para la entrevista en Urgencias:

- Recoger el máximo de información sobre el paciente antes de la consulta

- Asegurarse de que esté descartada patología orgánica susceptible de tratamiento médico.

- Mostrarse sereno y sin prisas pero ayudando al paciente a concentrarse en el motivo de consulta actual.

Utilizar las técnicas de entrevista habituales y devolver una conclusión al paciente en forma de prescripción de actuaciones a seguir tales como el seguimiento de la ayuda psiquiátrica, la toma de medicaciones, la práctica de técnicas de relajación etc...

Mantener la entrevista en despachos que no estén aislados del resto de la Urgencia y donde la petición de ayuda o la salida, en caso de violencia no prevista, sea fácil.

En caso de riesgo de violencia no hacer la entrevista a solas y tener prevista la ayuda de los profesionales encargados de la contención.

Mantener con el paciente violento una actitud tranquila no amenazadora, pero transmitiendo claramente que no se va a aceptar ninguna conducta violenta y que se tomarán las medidas oportunas

En caso de necesidad de indicación de contención mecánica disponer una estrecha supervisión del paciente.

El paciente deprimido. La desesperanza y el riesgo de suicidio

El paciente que sufre un trastorno depresivo suele mantener una actitud más pasiva que exige del entrevistador una actitud complementaria activa, de guía, sobre todo al principio de la entrevista. La persona deprimida suele querer desde el principio expresar su malestar, para luego permitirle al entrevistador explorar aquellos aspectos biográficos de interés para comprender el estado de ánimo del paciente.

Es por ello, que el entrevistador facilita a la persona hablar de sus sentimientos con habilidades como (18, 21, 25): Animar a continuar hablando, reflejos empáticos, conectar sentimientos, señalar aspectos de la comunicación no verbal del paciente, suscitar temas interpersonales claves, expresar sentimientos considerados como negativos etc... Atenderá a la autoestima del paciente, tratando con respeto, explorándola y buscando posibles sucesos que hayan cuestionado su autoestima.

En el caso de la tristeza, conviene estar atentos a los sucesos de pérdida, real o simbólica, que son frecuentes desencadenantes de los episodios depresivos. Al hacer esto, se facilita también la conexión entre los sucesos de la vida de la persona y su estado de ánimo actual. El entrevistador propone un plan de actuación conjunta con el paciente en el que se enmarca también el tratamiento

farmacológico cuando es necesario, terminando la entrevista con un tono emocional positivo que transmita esperanza al paciente.

En el caso de la tristeza y desesperanza, existe además el riesgo de que el o la paciente realice un intento suicida. Los entrevistadores noveles tienen con frecuencia la preocupación de poder sugerir, con sus preguntas, la idea del suicidio en una paciente que no la tenía. Sin embargo, siempre es necesario explorarlo. Aliviará al paciente que tiene una idea suicida que no ha comunicado anteriormente y se puede sentir comprendido por el entrevistador. Para trabajar con la narrativa de auto daño o autodestrucción, puede ser útil revisar el inicio del deseo de suicidarse. Nos da pistas acerca de si esta ha sido una idea presente en épocas pasadas de la vida de la persona o si ha aparecido recientemente y en qué circunstancias. Explorarlo nos ayudará a entender el significado de la ideación suicida, buscando posibles activadores del riesgo o circunstancias que ayudan al paciente a frenarlo. Durante la entrevista, el clínico puede intentar suscitar posibles relatos alternativos que excluyan el final suicida demostrando interés genuino por el conflicto de esa persona. Es de ayuda discutir con el paciente las consecuencias de un posible acto suicida sobre su entorno, buscando la reflexión antes de la actuación. En caso de persistencia del empeño suicida, el psiquiatra, además de plantear el ingreso hospitalario de contención de esa situación, buscará el acuerdo para un aplazamiento. Es decir, le devuelve al paciente la capacidad de decidir y de control sobre su vida, pero intenta un acuerdo para que esa decisión se aplaze a un momento en que la persona esté emocionalmente estable. Hay que recordar que el riesgo suicida, en la mayoría de los casos, es alto durante la situación de crisis, para luego disminuir. Lo que se intenta con esta estrategia es la introducción del tiempo en una situación de crisis que se vive como carente de él y dar oportunidad para la organización del seguimiento psiquiátrico.

El paciente violento. La agresividad y la rabia

Es relativamente frecuente que el motivo de la entrevista que se va a realizar sea la agresividad del paciente o la conducta abiertamente violenta. El paciente puede estar en una situación que hace imposible la entrevista en el momento actual y necesario la tranquilización farmacológica y el posponer la entrevista. En esta situación, el médico ha de prever posibles actuaciones violentas durante la consulta, disponiendo, dentro o

fuera de la sala, según los casos, la ayuda de otros profesionales encargados de la seguridad que contendrán al paciente si esto fuera necesario. Es conveniente una revisión de la sala para reconocer posibles salidas de la habitación, en caso de necesidad así como la retirada de cualquier objeto que pueda ser utilizado como arma. La tarea del psiquiatra es la de tranquilizar al paciente, para lo que utilizará los recursos psicoterapéuticos y farmacológicos de los que disponga. Su objetivo es disminuir el riesgo de agresión y evaluar la necesidad o no de ingreso hospitalario.

Para conseguir esos objetivos, la psiquiatra, al mismo tiempo que marca límites muy claros y trasmite que no tolerará ninguna actitud violenta, facilita la expresión verbal del enfado o la rabia, procurando conectar estas emociones con otras subyacentes como la tristeza, la humillación etc.. El entrevistador ha de mantener una actitud firme, pero empática, buscando posibles activadores de la conducta, y conectando la narración verbal, con la expresión corporal de la rabia, lo que facilitará la admisión de esa emoción como propia, por parte del paciente. Podrá discutir abiertamente con el paciente las posibles consecuencias de un hipotético acto agresivo, devolviéndole la responsabilidad sobre sus actuaciones. En esta discusión se incide en la necesidad de evitar un tono moralista o de juicio para el paciente. La actitud del terapeuta ha de ser la de alguien que tiene genuino interés por el conflicto del paciente y que le está ayudando a ponerse sus propios límites y, por tanto, a recuperar el control sobre sí mismo. Discutirá posibles formas alternativas de actuación en las que esté excluida la violencia, ayudándole a reconocer también los activadores ambientales y los indicadores personales del paso a una conducta de riesgo de paso a un acto violento.

El paciente delirante.

Lo más frecuente es que un paciente delirante sea traído a la consulta por una tercera persona, y que una de las tareas iniciales del entrevistador sea la de intentar establecer una alianza de trabajo con un paciente que no se siente enfermo ni necesitado de ayuda psiquiátrica. Explorar detalladamente la sistemática delirante puede orientar al entrevistador acerca de la conflictiva psicológica del paciente, así como de los factores que contribuyen o aminoran la actividad del delirio. Un error frecuente entre los psiquiatras que se inician puede ser el de intentar convencer al paciente de lo irreal de sus afirmaciones. En vez de esto, el entrevistador ha de mantener una actitud neutra con respecto al delirio en el que lo confronta

abiertamente, pero tampoco lo admite como verdad. Lo que ayuda a establecer ese equilibrio siendo, al mismo tiempo, aceptado como referente de ayuda por el paciente, es el mantenimiento de una actitud empática con el sufrimiento del paciente. Suele ser útil el conseguir que el paciente acepte la ayuda del psiquiatra para algún otro síntoma aunque no sean estos los nucleares dentro de la sintomatología del paciente. Es decir, un paciente psicótico que rechaza abiertamente la falsedad de su delirio de persecución, puede aceptar la ayuda de un psiquiatra que se ha mostrado preocupado por sus dificultades para dormir o por su angustia al sentirse atacado por personajes extraños.

La entrevista familiar

Es importante considerar la oportunidad de la participación de los familiares o allegados en la evaluación o tratamiento de un paciente. La entrevista con familiares puede tener el objetivo de recabar más información acerca de la sintomatología psiquiátrica del paciente, pero también la entrevista con familiares puede servir de ayuda para mejorar la adherencia a un protocolo de tratamiento individual o constituir toda la familia el foco de interés de un tratamiento psicoterapéutico. La entrevista con los familiares ha de ser conocida y consentida por el paciente. Siempre es conveniente que sea así, incluso en los casos de pacientes incapacitados o menores en los que el consentimiento no sería un requisito legal.

Durante la entrevista con familiares se recomienda cuidar de la participación de todos los miembros. El clínico ha de asegurarse de que cada miembro de la familia ha tenido su oportunidad para expresar su opinión, actuando de moderador en situaciones de confrontación. Se han citado algunos principios de conducción de la entrevista familiar (26). Uno de ellos es el de *Hipotetización* que consiste en la elaboración de hipótesis acerca de cómo la sintomatología del paciente se relaciona con la dinámica familiar. El entrevistador, lejos de aferrarse a sus primeras impresiones, ha de estar atento y dispuesto a modificar su hipótesis cuando las informaciones transmitidas por los miembros de la familia la contradigan. El segundo de los principios es el de *circularidad*, que consiste en que el clínico explora atendiendo a las retroacciones que recibe de la familia, preguntará a uno por la relación entre otros dos, ayudando de esta forma a romper la causalidad lineal como explicación de la conducta del paciente. Aparecerán diferentes conductas y actitudes de los distintos miembros que influyen en

un sentido u otro en la aparición de la sintomatología. El tercer principio es el de la *neutralidad*, según el cual, el entrevistador se alía durante la entrevista con unos y con otros, de forma que, al final de la misma, el resultado de alianzas y coaliciones sea cero. Es decir, el entrevistador transmite con su actitud, que no está aliado con unos miembros y enfrentado a otros, sino que está con todos y en contra de la situación patológica que atrapa a la familia en una dinámica de sufrimiento.

La entrevista con pacientes de otras culturas.

Como psiquiatras, la situación más frecuente es que nos encontremos con un paciente o familia de otra cultura como consecuencia de la migración. Adaptarse a una nueva cultura es un largo proceso. Como clínicos hemos de aprender a reconocer conflictos dentro de la familia, entre ésta y la comunidad y con el contexto social más amplio, derivados de una determinada pertenencia étnica, siendo cautos, sobre todo si el entrevistador pertenece a la cultura dominante, para no tomar nuestros propios valores como la norma y juzgar como desviado el comportamiento que observa.

El psiquiatra utiliza la perspectiva cultural en el proceso clínico de la entrevista para obtener información acerca del contexto sociocultural en el que el episodio concreto de enfermedad ha tenido lugar y poder, así formular el caso y planificar el tratamiento con mayor coherencia y claridad. Al entrevistador le interesa conocer la identidad cultural de la persona, las explicaciones que se dan en su cultura para su enfermedad, las cuestiones ligadas al género, el significado cultural del tratamiento y de la relación con el psiquiatra etc... (27)

Es frecuente que la entrevista con un paciente de otra cultura exija la utilización de un intérprete. En este caso, el entrevistador ha de ser especialmente cuidadoso con las cuestiones de confidencialidad. Desde luego debe ser especialmente sensible a lo que puede suponer emplear como intérprete a familiares o vecinos. Puede ser necesario transmitir una serie de reglas al intérprete antes de la entrevista, como la de intentar ser lo más exacto posible acerca de las expresiones del paciente, sin filtrarlas ni interpretarlas él mismo durante la traducción. El entrevistador ha de procurar mantener el contacto visual y la relación no verbal en general con el paciente cuando le está limitada la comprensión verbal.

En ocasiones el entrevistador puede actuar con actitudes paternalistas, al considerar al paciente como perteneciente a un grupo más desfavorecido o como si estuviera “ciego

para el color”, pretendiendo demostrar que a él no le influye la pertenencia étnica del paciente y, por tanto, negándole a éste la oportunidad de explorar la identidad étnica como posible fuente de conflictos (28,29). El entrevistador entrenado culturalmente ha de saber evaluar la importancia de la pertenencia a un grupo étnico y la comprensión que se hace dentro de esta cultura de dimensiones tan importantes como el género, el estatus social, la orientación sexual etc... para la comprensión de la sintomatología del paciente, sirviendo como un “traductor cultural” entre este y el contexto social de acogida, sin creer que “lo conoce todo” acerca de una cultura y manteniendo una actitud de curiosidad y apertura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sullivan HS. The psychiatric interview. New York: Norton.1954. (trad cast Buenos Aires: Psique 1989)
2. Laín Entralgo, P. La relación médico-enfermo y el acto médico, en Antropología médica. Barcelona, Salvat, 1984, 343-361
3. Kaplan HI, Sadock B. Synopsis of Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkin, 1998
4. Beitman BD, Yue D. Learning psychotherapy: A time-efficient, research- based and outcome-measured psychotherapy training program. New York: Norton 1999
5. Rothschild B Help for the helpers. New York. Norton 2006 (trad cast Ayuda para el profesional de ayuda. Bilbao. DDB, 2009)
6. Anderson Marlene. Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires, Amorrortu, 1999
7. Bordin E. Theory and research in the therapeutic working alliance, en Horwarth y Greenberg The working alliance. New York. Wiley, 1994
8. Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. New York: The Guilford Press, 2000 Edición española: La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2005
9. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.
10. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B . Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao. Desclée de Brouwer, 2002.
11. Cormier WA, Cormier LS. Interviewing strategies for helpers. A guide to assesment, treatment and evaluation. Monterrey: Brooks/Cole, 1979 (Trad cast: Bilbao: Desclée de Brouwer 19..)
12. Rojí Menchaca MB. La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia. Madrid: UNED, 1990
13. Sevel J, Cummings L, Madrigal C. Social skills demonstrated. Begining direct practce CD-ROM. Boston: Allyn and Bacon, 1999
14. Bermejo JC Apuntes de relación de ayuda. Madrid: Sal Terrae 1998

15. BermejoJC, Carabias R. Relación de ayuda y enfermería. Madrid: Sal Terrae 1998
16. Wachtel PL. Therapeutic Comunication; principles and effective practice. New York: Guilford 1993 (Trad cast La comunicación: principios y práctica eficaz. Bilbao Desclée 1996)
17. Brooks-Harris JE, Gavetti MF. Skill-Based Psychotherapy Integration: A practicum handbook of intermediate microskills. Retrieved from the World Wide Web: <http://www2.hawaii.edu/~jharris/sbpi/html>
18. MacKinnon RA, Michaels R. The psychiatric intevew in clinical practice. Philadelphia: WB Saunders, 1971 (trad cast: Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana. 1973) *MacKinnon, R.A., Michels, R. & Buckley, P.J.*(2006, 2nd Ed) *The Psychiatric Interview* (American Psychiatric Press, 2006)
19. Egan G. The skilled helper. Model skill and methods for affective helping. Pacific Grove: CA: Brooks Cole, 1990
20. Knapp. M. Essentials of non verbal communication. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1980 (trad cast. La comunicación no verbal. Barcelona, Paidós, 1992)
21. Greenberg LE, Elliott R, Lietaer G. Research on experiential psychotherapies. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition. New York: John Wiley & Sons. 1994
22. Rogers CR. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin, 1961 (trad cast: El proceso de convertirse en persona. Barcelona: Paidos 1972)
23. Malan DH. Individual psychotherapy and the science of psychotherapy. London: Butterworths. 1979 (trad cast;Psicoterapia individual y la ciencia de la psicoterapia. Buenos Aires: Paidos 1983)
24. Luborsky L. Principles of psychoanalitic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984
25. Bellak L, Siegel H. Handbook of intensive, brief and emergency psychotherapy (B.E.P.) New York: CPS Inc, 1983 (Trad cast: Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual Moderno, 1986)

26. Selvini, M., Boscolo, L., Cechin, G.f., Prata, G., Hipotesizing, circularity, Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 1980, 19, 1.
27. Gaw A.C. Cultural formulation en *Cross-cultural Psychiatry*. Washington, American Psychiatric Association, 2001
28. Tatum BD. Racial identity development and relational theory: The case of black women in white communities, en Jordan JV. *Women's growth in diversity*. New York, Guilford Press, 1997. 91-107.
29. McGoldrick M, Giordano J, Pearce JK. *Ethnicity and family therapy*. New York, Guilford, 1996.