



# **Curso Entrevista Psicológica**

## Contenido

### Introducción

1. Definición del concepto de entrevista psicológica y características de esta
2. Tipos de entrevistas psicológicas
3. Etapas en la entrevista psicológica
4. Características de un buen entrevistador
5. Estrategias en el modo de hacer preguntas durante la entrevista psicológica
6. Consideraciones generales en casos de consultas con niños y adolescentes
7. Recomendaciones a modo de síntesis

### Bibliografía

## Introducción

La psicología clínica posee varios modelos psicoterapéuticos que pretenden, algunos con más probabilidad que otros, contribuir al logro de un mayor nivel de adaptación, así como el incrementar la capacidad de las personas de encontrar satisfacción en sus vidas. A pesar de que cada escuela psicológica parte de premisas distintas, todas comparten en común la necesidad del conocimiento y reconocimiento de la persona que atienden en consulta. El procedimiento más ampliamente utilizado, y de ahí su relevancia, por todas las psicoterapias para conocer al paciente es la entrevista psicológica.

La entrevista psicológica, sin lugar a duda, es la técnica o herramienta para adentrarse en el conocimiento de los motivos y la necesidad de porqué alguien busca ayuda psicológica. Cuando se realiza de manera correcta la entrevista psicológica el profesional de la salud mental puede contar una serie de datos e informaciones bastante útiles que, entre otras cosas, prometen el adecuado diagnóstico, pero, además, conseguir la apertura y buena disposición del paciente.

En esta primera socialización que permite la entrevista psicológica queda sellado, por decirlo de algún modo, el acuerdo tácito entre terapeuta y paciente. Si esta se realiza de manera asertiva, si se logra empatizar y ganar la confianza del paciente, la probabilidad de continuación del proceso estará prácticamente garantizada. Este material, precisamente, pretende enseñar a todos los que se inician en el campo de la psicoterapia recursos que en la práctica le ayude a lograr mejor uso de este instrumento indispensable en la consulta. Para ello, se realiza una definición amplia de lo que es la entrevista psicológica, sus características principales, así como los tipos y variantes existen. Se agrega, además, las adecuadas peculiaridades que distinguen a un buen entrevistador, el mejor modo de elaborar el abordaje o las preguntas, entre otros elementos que resultan complementarios para el desarrollo de las habilidades del entrevistador.

Esperamos, pues, que todos puedan aprovechar el contenido del material y sin dilación ponerlo en práctica, ya que este es el principal objetivo que persigue este curso.

## **La Entrevista Psicológica**

### **1. Definición del Concepto y Características**

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

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

El concepto de entrevista tiene muchas definiciones. Algunas de las más sugerente son la de Sullivan (1954) y la de Pope (1979). Dichos autores recogen los siguientes aspectos: la entrevista es una conversación y/o relación interpersonal entre dos o más personas, con unos objetivos determinados, en la que alguien solicita ayuda y otro la ofrece, lo que configura una diferencia explícita de roles en los intervinientes. Estos roles marcan una relación asimétrica (o sea, desigual), puesto que uno es el experto -el profesional- y otro es el que necesita de su ayuda.

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

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

Los aspectos antes citados, desde luego, no agotan la definición conceptual de entrevista, pero marcan algunas de las características específicas de la misma. Varios autores (Acevedo y López, 1986 y Berger, 1987) exponen algunos de esos aspectos. Veamos:

- a) La conversación que se mantiene
- b) Los elementos del lenguaje verbal y no verbal
- c) El contenido de la propia entrevista
- d) El establecimiento de una relación interpersonal
- e) Los objetivos específicos
- f) La configuración asimétrica de roles
- g) La petición de ayuda y la respuesta a esta solicitud

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

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

## 2. Tipos de entrevistas

La entrevista no es una técnica unívoca que pueda ser aprendida y aplicada independientemente del nivel de estructuración, de los objetivos que se persiguen, del contexto en el que se realiza, etc. Existen diferentes tipos de entrevista en función de las variables que la configuran, siendo las modalidades de entrevista más vinculadas al proceso de evaluación psicológica las siguientes (Álvarez, 1984; Martorell y González, 1997):

### 2.1 Por el grado de estructuración

Estructurada: El entrevistador se ajusta a un guion establecido y generalmente estandarizado a la hora de formular las preguntas. Dentro de las entrevistas estructuradas existen tres modalidades importantes:

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

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

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

## 2.2. Por la finalidad

- Entrevista diagnóstica: La o las entrevistas orientadas a establecer un diagnóstico posterior sobre un paciente ante un problema que se consulta. Suele ir posteriormente acompañada de otros instrumentos de evaluación que permiten contrastar lo recogido en la entrevista. Suele integrarse dentro de un proceso de evaluación, y se considera una técnica más, si bien importante y una de las primeras que abre el campo de investigación
- Entrevista consultiva: Se trata de una entrevista en la que el objetivo prioritario es dar respuesta a una pregunta en relación con un tema específico. Suele tener un objetivo focal, con una finalidad muy concreta, en la que el o los entrevistados no van a proseguir con un trabajo clínico posterior.
- Entrevista de orientación vocacional. Su objetivo consiste en orientar qué estudios elegir y/o qué ámbito profesional es el más idóneo para un sujeto atendiendo a sus capacidades, intereses, valores, etc., sin desestimar a su vez al contexto social en el que se sitúa el sujeto.
- Las entrevistas terapéuticas y de consejo tienen por finalidad operar un cambio en una dirección acordado por ambos, entrevistador y entrevistado. Tienen por consiguiente unos objetivos definidos, una temática ya planteada y unas estrategias de trabajo terapéutico.

### **3. Etapas de la entrevista**

La entrevista inicial tiene una secuencia temporal y está a la vez encuadrada en un contexto más amplio que es el propio proceso de evaluación (Giordano, 1997; Peterman y Müller, 2001). Esta secuencia o proceso tiene sus fases que pueden ser bien delimitadas.

#### **3.1. Pre-Entrevista**

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

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

En la pre-entrevista se recoge información sobre:

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

### 3.2. Primera Fase de la entrevista

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

- Contacto físico
- Saludos sociales
- Tentativas de conocimiento mutuo

La primera fase se denominada de mutuo conocimiento, ya que es el momento que toman contacto por primera las personas integrantes, y necesitan de un tiempo para situarse ante la otra persona que tienen como interlocutora. En esta primera fase suceden los saludos y presentaciones. No hay una manera ideal de abordar a un paciente. Hay quien extiende la mano y saluda mientras dice su nombre, y hay quien saluda y se presenta sin dar lugar al contacto físico. En toda la presentación hay formas abiertas y expansivas, mientras que hay otras más restringidas a lo puramente formal.

Son importantes las fórmulas de cortesía y la expresión verbal en las primeras intervenciones del psicólogo porque serán definitorias del tipo de relación que se establece. El clima de confianza va a ser determinante y va a condicionar el proceso de entrevista.

Se abre la entrevista clarificando los objetivos de esta, el tiempo que vamos a invertir y el conocimiento que tenemos de su demanda. Puede decirse una frase del estilo de: “Vd. solicitó una entrevista porque”, o bien “sé que Vd. llamó preocupado porque... puede indicarme qué es lo que desea/ necesita/ preocupa”. Si el paciente no prosigue la frase o no inicia la conversación sobre sus problemas se le puede aclarar cuál es el modo de trabajo que se va a seguir: “Vamos a tener un tiempo (suele precisarse cuanto más o menos) para hablar de lo que a Vd. le preocupa. Si lo desea puede contarme en el orden y en el modo que a Vd. le resulte más fácil aquello por lo que ha venido. Yo intervendré cuando lo considere necesario e iré tomando algunas notas (si se va a hacer) para mi trabajo posterior”.

### **3.3. Segunda fase de la entrevista. Identificar el problema**

La segunda fase se conoce como la fase de exploración. Podríamos decir que es el cuerpo de la entrevista en el que el consultante explica su demanda, formula un problema y solicita una ayuda. En esta fase, como veremos posteriormente, el psicólogo trata de escuchar, observar y preguntar adecuadamente para ir elaborando hipótesis, que debe ir confirmando o rechazando, a fin de dar posteriormente respuesta a la demanda del consultante.

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

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

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

Antes de pasar a la fase final, conviene que el psicólogo haga una síntesis de los problemas planteados y se los formule de forma breve al paciente a fin de obtener un feed-back comprensivo. Las frases como: “si he entendido bien, lo que en definitiva a Vd. le preocupa es”, “me gustaría saber, tras lo que hemos hablado, si su principal preocupación en este momento es...”, “quizá, como síntesis, podemos decir que Vd. está sufriendo especialmente por ..., ¿he entendido bien”? Frases de este estilo, acuerdan un foco de trabajo en común consensuado por ambos, clarifica la consulta y es el punto de partida para proseguir el trabajo clínico posterior.

### **3.4. Tercera fase de la entrevista. La despedida**

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

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

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

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

### **3.5. Post- Entrevista**

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

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

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

Escuchar la exposición que hace el paciente de sus problemas propicia conocer cómo percibe el sujeto dicho problema y las emociones vinculadas al mismo. Cada persona se hace una historia más o menos lógica de su sufrimiento y malestar, es decir, intenta analizar cómo ocurrió y por qué, quién o quiénes son responsables de lo que le ocurre, etc. Es relevante conocer cómo vive el sujeto este problema, qué importancia le da, qué sentimientos y emociones conlleva, etc. Siempre el sufrimiento tiene una gran carga subjetiva y afectiva, y de ahí se ha de partir para trabajar con el entrevistado.

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

Evidentemente un problema no surge de repente, sino hay algún acontecimiento previo o situación persistente con la que se asocia el problema. Por ello, el entrevistador debe formular cuestiones sobre los Antecedentes de su/s problema/s tanto en el momento de su aparición como

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

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

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

Antes de que un sujeto acuda a consulta intenta solucionar su problema utilizando los recursos que conoce o que otras personas le han recomendado. Las tentativas de solución que el paciente ha implementado hasta el momento y los resultados obtenidos de las mismas debe ser objeto de exploración en la entrevista inicial. Existe experiencia de que incluso algunos pacientes han acudido previamente a un profesional a fin de poner fin a su malestar. Cuando estas tentativas no han dado resultado o no se ha resuelto

el problema de acuerdo con las expectativas del paciente, éstos suelen consultar de nuevo con otro profesional. El análisis de las propuestas de solución y los fracasos previos en la resolución de los problemas son indicadores diagnósticos y pronósticos importantes.

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

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

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

## **4. Características de un buen entrevistador**

Un buen entrevistador debe reunir tres características básicas:

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

### **4.1. Actitudes fundamentales del entrevistador**

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

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

#### **Empatía**

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

Podríamos considerar que este tipo de actitud en el psicólogo es lo que Bleger

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

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

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

compasión. Para Rogers, Arranz y Cancio, Cormier y Cormier, entre otros, la empatía favorece el establecimiento del rapport, da confianza al entrevistado y propicia una interacción relacional genuina y única (Fernández Liporace, 1997).

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

## **Calidez**

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

Es una cualidad imprescindible en un entrevistador ya que capacita para

desempeñar con seguridad el rol profesional que ejerce. La persona asertiva sabe enfrentar los conflictos, mantener la serenidad ante ellos y crear las condiciones óptimas para solventarlo. Es capaz de mantener su opinión y autoafirmarse en sus criterios, a pesar de la no aceptación o incluso oposición del paciente. El exceso de timidez e inseguridad no facilita la resolución de los problemas del paciente e incapacita para ejercer adecuadamente el rol profesional.

## **Competencia**

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

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

## **Honestidad y ética profesional.**

Se trata, como es obvio, de que el psicólogo trabaje siendo coherente con sus

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

#### **4.2. Habilidad de escucha**

Asociadas a las actitudes precedentes están las habilidades de escucha. Conviene recordar que hay habilidades de escucha que favorecen el desarrollo de la entrevista y que no son propiamente una conducta verbal, como, por ejemplo, el contacto visual que supone una actitud de acogida, de mirar para acercar y acoger, no para incomodar; la distancia entre ambos interlocutores que debe reunir las características de cercanía, pero sin invadir el espacio personal y la sensación de privacidad; los gestos y expresiones que confirmarían la frase implícita de “estoy con Vd.”, “puede continuar con tranquilidad”, “siga por favor...”; y el clima cálido y sosegado que sugiere al otro que estamos para ayudarlo, que puede tomarse su tiempo, que se le acepta como es, etc.

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

##### **Dejar hablar**

Es evidente que para saber qué le ocurre al paciente es más importante escuchar que hablar. También es evidente que no podemos escuchar mientras hablamos, y sin embargo es un error muy frecuente abusar del uso de la palabra. Según Colombero (1987), la habilidad de escucha implica dos

actitudes fundamentales

### **Escucha activa**

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

### **Baja reactividad verbal**

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

### **Silencios instrumentales**

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

## **5. Estrategias en el modo de hacer preguntas durante la entrevista**

- A) Preguntas abiertas. Es conveniente formular preguntas abiertas para explorar el campo del paciente. Esas preguntas permiten que, al menos inicialmente, el entrevistado se exprese con sus propias palabras, a su ritmo, y en el orden que a él le resulte más cómodo. Por ello, no se aconseja iniciar la entrevista con preguntas muy cerradas que se contestan con un monosílabo. La información inducida es en principio menos fiable, y cierra la posibilidad de explorar otras áreas importantes. Suele hacerse cuando se ha elaborado una hipótesis y se quiere confirmar, pero si la hipótesis ha sido demasiado precozmente concebida tenderá a dirigir al paciente a un tipo de información inducido por el examinador, soslayando otras áreas importantes de exploración.
  
- B) Preguntas cerradas. Son preguntas que suelen ser contestadas con un monosílabo. Se formulan para confirmar una información, concretar un aspecto del problema o para obtener un dato específico. En estos casos las preguntas cerradas o muy concretas son de gran utilidad. Conveniente también realizarlas para establecer las causas de los hechos o para intentar delimitar un diagnóstico. Sin embargo, acotan la información y estrechan el foco de investigación.
  
- C) Devolver la pregunta. Devolver la pregunta al entrevistado formulada de otro modo, ilícita que éste siga hablando, le devuelve que él mismo puede encontrar la respuesta a lo que pregunta y que se confía en él como persona capaz de indagar en lo que le ocurre.
  
- D) Preguntas facilitadoras. Se trata de preguntas que no crean ambigüedad, que facilitan una respuesta en una dirección, por ejemplo, “Qué hace cuando se pone nervioso”. Hay que evitar las preguntas que llevan a confundir, por ejemplo, ¿“cuando se pone nervioso habla con su mujer o se va a ver la televisión...?” Es posible que el paciente haga ambas cosas, o ninguna, o que dependa de la situación. Por ello las preguntas facilitadoras permiten hablar sobre el tema desde él mismo y sin sentirse mal, o bien contestar directamente a una pregunta.

- E) Preguntas clarificadoras. De ha denominado también técnica de sondeo. Se trata de preguntar con gestos o con palabras cómo entiende el paciente, en concreto, aquello de lo que está hablando: ¿qué quiere decir para Vd....?; ¿me podría explicar algo más ...? Es una forma neutra de solicitar información que demuestra interés y no prejuzga.
- F) Preguntas con encabezamiento. Hay otro estilo de preguntas que se denominan “con encabezado” y del que surgen varias posibilidades, por ejemplo: “cuando Vds. están en casa con su hija, ¿también llora con facilidad?, o bien ¿suele presentar el mismo tipo de conductas que en la escuela?, etc.
- G) Preguntas guiadas. Otras preguntas son guiadas y tienen la misma finalidad, ya que la pregunta lleva implícita una respuesta monosilábica, como, por ejemplo, ¿han pensado que quizá su hijo dedica escaso tiempo al estudio? También les llaman preguntas con respuesta inducida.
- H) Preguntas de confrontación. En este caso además de ser inductivas y guiadas confrontan al paciente con el problema que se está planteando. Conviene ser cauto y cuidadoso al formularlas, especialmente en una primera entrevista. Generalmente se enuncian para responder sí o no, por ejemplo: “Entonces, ¿el niño duerme con Vds. todas las noches?”

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

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

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

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

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

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

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

tendencia escapatoria o trivializante del paciente. Para Othmer y Othmer (1996) esta es una técnica básica de conducción de entrevista que el psicólogo debe saber utilizar con profesionalidad.

Obviamente estas habilidades deben ser convenientemente entrenadas y formar parte del currículo de un psicólogo clínico. Programas específicos para ello se han desarrollado en nuestro país y fuera del tanto en cursos de especialidad de postgrado como en máster y en la formación PIR.

## **6. algunas consideraciones generales en casos de consultas con niños y adolescentes**

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

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

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

La información que se aporta en este apartado no pretende ser exhaustiva de los que la entrevista con niños y adolescentes y/o la entrevista inicial en el proceso de evaluación requeriría. Se van a delinear las consideraciones que son relevantes en la entrevista con padres y en la entrevista con niños cuando consultan por un problema en relación con la infancia y adolescencia. Para ello seguiremos a profesionales que han trabajado y/o investigado en el ámbito de la infancia y adolescencia y recogemos las principales aportaciones de estos (Bombi, 2003).

### **5.1. El psicólogo que trabaja con población Infanto-Juvenil**

El profesional que trabaja con población infanto-juvenil, además del conocimiento y experiencia que requiere el manejo de la comunicación en la entrevista, que ya ha sido expuesto anteriormente, y de la evaluación en general, debe ser también un profundo conocedor del desarrollo evolutivo y de la psicopatología infantil. Esto permite contextualizar los motivos de consulta en una edad y en una etapa del desarrollo, discriminar las conductas transitorias de las estables, no patologizar las consecuencias naturales de las crisis evolutivas, diferenciar cuándo la intervención precoz es adecuada o propicia morbilidad y tomar decisiones a tiempo evitando la cronificación de

síntomas.

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

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

Por ello, en la entrevista que el psicólogo ha realizado previamente con los padres, éste les indicará explícitamente a éstos la necesidad de explicar al niño, con las palabras que los padres consideren oportunas, varias cosas: a) que han acudido a un psicólogo porque estaban preocupados por él; b) qué

es un psicólogo y para qué se va donde este profesional, c) cuál es el motivo de consulta por el que han acudido, así como otros problemas que han comentado con el profesional; d) que él tiene que acudir también al psicólogo porque van a tratar juntos sobre estos problemas; e) que el profesional va a ayudarles a solucionar los problemas.

## **5.2. La presencia de los padres en la entrevista**

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

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

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

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

Una de las diferencias entre la consulta de niños-adolescentes y la consulta de adultos estriba en que los primeros no acuden a consulta de forma autónoma, sino que necesitan de la mediación de los adultos que deciden por ellos cuándo, cómo y con quién consultar ante los problemas que perciben. Sólo en contadas ocasiones, 5% de los casos, según Del Barrio (2001), son los

propios sujetos los que exponen: “necesito una ayuda”, para referirse a un profesional. En la mayoría de los casos los niños no se perciben como personas que tienen un problema, sino que los padres lo perciben así. En otras, los padres tampoco perciben el problema de su hijo y son los profesionales de la salud o de la educación los que advierten del mismo, y en otros casos los servicios sociales asistenciales son los que deciden que un menor necesita una evaluación o intervención ante los problemas que presenta (Maganto y Cruz, 2001).

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

### **5.3. La entrevista con el niño**

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

La entrevista, en concreto, es un espacio privilegiado para observar de forma directa la conducta verbal y no verbal del niño, de ahí el reconocimiento del valor de esta en el proceso de evaluación (Walker y Roberts, 2001).

## 7. **Recomendaciones a modo de síntesis**

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

### **En la fase inicial de la entrevista**

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

### **En la fase media de la entrevista:**

- No dejar que sea el entrevistado el que dirija exclusivamente la entrevista
- Utilizar discriminadamente refuerzos positivos con la persona entrevistada
- Perder el control o directividad durante el proceso de comunicación
- No hacer demasiadas preguntas en un tiempo limitado
- Escuchar, dejar hablar y no interrumpir frecuentemente al entrevistado
- Utilizar de forma adecuada preguntas abiertas y cerradas
- Centrar el tema e interrogar sobre los problemas por los que consulta, sin obviarlos con la excusa de angustiar o hacer sufrir al paciente
- Atender a la comunicación no verbal
- Tomar notas de forma pausada, no obsesiva o continua, a fin de no bloquear la espontaneidad en la comunicación

- No emitir juicios de valor sobre lo que el entrevistado dice
- Eliminar las fuentes de distractibilidad, prestando atención a cosas externas
- Alentar al entrevistado con comentarios o conductas no verbales.
- Elaborar de forma adecuada la información recibida
- Cuidar el tiempo de duración de la entrevista
- Ofrecer información y opiniones profesionales cuando se considere necesario
- Exponer un resumen de lo tratado durante la entrevista

**En la fase final de la misma:**

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

## Bibliografía

Acevedo, A. y López, A.F. (1986). **El proceso de la entrevista. Conceptos y modelos.** (4<sup>a</sup> ed). México: Limusa. Aldridge, M. y Wood, J. (1998). *Interviewing children. A guide for care and forensic practitioners.* New York: Jhon Wiley and Sons.

Alemany, C. (1994). **Bridging Differences. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.** Álvarez, V. (1984). *Diagnóstico pedagógico.* Sevilla: Alfar.

Arranz, P., Barbero, J.J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). **Intervención emocional en cuidado paliativos. Modelo y protocolos.** Barcelona: Ciencias Médicas.

Berger, D.M. (1987). *Clinical Empathy.* Northvale, NJ: Jason  
Bimbela, J.L (2001). **Cuidando al cuidador. Counselling para profesionales de la salud.** (4<sup>a</sup>, ed.) Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Bleger, J. (1977). **Temas de Psicología. Entrevistas y Grupos. (7<sup>a</sup> ed.),** Buenos Aires: Nueva Visión.

Bombi, A.S. (2003). **Interview and child and family settings.** En R.

Fernández-Ballesteros (Ed.), **Encyclopaedia of Psychological Assessment.** Vo. I (Pag. 409 - 495) London: Sage Publication.

Borrel, F. (1989). **Manual de entrevista clínica para atención primaria de Salud.** Barcelona: DOYMA.

Brenner, M. (1985). *Survey Interviewing.* En M. Brenner, J. Brown y D. Canter (Eds.), **The Research Interview.** Uses and Approaches. London: Academic Press.

Casullo, M.M. y Márquez, O. (2003). **Interview.** En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), **Encyclopaedia of Psychological Assessment.** Vo. I (Pag. 481-487) London: Sage Publication.

Colombero, R. (1987). **Aspetti psicologici de la comunicazione interpersonale**. Milano: Paoline.

Cormier, W y Cormier, L. (1994). **Estrategias de Entrevista para Terapeutas. Habilidades básicas y estrategias cognitivo-conductuales**. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Del Barrio, V. (2003.) **Child and adolescents in clinical settings**. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopaedia of Psychological Assessment*. Vo. I (Pag. 171-178) London: Sage Publication.

García Marcos, J.A. (1983b). **Entrevista evolutiva**. En En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Cuaderno de prácticas de psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.

Giordano, P.J. (1997). **Establishing Rapport and Developing Interviewing Skills**. En J.R. Mattheus y C.E. Walker (Eds.), *Mattheus y C.E. Walker (Eds.). Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Maganto, C. (1995a). **Psicodiagnóstico infantil**. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Maganto, C. (1995b). Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en psicopatología infantil. En J.

Maganto, C. (1999). **Consideraciones en torno a la evaluación infanto-juvenil**. En F. Lozano y M. Gómez de Terreros (Eds.) *Avances en Salud Mental Infanto-Juvenil*. Sevilla: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Marshall, C. Y Rossman, G.B. (1995). **Designing qualitative research**. Thousand Oaks, CA: Sage. Martorell, C. y González, R. (1997). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.

Mateu, C. y Fuentes, I (1992). **La entrevista de evaluación**. Valencia: NAU Llibres.

Matthews, J.R. y Walker, C.E. (1997). **Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology**. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Patton, M.Q. (1990). **Qualitative Evaluation and Research Methods**. Newbury Park, California: Sage. Pedreira, J.L. (1995). **Protocolos de Salud mental Infantil para la Atención Primaria**. Madrid: ELA.

Rogers, C. (1973). **In retrospect: Forty-six years. Distinguished Professional Contribution award**. American Psychological Association Convention.

Sullivan, H. (1982). **La entrevista psiquiátrica**. Buenos Aires: Psiqué.

Sullivan, H.S. (1954). **The interpersonal theory of psychiatry**. New York: Norton.

Walker, C.E. Roberts, M.C. (2001). **Diagnostic assessment of children. Handbook of clinical child psychology**. (3<sup>a</sup> ed.). New York: John Wiley Matthews y V.E. Walker (Eds.), **Basic Skills and Professional Issues in Clinical Psychology**. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.