LAS ENTREVISTAS CLÍNICAS COMO UN MEDIO PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN

Existe una amplia gama de herramientas y métodos de evaluación para obtener información detallada acerca de un cliente. Sin embargo, la entrevista clínica es el único medio para desarrollar una relación fuerte con un cliente, una relación necesaria para la evaluación continua y, cuando sea apropiado, para la intervención. En este sentido, el establecimiento del rapport puede ser la función más importante de la entrevista. Las habilidades de comunicación, que resultan ser las más adecuadas para obtener información abundante, no son las mejores para establecer rapport entre el psicólogo y el cliente. Además, la estructuración que se necesita para obtener información precisa, a menudo puede socavar el rapport y el desarrollo de una relación cercana de trabajo (Beutler, 1996).

La solución al dilema radica en lograr un equilibrio entre las partes estructuradas de la entrevista con las parcialmente no estructuradas. Una entrevista diagnóstica altamente estructurada puede ser precedida, y seguida, por interacciones más flexibles con el cliente. Esto permitirá al entrevistador responder más a las preocupaciones únicas del clien-
te y asegurarse de que éste siente que sus preocupaciones han sido escuchadas y entendidas por él.

FORMATOS DE ENTREVISTA

Los psicólogos clínicos pueden elegir de entre una gran variedad de diferentes protocolos de entrevista, que van de los formatos semiestructurados, los cuales permiten cierta variación de parte del entrevistador, a protocolos altamente estructurados, los cuales establecen las respuestas del entrevistador paso a paso. Las entrevistas más estructuradas con mayor rigor se diseñaron para ser realizadas por entrevistadores no profesionales después de un entrenamiento intensivo, mientras que las entrevistas semiestructuradas se diseñaron para que las aplicaran los profesionales de la salud mental, quienes pueden usarlas con cierta flexibilidad para emitir juicios clínicos en el curso de la entrevista.

Aunque las entrevistas semiestructuradas y estructuradas se desarrollaron principalmente con propósitos de investigación, es importante extender su empleo a la práctica clínica. Si el uso de entrevistas diagnósticas estructuradas se limita a la investigación, entonces los hallazgos de los estudios clínicos extensivos no pueden generalizarse a la práctica clínica. De igual modo, si en la práctica clínica sólo se utilizan entrevistas no estructuradas, no pueden usarse para tomar decisiones diagnósticas confiables y válidas y para formular otros juicios que pueden requerirse

después de que una entrevista tiene lugar.

ENTREVISTAS CLÍNICAS NO ESTRUCTURADAS

Incluso las entrevistas que se desarrollan con base en los estilos y las experiencias personales de diferentes clínicos contienen ciertas semejanzas. Se reconoce que las entrevistas, por lo general, contienen fases introductoria, media y de conclusiones que tienen ciertos rasgos en común. Aunque, hasta cierto grado, esas fases son características de todas las entrevistas, son más pronunciadas durante el contacto inicial con un cliente.

La entrevista clínica es un primer paso importante en la evaluación de individuos, parejas y familias. (Fotografía © Stephen Simpson FPG International.)

Antes de empezar una entrevista, un entrevistador diestro observa el escenario o contexto en el cual se realiza la entrevista. La entrevista debería realizarse en un escenario tranquilo y privado, tanto para reducir las interrupciones o distracciones que podrían interferir con el proceso de la entrevista como para asegurar que el intercambio será confidencial. Por ejemplo, es inapropiado que un psicólogo que trabaje en una escuela realice una entrevista clínica en la parte trasera del aula cuando otros estudiantes están presentes o en una oficina donde otros miembros del personal escolar pueden escuchar la entrevista.

La fase introductoria de una entrevista a menudo se caracteriza por la incertidumbre e incomodidad de parte del cliente. Esta entrevista puede ser la primera ocasión en que el cliente revele información acerca de un problema, por lo que la incomodidad puede incrementarse debido a la falta de familiaridad y la incertidumbre acerca del papel del psicólogo. Esas preocupaciones son muy pronunciadas durante una entrevista inicial, cuando al cliente puede preocuparle que lo juzguen loco o cuando no está seguro de cómo se manejará la información

analizada. Esas preocupaciones establecen que la primera fase de una entrevista se dedique a proporcionar al cliente cierta información básica sobre la naturaleza y las metas de la entrevista y a disminuir la incomodidad del cliente hasta un nivel manejable. Por lo tanto, el entrevistador hábil no empieza por preguntar las razones por las que el cliente bus ca ayuda, sino por ofrecer alguna información elemental acerca del escenario en el que se realiza la entrevista y de las metas de la sesión. Ofrecer al cliente la oportunidad de formular preguntas antes de avanzar a la parte principal de la entrevista puede facilitar la construcción del rapport y la obtención de información.

La fase media de las entrevistas no estructuradas se emplea para obtener información. Los entrevistadores difieren en el orden en el que usan preguntas abiertas y cerradas para lograr esta meta. Algunos argumentan que es mejor empezar con preguntas abiertas amplias y seguir con preguntas más específicas en respuesta a la información compartida por el cliente. Otros sugieren que es útil iniciar la interacción con preguntas cerradas, más específicas, para disminuir la incertidumbre del cliente y aclararle qué información será apropiado revelar. Sin embargo, la forma más frecuente de abrir esta fase de la entrevista es preguntar simplemente al cliente ″¿Qué le trae hoy por aquí?″ o ″Cuénteme acerca de las preocupaciones o problemas que lo hicieron pedir una cita″. Ese tipo de preguntas abiertas permiten al cliente sentir que hay una cierta flexibilidad para empezar la entrevista con un tema de su elección. No obstante, el entrevistador no debería apresurarse a concluir que el primer tema abordado por el cliente es su preocupación más apremiante o la más importante. Sólo es un punto de partida desde el marco de referencia del cliente en lugar del punto de vista del entrevistador. El entrevistador puede seguir las revelaciones del cliente con preguntas más específicas para recabar la información necesaria acerca de su problema. En esta parte de la entrevista destacan las habilidades de atención.

La tercera fase de una entrevista debe proporcionar cierto grado de cierre para la sesión, que es una terminación de ésta, pero también una transición a sesiones subsecuentes, si es que éstas están aseguradas. Es probable que en la fase de cierre el entrevistador incluya un resumen para influir y una expresión del contenido. Normalmente el entrevistador resumirá los asuntos cubiertos durante la sesión, así como los planes para la siguiente reunión. Con frecuencia se utilizará una entrevista inicial de evaluación para programar exámenes psicológicos u observaciones conductuales o para otras formas de evaluación. La fase de cierre

de la entrevista inicial se utiliza para proporcionar la lógica de la evaluación posterior y para formular planes específicos en cuanto a la forma de proceder. La entrevista también se usa para ofrecer retroalimentación cuando se completa el proceso de evaluación. De esta forma, una entrevista final de evaluación con frecuencia sirve para resumir los resultados de las pruebas psicológicas y de otros procedimientos de evaluación en un lenguaje que el cliente pueda entender. En la entrevista final de evaluación también se cubren las implicaciones de los datos de la evaluación para definir los problemas y para planear la intervención futura.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El examen del estado mental, una de las formas más antiguas de entrevista clínica, se remonta al trabajo del psiquiatra Adolf Meyer a principios del siglo XX. El examen del estado mental se desarrolló como una parte de la práctica psiquiátrica que es análoga al examen físico en la medicina general (véase tabla 7.2 donde se presentan ejemplos de las categorías cubiertas en el examen del estado mental). Inspirado en el modelo médico para el desarrollo de un diagnóstico específico y diferencial, el examen del estado mental, por lo general, incluye los siguientes aspectos: una evaluación de la apariencia general y la conducta del paciente, los procesos de habla y pensamiento , la conciencia, el estado de ánimo y el afecto, la percepción, la orientación, la memoria, la atención y la concentración, la información general, la inteligencia, la introspección (insight) y el juicio (Crary y Johnson, 1981; Groth-Mamat , 1997).

La evaluación de la apariencia general y la conducta incluye observaciones de la vestimenta del cliente, su postura, su modo de andar, sus gestos y su higiene y cuidado personal. Los síntomas de algunos trastornos pueden observarse directamente en la conducta durante la primera entrevista (por ejemplo, evidencia de uso de sustancias, movimientos lentos característicos de la depresión). La evaluación del habla y el pensamiento se concentra en si el cliente se expresa de manera coherente, normal en su progresión, espontánea y entendible. Es importante notar si el discurso es tangencial, lento o si se caracteriza por el empleo de palabras o sintaxis extrañas y si se reporta pensamiento delirante.

TABLA 7.2
Ejemplos de reactivos del examen del estado mental

			No hay datos	Presente	Ausente
Apariencia		1. descuidada, sucia, despeinada			
		2. vestimenta y/o arreglo anormales			
		3. características físicas inusuales			
Conducta	Postura	4. desplomada			
		5. rígida, tensa			
	La expresión facial sugiere:	6. ansiedad, temor, aprehensión			
		7. depresión, tristeza			
		8. ira, hostilidad			
		9. ausencia de sentimiento, indiferencia			
		10. anormal, inusual			
	Movimientos generales del cuerpo	11. acelerados, velocidad incrementada			
		12. disminuidos, lentos			
		13. anormales, inusuales			
		14. agitación, inquietud			
	Habla	15. habla rápida			
		16. habla lenta			
		17. habla en voz alta			
		18. habla en voz baja			
		19. mutismo			
		20. calidad anormal, arrastrada, entrecortada			

Nota: Adaptado de Groth-Marnat (1997).

El estado de ánimo y el afecto se evalúan por el contenido de las descripciones que expresa el cliente sobre su estado de ánimo actual, además, las observaciones de la postura del cuerpo y la expresión facial pueden proporcionar información adicional acerca del estado afectivo actual del cliente. Además, el entrevistador nota lo apropiado del afecto del cliente para los temas analizados y las variaciones del afecto durante la entrevista. Se formulan preguntas para determinar si el cliente está orientado en tiempo, lugar y persona (es decir, ¿sabe el cliente la fecha y la hora, dónde está y quién es?), funciones que por Jo general están intactas, excepto en los casos graves de trastorno mental. La memoria se evalúa pidiendo recuentos de

acontecimientos recientes o distantes que pueden evaluarse mediante la comparación con otros registros o informantes. Se advierten las desviaciones en la atención y la concentración, incluyendo el grado en que el cliente se distrae con facilidad o parece preocupado. Se determina una estimación aproximada de la inteligencia a partir de la evidencia obtenida en la entrevista, incluyendo el nivel educativo obtenido, el cúmulo de conocimiento general y los poderes de razonamiento.

A pesar de su uso generalizado, el examen del estado mental no es un procedimiento único y bien estandarizado, de hecho, se han desarrollado varias versiones del examen del estado mental. Debido a que usualmente no se ha estandarizado, el examen del estado mental está sujeto a las predilecciones e idiosincrasias personales del entrevistador individual, por lo que puede cuestionarse la confiabilidad de este procedimiento. En respuesta a esta preocupación, se han hecho varios esfuerzos por desarrollar un procedimiento estandarizado para conducir este examen (por ejemplo, Crary et al., 1981; Hedlund, Sletten, Evenson, Altman y Cho, 1977).

ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS ESTRUCTURADAS

La mayor precisión en los diagnósticos psiquiátricos que se refleja en la evolución del DSM -IV se ha acompañado del desarrollo de formas cada vez más explícitas y estructuradas de entrevistar para obtener información diagnóstica. La investigación sobre el desarrollo de los criterios de diagnóstico y sobre los protocolos de entrevista estructurada para acompañar a esos criterios la iniciaron los investigadores de la Medical School of Washington University en St. Louis. Uno de los primeros estudios para establecer criterios de diagnóstico más precisos lo realizó el psiquiatra John Feighner. Los criterios de Feighner (Feighner et al., 1972; Woodruff, Goodwin y Guze, 1973) proporcionaron la base para una de las primeras entrevistas diagnósticas, la entrevista diagnóstica Renard (RDI, Renard Diagnostic Interview; Helzer, Robins, Croughan y Welner, 1981). Poco después de la publicación de los criterios de Feighner, se desarrolló un segundo conjunto de criterios de diagnóstico, conocido como los Criterios de investigación diagnóstica (RDC, Research Diagnostic Criteria; Spitzer, Endicott y Robins, 1978). Los RDC proporcionaron una modificación y elaboración de los criterios de Feighner e incluyeron diagnósticos adicionales. Al mismo tiempo, Endicott y Spitzer (1978) publicaron el programa de trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), una entrevista estructurada diseñada para obtener la información necesaria para llevar a cabo diagnósticos RDC.

La meta principal al desarrollar procedimientos de entrevista altamente estructurados fue tener un método que proporcionará información acerca de criterios diagnósticos específicos. No obstante, un objetivo igualmente importante fue mejorar la confiabilidad de las entrevistas reduciendo el impacto de los estilos e idiosincrasias personales de los entrevistadores (Edelbrock y Costello, 1984). Las entrevistas altamente estructuradas especifican la secuencia y el planteamiento exactos de las preguntas; dan reglas claras para registrar y calificar las respuestas, limitando, por ello, el papel del juicio clínico en la obtención y registro de la información. Al usar protocolos de entrevista altamente estructurada, diferentes entrevistadores deberían obtener la misma información de la misma persona. En contraste, las entrevistas semiestructuradas son menos restrictivas y permiten al entrevistador cierta flexibilidad al conducir la entrevista (Edelbrock y Costello). El entrevistador tiene más libertad de decidir qué se pregunta, cómo se plantean las preguntas y cómo se registran las respuestas. Al usar una entrevista semiestructurada, diferentes entrevistadores deberían cubrir el mismo material cuando entrevistan al mismo participante, pero pueden hacerlo de maneras diferentes y producir resultados ligeramente distintos. Ambos tipos de entrevista tienen ventajas. Las entrevistas altamente estructuradas reducen el papel de la inferencia clínica y la interpretación en el proceso de evaluación y diagnóstico, por lo que, en general, arrojan datos crudos más objetivos y cuantificables. Por su parte, las entrevistas semiestructuradas son menos artificiosas y permiten una mayor espontaneidad, con lo que el entrevistador puede adaptarse al cliente (Edelbrock y Costello).