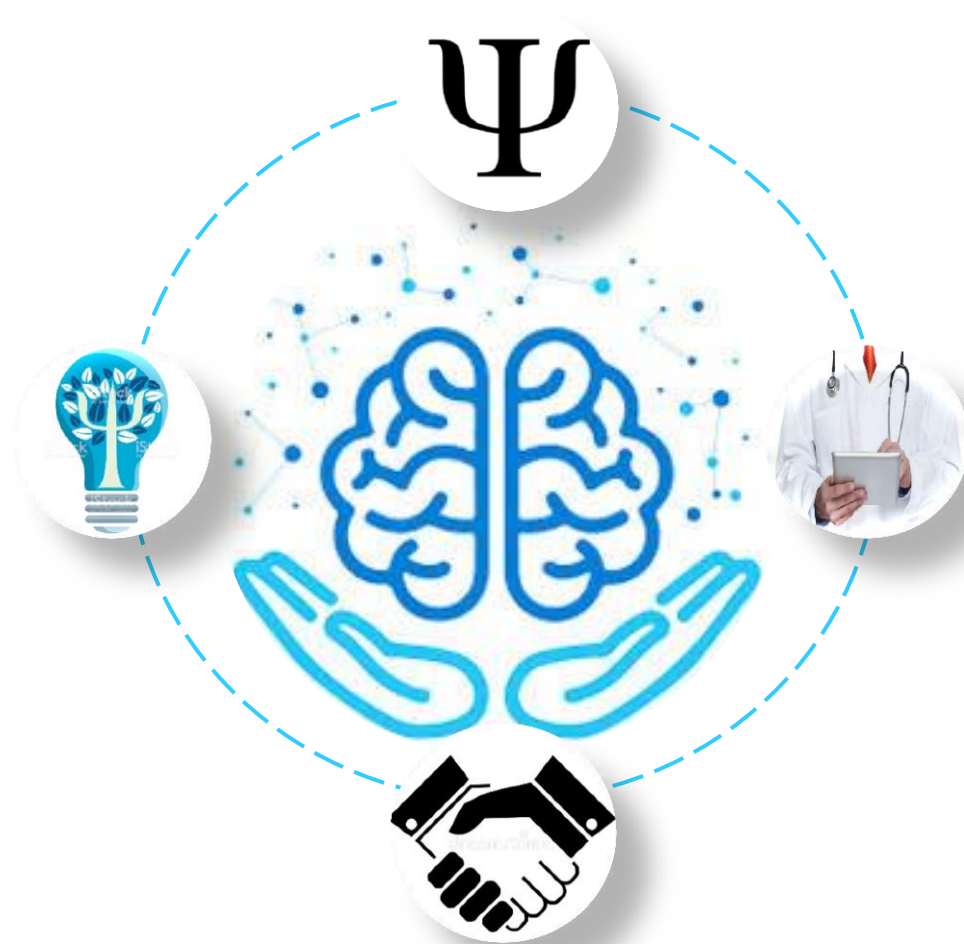


GUÍA DIGITAL: FUNDAMENTOS DE LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA



UB

GUÍA DIGITAL: FUNDAMENTOS DE LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

AUTORES

Lina Marcela García Estepa ¹; María Constanza Pérez Pita ¹; Angélica Liliana Buelvas Barrera ¹; Camila Alejandra García Mendoza ¹; Daniela Dimaté Martínez ¹; Gabriela Morales Ríos ¹; Fabio Armando Llanos Guerrero ¹.

COAUTOR

Hernando Botello Ocampo ².

¹ Estudiante de medicina, Universidad de Boyacá, Tunja Colombia.

² MD, Especialista en psiquiatría, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

CONTENIDO

1. DEFINICIÓN DE ENTREVISTA.....	5
2. OBJETIVOS	5
3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA	6
4. FACTORES QUE FACILITAN LA ENTREVISTA.....	8
5. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE	13
Técnicas generales y específicas de la entrevista	15
6. CLAVES COMPORTAMENTALES	17
7. FASES DE LA ENTREVISTA	19
8. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS	21
9. TIPOS DE ENTREVISTAS	22
10. OTROS TIPOS DE ENTREVISTA	23
10.1 Entrevista motivacional	23
10.2 Entrevista de devolución	23
11. CARACTERÍSTICAS DE ENTREVISTA POR ETAPAS.....	24
11.1 Entrevista con los padres o cuidadores del paciente.....	24
11.2 Entrevista familiar	25
12. FORMATOS DE ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA.....	25
→ SUICIDA:.....	25
→ DEPRESIVO:	27
→ SIMULADOR:	28
→ PSICÓTICO:	29
→ ANSIOSO:.....	31
13. REFERENCIAS.....	35

GRAFICAS

Gráfica 1. Objetivos de la entrevista Fuente: (7)	5
Gráfica 2. Fuentes de datos clínicos Fuente (9)	7
Gráfica 3. Características del entrevistador Fuente (11).	9
Gráfica 4. Modalidades Fuente (11).....	9
Gráfica 5. Habilidades básicas para la recolección de la información Fuente (10)	10
Gráfica 6. Vocabulario Fuente (11).....	10
Gráfica 7. Actitudes en la relación médico- paciente que mejoran la calidad de la atención, mejora en el seguimiento y control de la patología. Fuente (13)	14
Gráfica 8. Técnicas generales de la entrevista Fuente (5).....	15
Gráfica 9. Técnicas específicas de la entrevista Fuente (14) (15).....	16
Gráfica 10. Fases de la entrevista Fuente autores y (7) (11).	20
Gráfica 11. Sugerencias de preguntas Fuente (18).....	25

TABLAS

Tabla 1. Tipos de transiciones Fuente (11)	11
Tabla 2. Intervenciones de apoyo Fuente (5)	12
Tabla 3. Intervenciones obstructivas Fuente (5)	12
Tabla 4. Rol del paciente Fuente los autores - (16).....	18
Tabla 5. Sugerencias en la formulación de preguntas Fuente (1)	21
Tabla 6. Tipos de preguntas Fuente (1).....	22
Tabla 7. Tipos de entrevista. Fuente (1).....	22
Tabla 8. Evaluación en paciente suicida Fuente (11).....	26

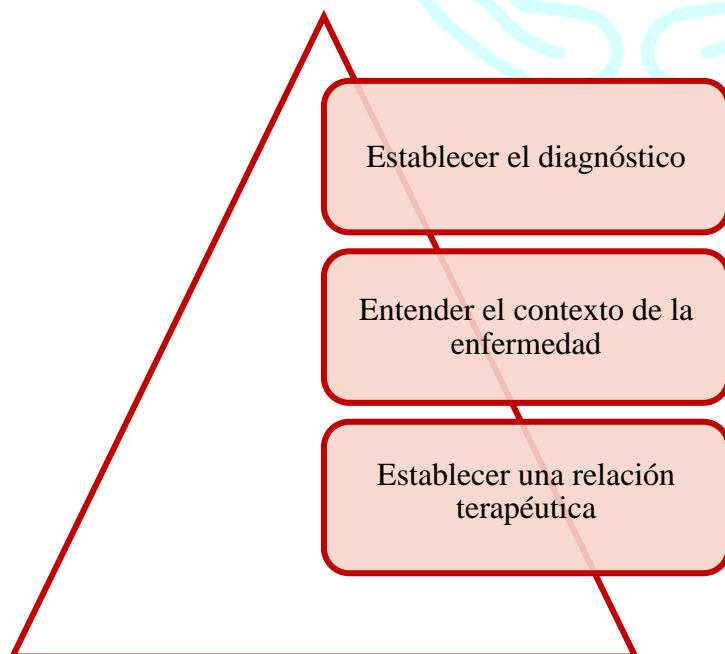
1. DEFINICIÓN DE ENTREVISTA

Definida como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (1). El entrevistador ayuda al entrevistado a reconocer, comprender y controlar situaciones relacionadas con su salud mental (2). No es solo es un importante medio diagnóstico sino terapéutico (3)(4).

“La entrevista psiquiátrica es una tarea compleja que, por encima de todo, es un esfuerzo humano”. (5)

Su fin es la evaluación del paciente psiquiátrico, establecer el marco de relación médico-paciente; permite realizar de la historia clínica (anamnesis, una exploración del estado mental del paciente, una formulación diagnóstica y un plan terapéutico). Cuanto más precisa sea la evaluación diagnóstica, más adecuada será la planificación del tratamiento (5)(6).

2. OBJETIVOS



Gráfica 1. Objetivos de la entrevista Fuente: (7)

- 1) **Establecer el diagnóstico:** Es la meta central en la primera entrevista en psiquiatría pues provee la base para el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, además excluye diagnósticos diferenciales a partir de criterios establecidos (7).
- 2) **Entender el contexto de la enfermedad:** Se indaga por la historia de vida del paciente, las circunstancias actuales que rodean la aparición de la enfermedad; para esto es necesario entender la persona y el momento en que se desarrolló, al intervenir sobre el contexto, el manejo será adecuado y el pronóstico mejorará (7).
- 3) **Establecer la relación terapéutica:** El médico debe asegurar que el paciente se sienta seguro y cómodo para relatar la historia completa. Esta relación además predice conductas a futuro como la eficacia y adherencia al tratamiento y el acuerdo terapéutico (7).

3. PRINCIPIOS GENERALES DE LA ENTREVISTA

Para la realización de una buena entrevista se deben tener en cuenta varios elementos que nos ayudarán a realizarla de una manera más adecuada. Dichos elementos son: la comunicación y relación que se establece entre ellos, el abordaje del otro como un ser integral y, por último, algunos procesos psicológicos, como la transferencia y la contratransferencia (8).

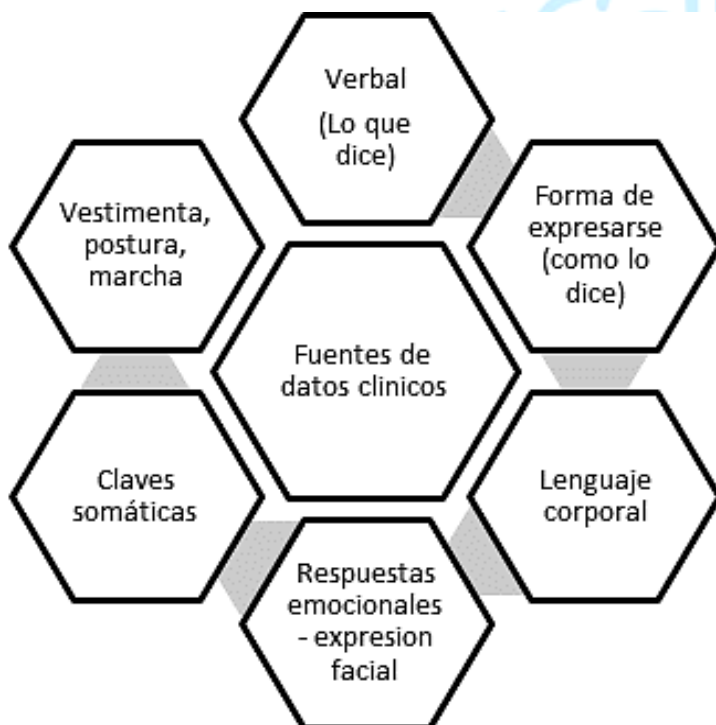
La comprensión de la salud y la enfermedad del (la) paciente procede principalmente de la narración que éste hace de su vida anterior, sus actitudes y emociones y el desarrollo de sus síntomas (9).

Se debe crear un ambiente de confianza, en que el entrevistado se sienta libre para expresar francamente sus opiniones, sin temor a que el profesional demuestre sorpresa o haga juicios críticos y teniendo la certeza de que su información no será revelada a terceros (2).

El entrevistador debe mantener una actitud amistosa, cortés, informal y sin prejuicios. No debe mostrarse demasiado serio, tímido, frío o distante, ni demasiado efusivo o halagador (2).

Obtener una respuesta concreta y completa es la parte más difícil de la entrevista. (7)

En todo momento se debe mantener el control de la entrevista; la situación más difícil de controlar es aquella en que los entrevistados hablan demasiado. La solución es interrumpirlos, y esto no debe ser motivo de preocupación, pues debe recordarse que hay muchas preguntas por hacer, además, que no se está cambiando el tema, sino llamando la atención sobre otro aspecto del mismo (2).



Gráfica 2. Fuentes de datos clínicos Fuente (9)

Mientras escucha atentamente las palabras del paciente, el entrevistador observa también las expresiones faciales, sus gestos, cambios posturales, etc., y es consciente de sus propias reacciones emocionales hacia el (la) paciente. Claves somáticas como: rubor, palidez, el aumento de la frecuencia respiratoria y el incremento en los tics o manierismos revelan una elevación emocional (9).

4. FACTORES QUE FACILITAN LA ENTREVISTA

→ **Ambiente.** Sea en consulta externa o en urgencias es importante considerar el confort del paciente y las necesidades del entrevistador. La habitación debe ser confortable y estar bien amoblada, sin ruidos molestos, para facilitar la continuidad de la entrevista libre de interrupciones. El paciente debe estar sentado al mismo nivel que el entrevistador (10).

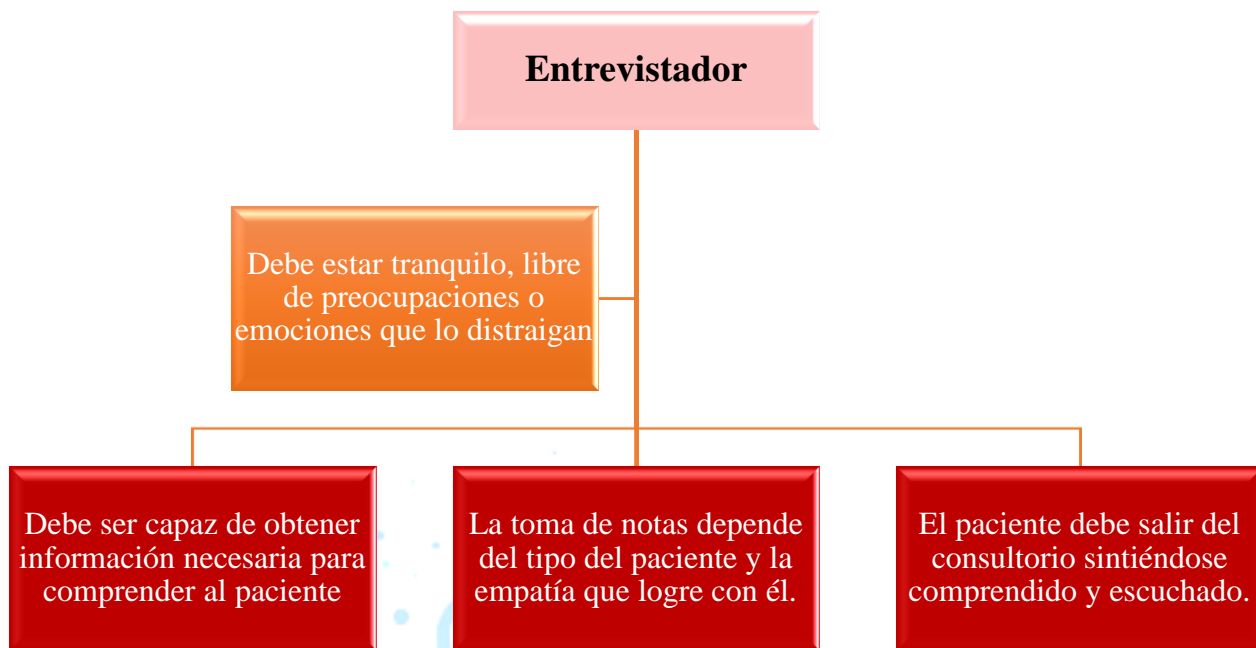
La decoración del consultorio debe ser sobria ya que es la primera impresión del paciente sobre el médico tratante, con número suficiente de sillas para acompañantes sin olvidar que todos queden en el mismo plano (11).

En las entrevistas individuales se aconseja que el médico y el paciente queden ubicados a una distancia de un metro o un metro y medio, espacio en el cual el lenguaje paraverbal juega un papel decisivo por la influencia, positiva o negativa que tiene sobre ambos participantes. La posición cara a cara no es recomendable, durante la práctica se debe mantener una posición del entrevistador con respecto al paciente en un ángulo de 45° para evitar que se sienta confrontado (11).

→ **Duración.** Debe comenzarse con puntualidad, progresar con regularidad y firmeza, abarcando todas las áreas necesarias y terminar en el tiempo especificado con conclusiones satisfactorias (10). Debe ser un tiempo adecuado, sin afanes (8) (12).

Se aconseja que la primera entrevista del paciente atendido en consulta externa no tenga una duración mayor de una hora ni menor de treinta minutos. Las entrevistas prolongadas pueden producir cansancio, sensación en el paciente que el médico no es lo suficientemente hábil para comprenderlo, o promover en él mismo comportamientos de dependencia que se convertirán en obstáculos para la relación terapéutica. Por otra parte, las entrevistas muy

cortas pueden ser interpretadas por el paciente como actitudes hostiles o de desinterés por parte del médico, y crearle la sensación de que su problema no tiene solución (11).

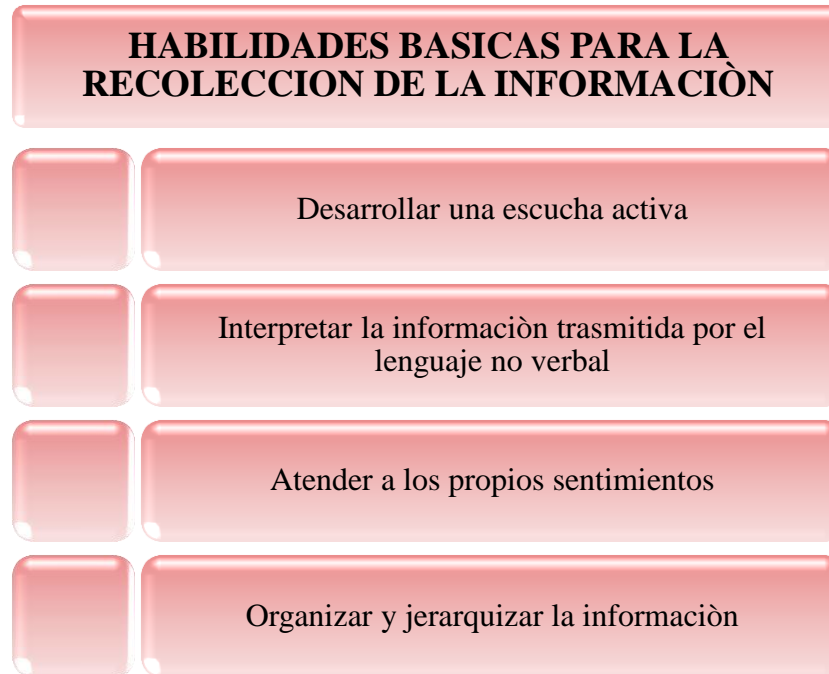


Gráfica 3. Características del entrevistador Fuente (11).

→ **La toma de notas.** Puede hacerse según 3 modalidades (11).



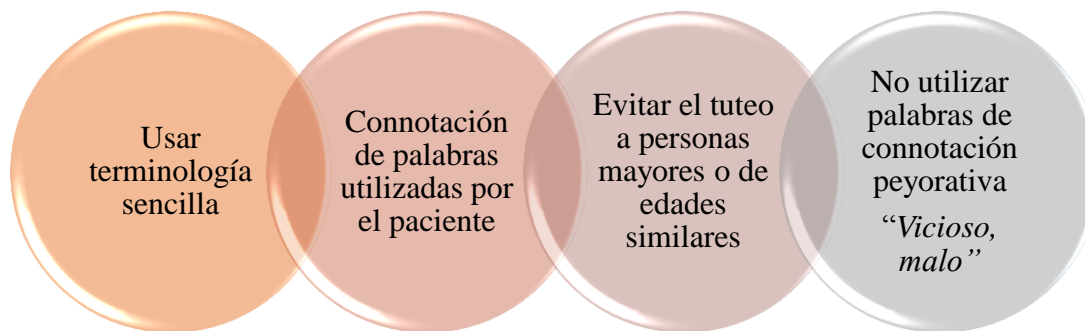
Gráfica 4. Modalidades Fuente (11)



Gráfica 5. Habilidades básicas para la recolección de la información Fuente (10)

→ **Preguntas, insinuaciones y propuestas.** El orden de las preguntas puede influir en las respuestas (10); y el curso de la entrevista.

→ **Vocabulario.** Es el vehículo de comunicación mediante el cual comparte la experiencia del consultante. Tener en cuenta (11):



Gráfica 6. Vocabulario Fuente (11)

→ **Paralenguaje.** Hace referencia a aspectos como la entonación, el ritmo, la intensidad y el timbre de la voz. Esta característica le da matices que reflejan múltiples detalles de la comunicación verbal que no se encuentran en los otros tipos de comunicación, también permite identificar culturales y de procedencia de los sujetos (11).

→ **Transiciones.** Fenómenos que siempre van a estar presentes en el proceso de interacción de la entrevista y consiste en los giros que toma la conversación, de un tópico a otro, total o parcialmente distinto, inducidos o espontáneos, y efectuados por los participantes (11).

Tabla 1. Tipos de transiciones Fuente (11)



TIPOS DE TRANSICIONES	
Transiciones Derivadas	Transiciones Referidas
Aquellas en las cuales se parte de algún aspecto dado del tópico que se está tratando para enlazarlo sutilmente con un tema diferente que posibilite obtener una información distinta.	El cambio de tema se hace teniendo en cuenta temas previamente tratados, los cuales se retoman para ampliarlos o precisar los.
<i>Dr: ¿Supongo que las pastillas no le han funcionado, usted ha hecho otras cosas por su cuenta? Pte: sí, a veces me siento mejor tomando algunos tragos. Dr: eso quiere decir que ha tenido que tomar licor casi a diario...Pte: No, todos los días no, sólo a veces me tomo hasta media botella</i>	<i>Dr: hace un momento usted refirió que su madre y su hija han presentado dificultades similares a las suya ¿quiere contarme un poco al respecto?</i>

Intervenciones de apoyo: comentarios e información dadas por el entrevistador que facilitan la expresión libre del paciente.

Tabla 2. Intervenciones de apoyo Fuente (5)

INTERVENCIONES DE APOYO	
Recapitulando o resumiendo	“O sea, que se sintió dolida porque no la ayudaban, y usted se calló por temor a parecer egoísta”
Reconociendo la emoción	“Sigue sintiendo tristeza cuando recuerda lo sucedido”
Animando la narrativa	“Entiendo lo que me está contando y por lo que ha pasado durante este tiempo”
Dando seguridad	“Parece que esta ansiedad le desborda. Con el tratamiento puede empezar a encontrarse mejor progresivamente”
Uso de lenguaje no verbal	Expresión facial, contacto ocular y postura corporal que transmiten interés y atención

Intervenciones obstructivas: disminuyen la fluidez de la entrevista y afectan la empatía entre el médico y el paciente.

Tabla 3. Intervenciones obstructivas Fuente (5)

INTERVENCIONES OBSTRUCTIVAS	
Preguntas compuestas	“¿Trabaja todo el día y puede relacionarse con sus hijos en el tiempo libre?”
Señalando contradicciones de su discurso	“¿Me decía que se sentía inútil por no trabajar y ahora que estaba deseando estar de baja?”
Minimización o despedido	Paciente: “durante el último mes he tenido problemas con mi mujer...” Doctor:” lo que ocurre solo algunas veces...”

<p>Consejo prematuro</p>	<p>Paciente:” me encuentro solo...” Doctor:” ¿Por qué no tratar de pasar tiempo en librerías y cafés? ¿ o utiliza alguna aplicación para conocer personas?</p>
<p>No verbal</p>	<p>La falta de contacto ocular y de acompañamiento con la expresión facial con la postura corporal o con el comportamiento indica falta de interés o de escucha.</p>

5. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Es la conexión que existe entre el médico tratante y la persona que acude a él en busca de ayuda ante una dolencia física o psicológica; el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en forma humanitaria y sensible. Es importante para permitir al paciente la expresión de las emociones, acogiendo su sufrimiento y respondiendo con empatía.

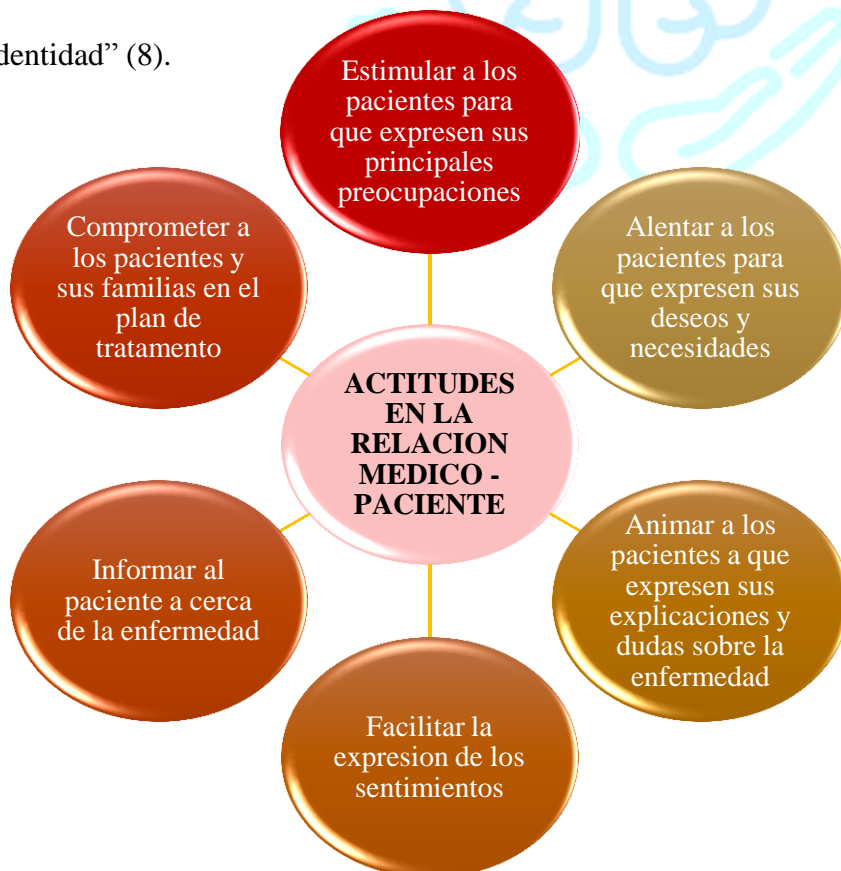
La Relación médico-paciente, se basa en la comunicación. Aquí actúan un emisor, que envía una información codificada; un receptor, que percibe la señal transmitida, y la interpretación, que cada uno de ellos le dé al mensaje. (La entrevista médica con un enfoque terapéutico) (5). Se la conoce principalmente por los aportes del psicoanálisis como la relación de *transferencia-contratransferencia* (13).

→ **La transferencia** es el proceso por el cual una persona desarrolla patrones de conducta y reacciones emocionales actuales originadas de la interacción con figuras significativas en su infancia. Se refiere a los aspectos emocionales que el paciente pone en su relación con el médico (13). En este proceso el paciente crea un vínculo afectivo inconsciente con él entrevistador, basado en experiencias y emociones pasadas y que, en cierta forma, se reexperimentan en el momento, es decir, es una proyección que hace el paciente sobre el terapeuta de las ideas y sentimientos que le provocaron personas significativas en su pasado (4).

→ **La contratransferencia** se refiere a los aspectos emocionales y sesgos del propio médico en su relación con el paciente. Es importante que el profesional no deje que estas emociones generadas por la interacción con el paciente interfieran en el curso de la entrevista, porque pueden considerarse un impedimento para el proceso terapéutico, ya que los conflictos sin resolver del médico se introducen en la relación, con la consiguiente reducción de su capacidad objetiva (4).

La relación transferencia-contratransferencia es sumamente dinámica e impone las características que el vínculo tendrá en el futuro. El hecho de conocer sus características contratransferenciales le permite al médico operar con una mayor efectividad: el propio psiquismo del médico es el instrumento con que se opera y se hacen los diagnósticos (13).

El médico y el paciente deben desarrollar un sentimiento de empatía, para llegar a este es imprescindible que exista comprensión, es decir, que el médico pueda tener la habilidad de hacer una conexión con el paciente, al fin de “ser capaz de sentir cuando él siente sin perder su propia identidad” (8).

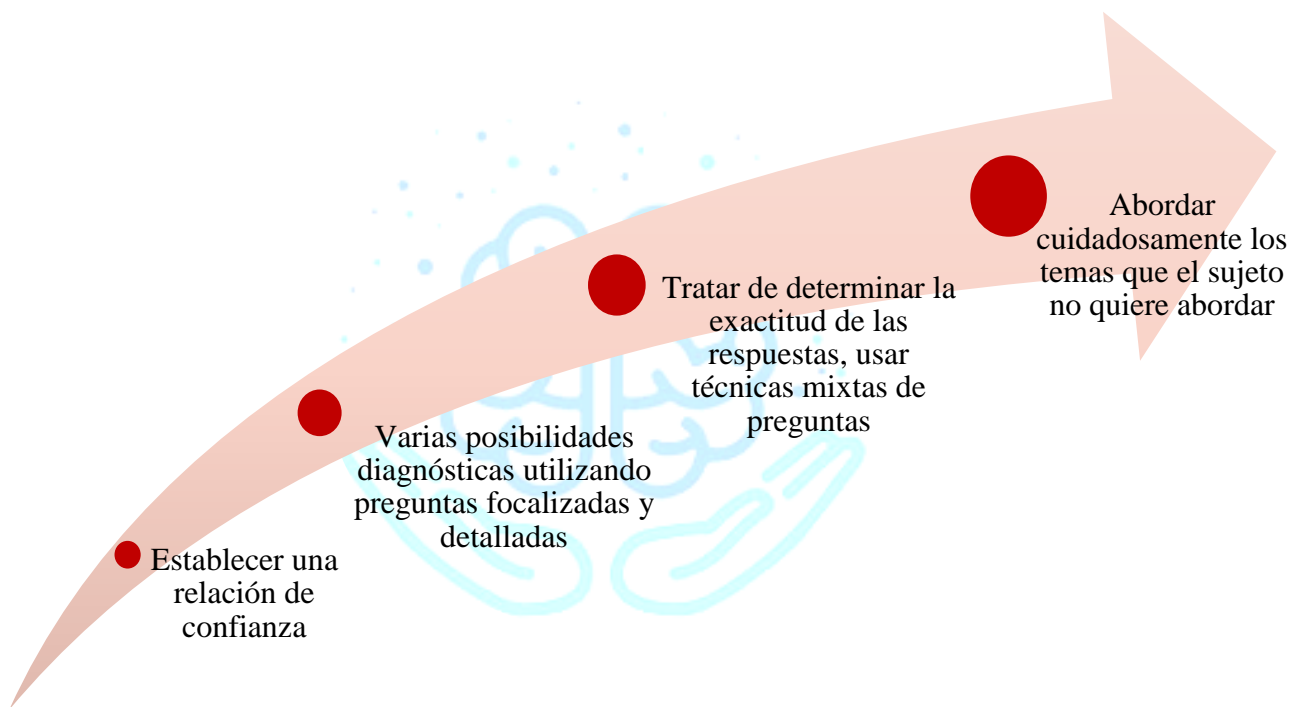


Gráfica 7. Actitudes en la relación médico- paciente que mejoran la calidad de la atención, mejora en el seguimiento y control de la patología. Fuente (13)

Técnicas generales y específicas de la entrevista

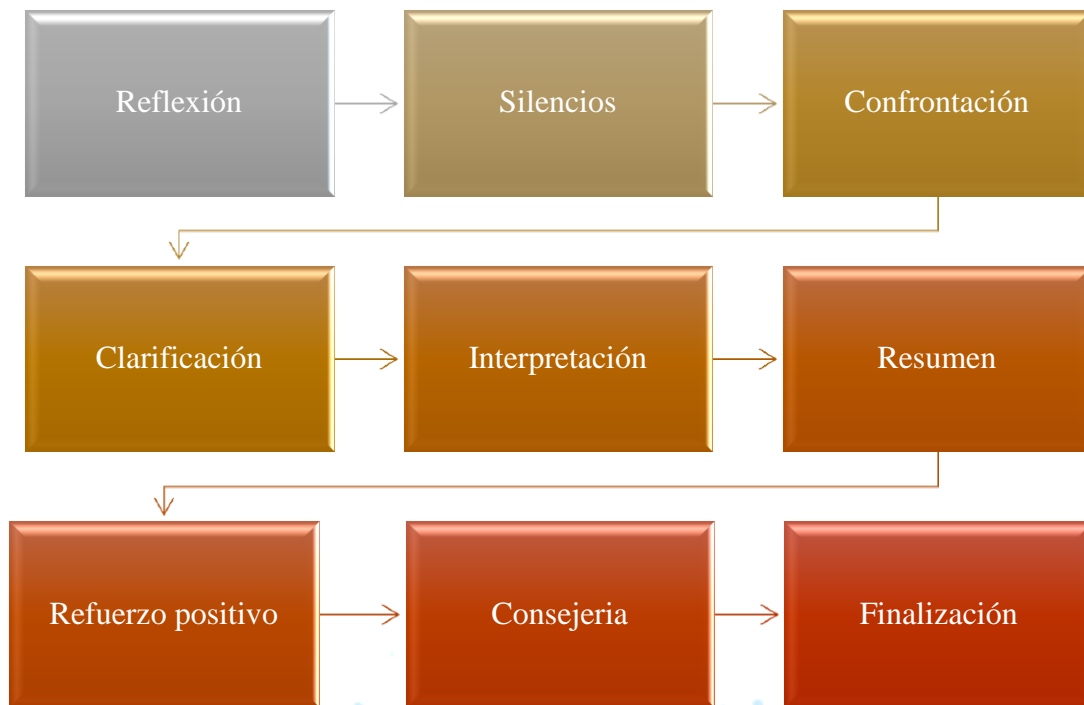
El elemento más importante para realizar una adecuada entrevista es que el médico psiquiatra permita que el paciente narre su historia sin interrupción, así mismo debe mostrar una actitud de escucha atenta sin formular preguntas que puedan desviar el curso de su historia (14).

Técnicas generales



Gráfica 8. Técnicas generales de la entrevista Fuente (5)

Algunos recursos para que el paciente se pueda sentir más cómodo y relatar su historia sin ninguna barrera son las llamadas técnicas específicas (14) (15).



Gráfica 9. Técnicas específicas de la entrevista Fuente (14) (15)

→ **Reflexiones:** El médico siempre busca un momento al final de la entrevista para contarle al paciente los síntomas afectivos que él evidencia que se repiten en diversas situaciones, de tal forma el paciente se va a sentir identificado y el médico va a demostrar su capacidad de comprensión y atención para poder ayudarlo (14).

→ **Silencio:** El silencio se presenta cuando el paciente confronta sus propias ideas, recapitula sucesos y medita acciones y reacciones previamente adoptadas; el paciente realiza un pequeño proceso de introspección. Es por esta razón que el entrevistador debe permitirlo y no forzar una pronta respuesta (14).

→ **Confrontación:** El médico busca la manera más efectiva de confrontar al paciente, especialmente cuando existen versiones no concordantes con lo que el paciente está expresando. Ejemplo ¿Estás seguro?, ¿Y si yo te dijera que lo que dices no es así? (15).

→ **Clarificación:** Para tener éxito con la entrevista, el médico debe brindar información entendible y lograr aclarar las dudas expresadas por el paciente (14).

→ **Interpretaciones:** El médico trabaja con el paciente para poder entender el significado de sus pensamientos, sentimientos y acciones para así ayudarlo a que él también pueda entender y genere un juicio autocrítico (14).

→ **Resumen:** El médico le hará una breve síntesis de lo relatado al paciente (5).

→ **Refuerzo positivo:** No todos los temas propuestos por el médico van a ser cómodos y fáciles de hablar para el paciente. Cuando el paciente se sienta seguro de hablar, el médico debe darle su aprobación con el uso del refuerzo positivo, es decir animar al paciente a expresar estos estados emocionales a medida que él y el psiquiatra exploran otras áreas de su vida. (14) (15).

→ **Consejería:** Recomendación brindada por parte del médico psiquiatra a partir de la información obtenida (15).

→ **Finalización:** Por medio de la cual se cierra un tema en particular o la entrevista (15).

El médico debe saber cómo actuar en situaciones donde el paciente entre en estado de intensidad anímica.

6. CLAVES COMPORTAMENTALES

1. Cuando una persona está mintiendo o se guarda algo que no quiere decir, tiende a no mantener el contacto visual y a ser menos expresivo con sus brazos y sus manos. Las palmas de las manos no se encuentran visibles. Los dedos, en general, están doblados hacia la mano. Las piernas se encuentran dobladas, recogidas o cruzadas (15).

2. Los movimientos asimétricos, con cambios en la intensidad de la voz, respecto a cuándo se dice la verdad, y falta de coordinación y gestos cuando no. La verdad tiene un respaldo afectivo y gestual correspondiente (15).
3. Si un paciente se ve confrontado, se torna negativita o incluso presenta mutismo (15).
4. Si está intranquilo, prolongará el tiempo para ocultarlo y tener tiempo de preparar las respuestas, en ocasiones este pide permiso para retirarse antes de haber terminado la entrevista (15).
5. Es importante contar con la versión de familiares o conocidos que hayan convivido con el paciente, así como documentarse de la historia clínica y jurídica, etc (15).
6. El sujeto simulador no está dispuesto a brindar un testimonio preciso, con frecuencia insiste en su veracidad (15).
7. Las respuestas que brinda el sujeto simulador, no parecen ser naturales e impresionan como ensayadas y poco espontáneas. Se evaden temas, especialmente los relacionados con las conductas problema o con brindar explicaciones acerca del motivo de consulta (15).

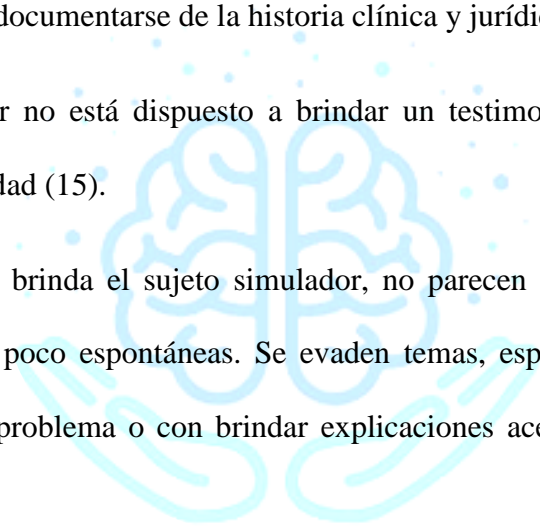


Tabla 4. Rol del paciente Fuente los autores - (16).

ANALIZAR EL ROL DEL PACIENTE	
✓	El que espera una atención experta y adecuada de su enfermedad.
✓	El que espera una atención privilegiada en todo momento.
✓	El “Irritado” el que no permite una buena relación médico-paciente.
✓	El “sufridor” que espera una implicación emocional por parte del médico.
✓	El “Seductor” que espera un trato especial por parte del médico.
✓	El “Prepotente” El que vive refutando lo que dice el médico, no permite una buena relación.

7. FASES DE LA ENTREVISTA

PRIMERA FASE: Recepción. Llegada del consultante, es un factor decisivo para el curso de la entrevista, el encuentro entre personas extrañas genera ciertos niveles de ansiedad mutua. En esta fase el propósito fundamental del entrevistador, es reducir esa ansiedad para que se desarrolle de manera positiva la entrevista. Dicha recepción se inicia con el saludo y la presentación del entrevistador siempre dentro de un ambiente de amabilidad y respeto (11).

SEGUNDA FASE: Iniciación. Comienzo de la recolección de datos de utilidad clínica, discreto sondeo para conocer los datos de identificación y el motivo de la consulta, predominan la observación y análisis del comportamiento del paciente, su conducta, verbalizaciones y de manera ocasional interviene con preguntas abiertas para darle curso a la narración. Al preguntar el motivo de consulta debe tenerse en cuenta que el paciente está frente la disyuntiva de qué decir y cómo decirlo, por lo que se debe ayudar a expresar sus quejas por medio de preguntas abiertas que no impliquen descalificación o censura (11).

En esta fase se tienen en cuenta objetivos como:

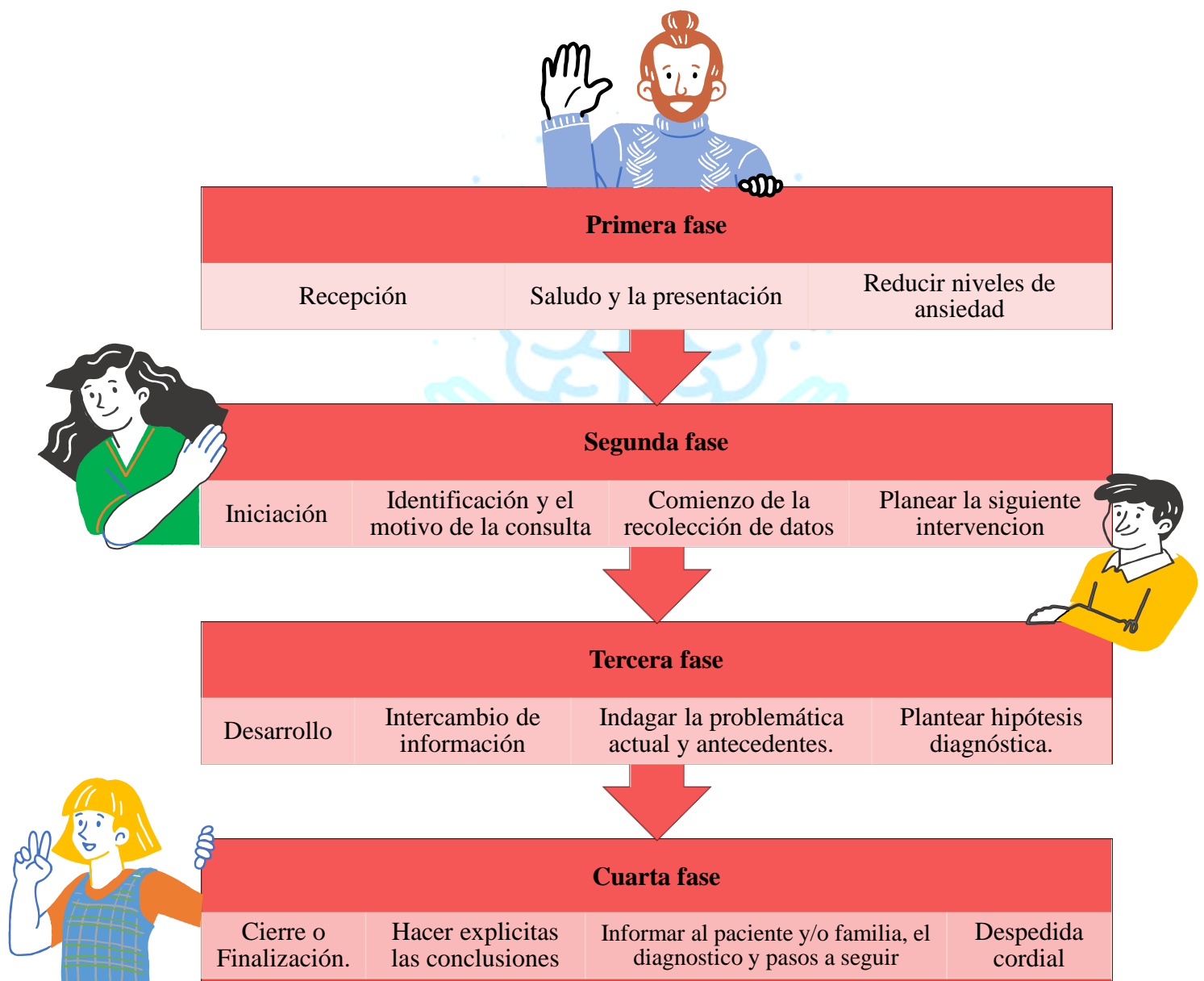
- Evaluar la percepción que tiene el paciente acerca de su problemática y de la entrevista.
- Tener una impresión general de la problemática y del posible diagnóstico.
- Iniciar la evaluación del estado mental del paciente.

Desde este momento se debe planear hacia qué áreas se deben orientar las intervenciones. (11)

TERCERA FASE: Desarrollo. Constituye el núcleo de la entrevista, en el que se intercambia información (7), el entrevistador tiende a dirigir el curso de la exploración de aspectos específicos, que le permite plantear una hipótesis diagnóstica. En esta fase se debe indagar acerca

de la problemática actual, historia personal, antecedentes personales, historia familiar y antecedentes familiares. (11)

CUARTA FASE: *Cierre o Finalización.* Es el momento para que el entrevistado recapitule mentalmente lo que ha dicho, se hace una síntesis de la conversación obtenida (7), se le informa al paciente y/o a su familia, la problemática y que hacer para mejorarla, finalmente esta despedida debe llevarse a cabo con respeto y cordialidad (11).



Gráfica 10. Fases de la entrevista Fuente autores y (7) (11).

8. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

Las preguntas a realizar deben conocerse en forma precisa, para hacerlas con claridad evitando así despertar dudas en el entrevistado, y el lenguaje o vocabulario empleado debe ser comprensible para él. Debe tener cuidado de que ninguna de sus palabras o modales implique crítica, aprobación o desaprobación de las preguntas hechas o de las respuestas que recibe (2).

Las preguntas abiertas deben ser las iniciales en la entrevista y de manera progresiva se requieren preguntas específicas más dirigidas, para obtener toda la información pertinente (9).

Pregunte primero lo que tenga menos probabilidades de provocar una actitud negativa en el entrevistado o su resistencia a contestar y en toda ocasión deberá repetir y aclarar las preguntas mal interpretadas (2).

Tabla 5. Sugerencias en la formulación de preguntas Fuente (1)

SUGERENCIAS	
Ser sencillas	Breves y comprensibles
Ser válidas	Los indicadores informen sobre lo que se requiere explorar
Ser claras	Planteadas de tal forma que el entrevistado las entienda de la misma manera
Ser concisas	Referirse a un solo tema
Suposiciones	No contener suposiciones: de ser así, el entrevistador no puede dar pie a malos entendidos.
Lenguaje según el paciente	Adecuarse a la percepción, conocimiento y horizonte de previsión del entrevistado
No ser cerradas	Evitar enunciarlas de forma sugerente para la respuesta
Nota: Aun cuando las preguntas estén en un cuestionario escrito, deben ser formuladas en la forma de lenguaje oral y no escrito	

Tabla 6. Tipos de preguntas Fuente (1)

TIPOS DE PREGUNTAS			
Preguntas abiertas	Preguntas cerradas	Preguntas de respuesta voluntaria	Preguntas con respuestas implícitas
Refleja el interés del entrevistador por explorar un tema en específico, se emplean para generar respuestas amplias. No utilizarlas en sujetos negativistas o con quienes no se ha logrado buena empatía.	Sólo pueden responderse con una sola palabra. Se utiliza cuando se quiere centrar el paciente circunstancial, cuando se requiere información completa y en pacientes confundidos.	Dejan la opción para que el paciente decida dar una respuesta breve o amplia. Permite al paciente tomar decisiones. No con sujetos negativistas o con quienes no se ha logrado buena empatía.	Aquellas en las que se sugiere la respuesta. En general se desaconsejan, excepto cuando se sospecha que un paciente está simulando un cuadro psicótico
<i>¿Qué piensa acerca de lo que está sucediendo?, ¿Qué planes tiene para el futuro?</i>	<i>¿Cuántos hijos tiene? ¿Qué medicación está tomando? ¿Duerme bien?</i>	<i>¿Qué es lo que lo trae a consulta?, ¿Qué es lo que siente cuando le da un ataque?</i>	<i>¿Las voces dentro de su cabeza lo atormentan a toda hora?</i>

9. TIPOS DE ENTREVISTAS

Tabla 7. Tipos de entrevista. Fuente (1)

TIPOS DE ENTREVISTA		
ESTRUCTURADA O ENFOCADA	SEMIESTRUCTURADA	NO ESTRUCTURADA
Las preguntas se fijan de antemano, determinado orden, conjunto de categorías u opciones donde el sujeto elije. Facilita la sistematización y clasificación, sin embargo no posee flexibilidad ni profundidad de análisis.	Grado mayor de flexibilidad, parten de preguntas planeadas que se pueden ajustar al entrevistado. <i>ES LA MÁS RECOMENDADA</i>	Son más informales, más flexibles y se planean de manera tal que pueden adaptarse al entrevistado y sus condiciones. Se tiene la libertad de ir más allá de las preguntas y desviarse del plan original.

Actualmente el modelo de entrevista más empleada es estructurado, no obstante, la evidencia ha demostrado que la entrevista semiestructurada tiene resultados mucho mejores, pues ha mostrado una mejor identificación de signos y síntomas, al tiempo que la hace más humana (17).

10. OTROS TIPOS DE ENTREVISTA

10.1 Entrevista motivacional

La entrevista motivacional se ha descrito como una intervención directiva, con un estilo centrado en el paciente, para suscitar el cambio de comportamiento, al ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia que le genera su problema. Se implementan estrategias y técnicas, que se utilizan para estudiar los valores de la persona, sus objetivos y su relación con un problema de adicción, y promover la motivación para el cambio proveniente del paciente. Es un método de confrontación destinado a surgir dentro del paciente, esto aumenta la probabilidad del cambio y promover otras condiciones que lo van a soportar (3).

10.2 Entrevista de devolución

Cuando se termina el proceso de diagnóstico en jóvenes, cerramos este proceso con la entrevista de cierre o devolución. Siempre debe realizarse con el fin de no incrementar en los padres la fantasía de enfermedad grave, incurable e irreparable. Además de realizar un diagnóstico, se debe elaborar una hipótesis explicativa y una indicación terapéutica, que se transmitirá a los padres y al niño (18).

11. CARACTERÍSTICAS DE ENTREVISTA POR ETAPAS

11.1 Entrevista con los padres o cuidadores del paciente

El encuentro con los cuidadores primarios del paciente puede ocurrir al principio de la evaluación o durante ésta, sus principales objetivos son (8):

- Obtener el motivo de consulta y conocer por quién están siendo derivados.
- Cuáles son las expectativas que tienen los padres respecto al motivo de consulta y a la intervención profesional.
- Recopilar datos e información de la problemática actual del paciente y la evolución de su sintomatología.
- Conocer el impacto que la situación del paciente ha tenido en el funcionamiento del grupo familiar y en sus miembros, incluidos los padres.
- Obtener información cronológica y actualizada del desarrollo evolutivo del paciente.
- Identificar a través de los padres los factores del entorno del paciente: socioculturales, familiares, escolares, estilos de crianza u otras variables, y cómo estos influyen en el estado de salud mental del paciente.
- Observar la dinámica de relación entre los padres y paciente.

Se debe considerar la situación socioeconómica actual de la familia y condiciones que puedan ser fuente de estrés emocional para el paciente y/o la familia (8).

El entrevistador puede preguntarles a los padres respecto a las causas que ellos creen que pueden influir en el problema que los aqueja. Cuando los padres son divorciados o se encuentren separados pueden ser recibidos en distintos momentos, a menos que ellos soliciten una entrevista conjunta. Es conveniente observar el grado de acuerdo y tolerancia (8).

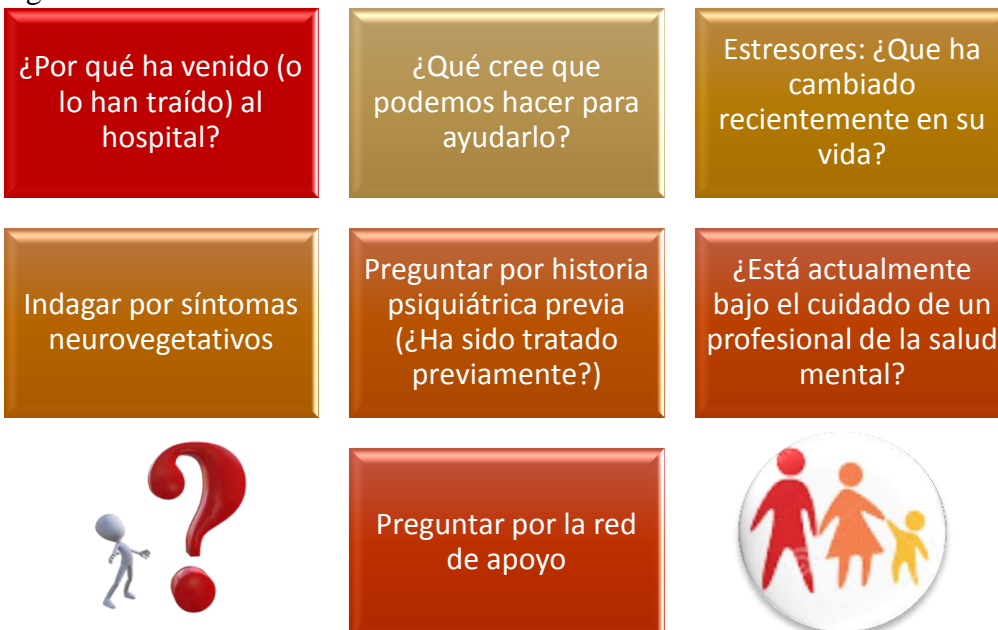
11.2 Entrevista familiar

Se puede optar por la entrevista familiar si el evaluador está interesado en conocer el modo de funcionamiento de la familia y el rol que ocupa el paciente en ésta. Se deben observar los patrones de interacción y los intercambios comunicacionales entre sus miembros, cómo los padres responden a las necesidades de los hijos y viceversa (8).

12. FORMATOS DE ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

CONSIDERACIONES EN EL ABORDAJE PARA LOS DIFERENTES PACIENTES (19):






→ **SUICIDA:** Es una causa muy común en el servicio de psiquiatría, se debe establecer una relación de manera rápida, aunque el intento suicida es un tema tentativo para iniciar la conversación no es prudente pues el paciente tiene un entorno que lo motiva y es lo primero que se debe indagar, si la persona realmente tiene una motivación suicida no la manifestará inicialmente, si el paciente no tenía planeado suicidarse manifestará la razón inicialmente. Ocasionalmente es difícil identificar la persona que miente de manera que lo mejor será conocer las circunstancias y a la persona de manera integral antes de abordar dicho tema (11). Se preguntará:



Gráfica 11. Sugerencias de preguntas Fuente (18)

Hay que tomar la situación como una reacción normal al iniciar la exploración de este tema “En su lugar mucha gente hubiera hecho lo mismo”. Además, el psiquiatra ha de preguntar indirectamente acerca del suicidio (11).

Tabla 8. Evaluación en paciente suicida Fuente (11)

	<p>Ideación suicida</p>	<p>¿Qué frecuencia tienen dichos pensamientos? ¿Hace cuánto se presentan? ¿Han cambiado en intensidad o frecuencia?</p>
	<p>Planeación suicida</p>	<p>¿Ha tenido un plan para acabar con su vida? ¿Es posible llevarlo a cabo? ¿Es letal? ¿Sería posible rescatarlo en el caso que se realizará?</p>
	<p>Intento suicida</p>	<p>¿Quiere morir? ¿Cree que es inevitable que se suicidará? ¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha tenido familiares o amigos que fueran partícipes de dicho intento?</p>
	<p>Ensayos previos</p>	<p>¿Los intentos tienen un significado letal? ¿Ha practicado un intento suicida?</p>
	<p>Factores protectores</p>	<p>Se puede preguntar que lo ha mantenido con vida hasta el momento.</p>

Para la evaluación de dichos componentes, se debe tener en consideración la cronicidad del riesgo, esto permite identificar: Factores de riesgo estático (sexo masculino, edad, raza...),

factores de riesgo dinámico (enfermedad mental no tratada, confusión emocional, suicidio expresado y acceso a armas letales), signos de alarma: Estos se dividen en dos grupos: aquellos que indican desesperación, rabia, enfado, aturdimiento, ansiedad, agitación, alteraciones del sueño, cambios dramáticos en el estado de ánimo y ausencia de razones para vivir y los signos de riesgo inminente: amenazas directas de daño autoinfligido, búsqueda de maneras de suicidio, escribir o hablar con respecto a la muerte (20).

La clave del manejo de estos pacientes radica en incorporar toda información recopilada y generar un plan completo basado en ello. Este debe minimizar al máximo signos de alarma y factores dinámicos y dar más fuerza a los factores protectores (20).

→ **DEPRESIVO:** La depresión es un cortejo de manifestaciones a nivel comportamental cognoscitivo, afectivo y vegetativo que se presenta como respuesta ante una pérdida real o imaginaria, y que tiene funciones adaptativas; se pueden distinguir dos fases dentro de la respuesta depresiva (20):

1. *Activación o protesta violenta:* Caracterizada por una búsqueda y llamado del objeto perdido.
2. *Etapa de inhibición:* En la cual el organismo deprimido reduce su actividad buscando economizar energía.

Durante la entrevista el paciente deprimido puede expresar sentimientos de tristeza o preocupación que pueden despertar además deseos de ayuda, socorro o protección y despertar en él y en el entrevistador tristeza, interés, importancia y deseo de ayuda, por esto se debe evaluar de forma inmediata su estado anímico. Debe alentarse la expresión de los contenidos depresivos,

máxime si el paciente trata de negar o reprimir su tristeza por percibir como algo censurable o como indicador de debilidad (11).

Es importante saber y no pasar por alto que no todos los cuadros depresivos se manifiestan a través de tristeza, existe un porcentaje importante de casos (30%) en el cual se presenta a través de síntomas como anhedonia, irritabilidad o múltiples quejas somáticas, pero sin que sea claramente evidenciable la tristeza típica (11).

Existe un caso particular de depresión en la cual, en lugar de existir una inhibición retardo comportamental, se presenta un incremento de la actividad motora (depresión-agitada). Tales pacientes presentan un riesgo alto de conducta agresiva, razón por la cual deben utilizarse las estrategias referidas en relación con el paciente psicótico agitado (11).

→ **SIMULADOR:** En este caso especialmente, los síntomas descritos por el paciente no son reales, son producidos intencionalmente, con el fin de ya no recobrar un estado de bienestar, sino de obtener alguna ganancia secundaria; por tal razón la relación médico-paciente se rompe siendo una relación basada en la mentira para lograr cierto beneficio por parte del paciente (11).

Un paciente simulador produce una marcada sensación de rechazo en el médico, ya que los hacen sentir engañados, irrespetados y cuestionados en el ejercicio de su profesión; una vez que se sospeche que se está ante una situación de simulación, se deben agotar todos los recursos para aclarar el diagnóstico, de lo contrario esto puede afectar el curso de la relación médico-paciente ocasionando actitudes negativas no intencionales contra el simulador (11).

Ante un paciente simulador, la producción intencional de síntomas se debe sospechar cuando:

→ Existe alguna relación con situaciones que pueden ser manejadas a través de la mentira como puede ocurrir en problemas legales o en la justificación de la ausencia al trabajo(11).

→ Antecedentes de conductas antisociales o una estructura de personalidad que pueda alertar esta posibilidad (11).

→ Cuadro clínico atípico, inconcordancia entre el reporte del paciente y los hallazgos, y la no cooperación del paciente para realizar el diagnóstico o en la mala adherencia al tratamiento (11).

En la entrevista se debe tener en cuenta, que se está enfrentando ante un paciente que procura mostrar una idea falsa de lo que para él es lo anormal. Para el diagnóstico se recomiendan el uso de preguntas sugeridas, es decir: se buscan respuestas que, de ser positivas resultan siendo absurdas y ajenas al cuadro clínico que proyecta el paciente; también resulta útil realizar preguntas obvias, (ejemplo: ¿es de día o de noche?), los pacientes simuladores pueden tener la percepción de que el enfermo mental ha de contestarlas erróneamente, situación que es falsa, por lo que es un indicador que el paciente está simulando (11).

Es importante aclarar que el diagnóstico de simulación no siempre se hace en la primera entrevista, siendo importante realizar un seguimiento y evolución del cuadro clínico (11).

→ **PSICÓTICO:** Los síntomas psicóticos pueden ser divididos en aquellos que alteran (11):

- *El contenido del pensamiento:* Ilusiones, bloqueo de pensamiento, anomalías en la percepción como alucinaciones, todo ello dificulta que el paciente pueda expresar adecuadamente que va mal en su vida, tienen problemas para relatar sus miedos y creencias (11).
- A menudo el paciente aterrorizado y confuso por lo que está experimentando y no cree que el psiquiatra pueda ayudarlo; de manera que este debe ser muy empático para establecer una alianza terapéutica adecuada. el psiquiatra debe prestar mucha atención a la

respuesta emocional del paciente, la cual sirve como vehículo para ampliar la comunicación. Para este fin se recomienda plantear únicamente preguntas abiertas (11).

- *El flujo o la forma del pensamiento:* la entrevista con ellos es difícil por la constante pérdida de asociación o las ideas incompletas. En estos pacientes es muy importante indagar por interacción previa con profesionales de la salud mental (11).
- *Ilusiones:* Es importante cerciorarse de que lo que el paciente está manifestando es lo que realmente creé, no obstante, no es prudente demostrar al paciente que no se cree en lo que está diciendo; para dicho fin lo mejor será recopilar suficiente evidencia que soporte su creencia y verificar la ansiedad y frustración que siente el paciente al no poder demostrar a los demás lo que siente (11).
- *Paranoia:* La intervención del paciente paranoico es un reto en psiquiatría, es un paciente muy desconfiado, puede cargar consigo elementos con los cuales hacer daño. Es importante siempre hablarle con la verdad, asegurarse que no tiene la posibilidad de salir si lo desea hasta tanto no termine la consulta. también es importante dejar de lado todo tipo de humor, pues el paciente puede sentir que se ríen de él. El psiquiatra debe estar de acuerdo con lo que el paciente manifieste y no refutarlo, uno de los objetivos es lograr un funcionamiento seguro (11).
- *Alucinaciones:* Lo que el paciente siente es tan real como la persona que lo está examinando, por lo tanto, los intentos para que este los deje de lado en la mayoría de casos son inoficiosos (11). En este caso se recomienda indagar por:
 - ¿Cuántas voces escucha?
 - ¿Qué le dicen?
 - ¿Qué me puede decir acerca de ellas?
 - ¿Le recuerdan a alguien conocido?

- ¿Están hablando con usted ahora?
 - ¿Qué tan difícil es para usted prestarme atención cuando le hablan?
- *Desorden formal de pensamiento:* El paciente procura expresarse, pero lo hace de una manera que el psiquiatra no puede seguir, esta incapacidad de seguir la conversación el paciente la puede interpretar como humillante o culpante. Por lo tanto, el psiquiatra debe buscar preguntas abiertas que le ayuden a comprender, de manera empática, el contexto de lo que el paciente pretende expresar (11).

→ **ANSIOSO:** En la entrevista con este tipo de sujetos resultara positivo tener en cuenta aspectos como el establecimiento de una alianza terapéutica sólida que comienza en la misma recepción del paciente durante la cual la actitud cortés más sencilla suele constituir la mejor manera de establecer el primer contacto. Este proceder generalmente reduce la ansiedad del paciente y el médico a niveles que faciliten el desarrollo de las fases siguientes de la entrevista (11).

En estos primeros momentos es preferible que el médico asuma de manera franca y directa el rol que va a desempeñar, sin embargo, es importante no suponer que se comprende a cabalidad la situación del paciente sino por el contrario, estar dispuesto a escuchar atentamente, observando y analizando con detenimiento la conducta y las verbalizaciones del entrevistado (11).

El paciente ansioso que se muestra inhibido será mejor abordado con el empleo de preguntas cerradas fáciles de responder propuestas e insinuaciones sobre los temas a tratar, haciendo énfasis en los aspectos del paralinguaje ya mencionados. los temas álgidos generadores de mayor ansiedad, deberán manejarse con la prudencia debida y en general con propuestas e insinuaciones que le permitan decidir libremente el tratarlas o no (11).

Frente a este tipo de pacientes es frecuente que el entrevistador experimente de igual manera un monto de ansiedad que puede reflejarse en un deseo de hablar más de lo conveniente, al igual que en una exageración de los movimientos corporales tanto de su frecuencia como de su velocidad. Reconocer estas circunstancias le permitirá al médico asumir de manera consciente el control de su paralenguaje y de su plástica corporal (reducir la cantidad de movimientos y ejecutarlos de modo pausado y sereno) (11).

De igual manera frente a este tipo de pacientes resulta más que indicado el empleo de refuerzos verbales y paraverbales teniendo en cuenta no hacerlo de modo prematuro en la entrevista para no correr el riesgo de minimizar la gravedad con que percibe el paciente sus dificultades (11).

En esta entrevista, el manejo del Silencio reviste particular importancia, además de ser valioso como elemento con significado que aportará información sobre el sujeto, permitir el silencio durante el llanto del paciente le comunicará respeto y comprensión por parte del entrevistador, prolongarlo demasiado en algunos casos incrementará la ansiedad del sujeto y su percepción de mayor desamparo y desconfianza en la ayuda que puede recibir del médico (11).

→ **TRASTORNO MENTAL ORGÁNICO:** Es un amplio, variado y complejo de desórdenes psicológicos y conductuales que se originan por alteración de una estructura y/o función del tejido cerebral. Se distinguen dos categorías de síntomas, los síntomas básicos o propios del trastorno (las alteraciones del estado de la conciencia, las alteraciones cognoscitivas y las alteraciones de la afectividad) y Síntomas de tipo neurótico (22).

CASOS:

1. **Delirium o Estado Confusional Agudo:** Se da por una alteración del estado de conciencia (reducción en la capacidad de captar y responder al medio externo). Según sea

la etiología, el nivel de conciencia fluctúa al igual que la atención; otros hallazgos frecuentes son la desorientación, alucinaciones y la conducta aprehensiva con hiperactividad motora y neurovegetativa, aunque bien algunos pueden mostrarse tranquilos. **No olvidar que esta es una urgencia médica** (21).

Al estar el paciente en estado de **agitación** se debe tener las precauciones de seguridad, una vez se garanticen, se realizará una entrevista breve y ágil, que permita evaluar el estado mental y la presencia de signos físicos y/o neurológicos que permitan identificar la etiología del estado. Esta entrevista se orientará a evaluar el estado actual y conocer antecedentes más útiles (11).

Se debe tener en cuenta que estos pacientes generalmente están en el servicio de hospitalización o unidad de cuidados intensivos, en caso de no estar en un cuarto con la suficiente privacidad se tratará de aislarlo de los otros enfermos y en lo posible de elementos potencialmente riesgosos. En estos casos las preguntas de respuestas voluntarias pueden ser provechosas para dar comienzo a la entrevista (11).

Todo esto le permitirá al enfermo una mejor percepción de lo que está comunicando, es decir, que se le escucha. En caso de que la comunicación verbal del paciente sea prolija, tangencial y confusa, no se debe dudar en guiarlo (11).

- 2. T.M.O. crónico o Demencia:** Generalmente el paciente se muestra con desinterés por el entorno, con embotamiento intelectual y afectivo, con pérdida de la capacidad de prever y planificar, la desmotivación social y serios compromisos de la memoria. Algunos tienen tendencia a la perseverancia y al pensamiento concreto y ligado a estímulos (11).

En este tipo de entrevistas se requiere que el médico, ponga en prueba su mayor capacidad de comprensión empática y la mejor motivación frente a un enfermo que genera pocas respuestas. Dado que hay compromiso del nivel cognoscitivo, el médico deberá esforzarse para que su expresión verbal sea clara y sencilla. Se recomienda que el médico emplee preguntas cerradas que faciliten al paciente responder de manera concreta. No es conveniente prolongar su duración por más de **media hora** (11).



13. REFERENCIAS

1. Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. La entrevista, recurso flexible y dinámico. 2013;2(7):162-167. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Paltex para técnicos medios y Aux [Internet]. 1983;(1):100. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-12585>
3. Buedo PE, Silberman P. Análisis contextual-relacional del sujeto: Herramienta para la entrevista psiquiátrica. Interdisciplinaria. 2016;33(2):251–65.
4. Cabal C, Marcela A. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635408> . 2006
5. Molina Martín JD, Vega González LS, Sanz Correcher P. Diagnóstico psiquiátrico. Med [Internet]. 2019;12(85):4967–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.09.001>
6. Arana IG, Lapidó AM, Pérez EAR, Liria AF. Enfermedad psiquiátrica. Med [Internet]. 2015;11(85):5055–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.08.001>
7. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investig en Educ Médica. 2013;2(7):162–7.
8. Pacheco Pacheco BE, Riquelme Laso MS. Cómo realizar una evaluación psiquiátrica integral en niños y adolescentes. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas. 2017;42(2):55–66.

9. Castillo Ramirez S. Importancia de la psiquiatria forense en el proceso penal [Internet]. Scielo.sa.cr.1999. Available from: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151999000200005
10. De Arce Cordn R. Semiología psiquiátrica. Entrevista y examen psiquiatrico. Síndromes psiquiátricos. Med - Programa Form M?dica Contin Acreditado [Internet]. 2007;9(84):5396–407. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-3449\(07\)74668-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74668-4)
11. Sanchez Pedraza R, Alfonso Lopez P. Entrevista y semiología psiquiátricas. Santafé de Bogotá, D.C: Fundación Educativa paramédica; 1993.
12. Marietán H, Existencia RM, Gredos E. Alcmeon 6 -Características generales de la entrevista psiquiátrica. 2020;1–11. Available from: https://www.alcmeon.com.ar/2/6/a06_01.htm
13. Cuñat VA. Entrevista clínica. Semer - Med Fam. 2000;26(6):297–8
14. Scheiber SC. La entrevista psiquiátrica, la anamnesis y el examen del estado mental. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/50627637/EXAMEN_MENTAL__ANAMNESIS_ENTREVISTA_SCHEIBER.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521606803&Signature=GmrbjntBUEuvvNLRH%2BHfrz0zFOk%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DC
15. Chica-urzola HL, Escobar-córdoba F, Folino JÓ. La entrevista psiquiátrica del sujeto simulador. Rev Colomb Psiquiatr. 2005;XXXIV(1):60–72.
16. Palao D. La entrevista clínica psiquiátrica. Corporació Sanitària i Univ Parc Taulí Sabadell [Internet]. 2009;1(1):1–11. Available from: <http://www.academia.cat/files/425-7295-DOCUMENT/entrevistaclinicapsiquiatricaintroduccinDP.pdf>

17. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: Validity, structure, and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(4):353–64.
18. López-Santín JM, Álvaro Serón P, Molins Gálvez F. Cambios formales en la entrevista psiquiátrica: ¿qué hay de fondo? *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2015;35(126):277–87.
19. Ferrando L, Bobes J, Gibert J. Mini international neuropsychiatric interview (MINI). *Inst IAP – Madrid – España M*. 2000;0:1–26.
20. Ministerio de Salud y protección social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnósticos y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. 2017;(60):46. Available from:
http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_CSuicida/GPC_C_Suicida_Profesionales.pdf
21. Cáceres A, Alba J. Manual de Psiquiatría [Internet]. Biblioteca central-Pedro Zulen. 2020 [cited 31 May 2020]. Available from:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-10.htm).