



**UNIVERSIDAD LATINA S.C.**

**Universidad  
Latina**

3344-25

**IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA INICIAL  
EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA ALIANZATERAPÉUTICA**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**SARETSY YAJALKAF ORTEGA MOCTEZUMA**

Asesor: Maestro Alberto Arenas Mondragón.

Ciudad de México, 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Preguntas de investigación .....	6
Justificación.....	7
Objetivo general. ....	9
Objetivos específicos. ....	9
<b>CAPITULO I LA ENTREVISTA INICIAL TERAPÉUTICA .....</b>	<b>10</b>
Definición de entrevista psicológica .....	10
Tipos de entrevista.....	13
Tipo de entrevista por el grado de estructuración.....	13
Cerrada o estructurada.....	13
Semi-libre o semiestructurada.....	19
Entrevista libre o abierta .....	22
Tipo de entrevista por la finalidad .....	25
Entrevista diagnóstica .....	25
Entrevista con orientación vocacional .....	26
Entrevista terapéutica y de consejo.....	26
Entrevista de investigación .....	27
Entrevista en función de la temporalidad del proceso .....	27
Entrevista inicial.....	27
Entrevista de información complementaria y con informante clave. ....	28
Entrevista sobre la biografía del sujeto o anamnesis .....	29
Entrevista de devolución .....	29
Entrevista de alta clínica.....	30
Entrevista en función de la etapa evolutiva y casos especiales.....	31
Entrevista a niños y adolescentes. ....	31
Niños .....	31
Adolescentes.....	35
Entrevista a adultos mayores .....	38
Entrevista a casos especiales .....	40
Entrevista a familias .....	41
Etapas de la entrevista.....	47

Inicio y el Rapport.....	47
Cima .....	49
Cierre .....	49
<b>CAPITULO II COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA .....</b>	<b>52</b>
Comunicación .....	52
Entrevistador y entrevistado.....	57
Rol del entrevistador .....	57
Rol del entrevistado .....	63
Identificación de áreas de problemas y de recursos en el entrevistado. ....	66
Mecanismos de defensa.....	70
Instrumentos de la entrevista .....	76
Examen mental.....	76
Cuestionario.....	92
Anamnesis.....	93
Genograma o Familiograma.....	93
Características de la entrevista inicial .....	95
Elaboración de informes psicológicos.....	97
<b>CAPÍTULO III ALIANZA TERAPÉUTICA .....</b>	<b>101</b>
Definición .....	101
Características de la alianza terapéutica .....	104
Adherencia al tratamiento terapéutico.....	106
Resistencia al tratamiento .....	116
<b>CAPÍTULO IV LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO.....</b>	<b>137</b>
Técnicas para la efectividad del tratamiento terapéutico.....	137
Recomendaciones.....	148
Conclusiones.....	150
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>154</b>

## Introducción

El fin de esta esta investigación es el de dar énfasis a la importancia de la entrevista inicial en cualquier tipo de terapia, aunque ésta investigación se dirige en su mayoría hacia la técnica psicoanalítica, el propósito es el de crear un propuesta que beneficie tanto al paciente, en cuanto a las expectativas de la misión de la terapia, como para el psicólogo y/o analista para poder llevar a cabo una terapia en conjunto con las demandas del paciente y así, poder trabajar adecuadamente el tratamiento exitoso del paciente.

Como propuesta, en la entrevista inicial, se debería informar al paciente la misión de cada terapia, debido a que el paciente se dirige a esta con ciertas expectativas de lo que es acudir con el psicólogo, al momento de informarle al paciente, este podrá redirigir sus expectativas y así logrará conocer el enfoque del que se va a tratar su terapia, dando la posibilidad de decidir, si es de su agrado continuar con la terapia o definitivamente no continuar asistiendo a las sesiones posteriores.

Si el paciente decide continuar asistiendo a las sesiones posteriores, se debe trabajar el establecimiento de un vínculo positivo entre terapeuta y paciente, llamada alianza terapéutica, que permita al consultante sentirse cómodo y pueda lograr un avance progresivo hasta concluir el tratamiento de manera exitosa, pues el objetivo principal de la búsqueda de ayuda del paciente, se centra en la adquisición de resultados que lo beneficie.

Para llevar a cabo la alianza terapéutica, como se menciona, se necesita darle al paciente resultados, que llevan consigo una serie de técnicas para ir abordando cuidadosamente el problema del paciente por el cual asiste a terapia.

Se trabaja con la resistencia hacia el tratamiento para poder trabajarla ya que, por lo general, en el mayor de los casos, se manifiesta durante la primera sesión y en la entrevista inicial, y así lograr la participación voluntaria consciente del paciente, ya que se conoce que la voluntad del sujeto es primordial para poder llevar a cabo cualquier acción sin ser forzado u obligado a realizar dichas acciones.

Después de trabajar con la resistencia y haber logrado extinguirla, se trabaja para buscar un resultado positivo para resolver el problema del paciente, que permita satisfacer su demanda y controlar el conflicto en cuestión.

El objetivo primordial para poder iniciar una terapia es fomentar la motivación en el paciente, pues resultará complicado iniciar cualquier intervención si el paciente no tiene expectativas positivas en cuanto a la misión de la terapia.

El cumplimiento de las tareas indicadas por el psicólogo tienen como objetivo ir evaluando el progreso y el estancamiento del paciente para poder modificarlas y así tener un resultado positivo. Así mismo la retroalimentación hacia el paciente es un factor relevante que le permite seguir realizando dichas tareas para continuar hasta el final del tratamiento.

## Planteamiento del problema

La entrevista inicial es un factor predominante en la terapia psicológica, que permitirá la comunicación entre el psicólogo y el paciente; el establecimiento del Rapport será el inicio para lograr la alianza terapéutica, esto con el fin, y en lo consecuente, poder obtener la mayor información posible de la historia del paciente.

Así mismo, para poder llevar a cabo un encuadre adecuado, el cual le permita al paciente tener la mayor información posible de lo que se trata la dinámica psicológica y partir, desde ese momento, una adherencia terapéutica para lograr el éxito de la terapia.

Por lo anterior, se plantea en la siguiente información explicar de qué manera, el brindar la información suficiente por parte del psicólogo al paciente beneficia y/o perjudica la adherencia terapéutica entre psicólogo y paciente, para lograr buscar estrategias que permitan brindar una mejor atención psicológica que beneficie a los intereses del paciente.

## Preguntas de investigación

A partir de esto, la investigación que da origen a la presente tesina plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La entrevista inicial es un factor predominante para lograr la adherencia terapéutica en la terapia psicológica para consumarla con éxito?

¿La actitud del psicólogo es esencial para lograr la alianza terapéutica entre este último y el paciente?

¿La retroalimentación hacia el paciente es fundamental para el logro de la adherencia terapéutica y el éxito de la terapia?

## Justificación

La entrevista inicial psicológica es una herramienta que se utiliza en la primera sesión (en ocasiones, dos o tres sesiones) que permite conocer al paciente, sus antecedentes personales y familiares, su situación actual, así como para poder formular posibles hipótesis, que nos permitan estructurar en lo consiguiente una estrategia a trabajar.

Para poder dar una explicación de la importancia de la alianza terapéutica, es necesario partir de la relevancia que tiene la entrevista inicial psicológica y su correcta aplicación, ya que, conforme a la investigación pertinente, se demuestra que, a partir de esta, se logrará un vínculo positivo entre el psicólogo y el paciente que permita terminar con éxito la terapia psicológica.

En la entrevista psicológica uno de los objetivos primordiales es el establecer un buen Rapport con el paciente, ya que de ahí se deriva la posibilidad de que el paciente pueda comunicarse con el psicólogo sin mostrar resistencia y así lograr una entrevista más fluida.



Otro de los objetivos de la entrevista inicial es llevar a cabo el encuadre pertinente en donde se le debe de explicar al paciente lo que se manejará en la terapia: los horarios, honorarios y fechas, que le permita al paciente centrar sus expectativas con las que llega inicialmente, para así poder crear una adherencia terapéutica durante el tratamiento psicológico, que vaya de acuerdo con lo ya establecido en la entrevista inicial.

El interés por llevar por llevar a cabo esta investigación, surge a partir de la observación de las consultas psicológicas que se realizan en un centro comunitario llamado “Centro comunitario Juan Bretel”, perteneciente a la Delegación Tláhuac, con una población de personas con edades entre los 30 y 50 años. Se observó que la mayoría de los pacientes eran constantes en sus consultas y llegaban al final del tratamiento psicológico cuando, desde la entrevista inicial, se les explicaba dentro del encuadre, el enfoque clínico de lo que se iba a tratar la terapia; logrando así un vínculo positivo entre el psicólogo y el paciente que permitía al paciente aterrizar sus expectativas de lo que consideraban la asistencia psicológica y así poder iniciar una terapia, incluso sin resistencia.

## Objetivo general.

Realizar una revisión teórica exhaustiva de la importancia de la entrevista inicial psicológica para lograr una adherencia terapéutica que permita el éxito del tratamiento psicológico.

## Objetivos específicos.

- Conocer las características que conforman la entrevista inicial psicológica.
- Identificar las características de la alianza terapéutica para establecer un vínculo positivo entre el terapeuta y el paciente.
- Resaltar la eficacia del tratamiento terapéutico como consecuencia de un adecuado vínculo entre el terapeuta y el paciente.

## CAPITULO I LA ENTREVISTA INICIAL TERAPÉUTICA

### Definición de entrevista psicológica

La entrevista psicológica surge de diversos conocimientos que se retomaron de áreas como la Medicina, la Filosofía, la Pedagogía y la comunicación; esta herramienta se utiliza a mediados del siglo XIX como ejemplo de las entrevistas periodísticas, pues la forma de cómo se comunicaban los profesionales del periodismo, inspiró a los psicólogos a construir un modelo que permitiera tener el registro de datos clínicos psicológicos así llamada la Historia de vida. La historia de vida muestra las tendencias psicológicas de la personalidad del entrevistado sirviendo con más utilidad al desarrollo de la entrevista (Colín, Galindo, & Saucedo, 2013).

El término entrevista proviene del francés “entrevoir”, que significa “verse uno al otro” (Acevedo & López, 2014, p.8), y así la entrevista como tal, es una herramienta que permite obtener información en relación a un sujeto a través de la comunicación interpersonal; la información varía de acuerdo al tipo de área en la que se utilizará.

Para comenzar a hablar de la importancia de la entrevista inicial en la terapia psicológica, es necesario definirla como “la técnica para recopilar información del paciente cuya meta es la obtención de datos, que pretendiendo ser “objetivos” sólo exploran lo que el paciente conoce de sí mismo y está dispuesto a revelar” (Díaz Portillo, 2008; p.24)

Para Colín et al. (2013) la entrevista es un instrumento para obtener datos durante la consulta clínica que conlleva a la acción de reunirse, verse mutuamente dos o más personas en un lugar determinado, en el que se generan preguntas y respuestas sobre algún punto en común. Su función es escuchar, recabar datos, motivar, retroalimentar, indagar y confrontar. La palabra entrevista es un compuesto entre las palabras “entre” y “vista” lo que significa el verse dos sujetos entre ambos.

La entrevista psicológica es una entrevista conducida con fines profesionales que sigue ciertas reglas y que tiene como propósito resolver problemas específicos derivados: la selección y orientación profesional, la investigación psicológica, así como del examen de la personalidad” (Nohoum 1961, citado en Colín et al. 2013).

La entrevista la definen como el encuentro que se da entre dos o más personas que se han puesto de acuerdo para dar o recibir información.

García, García y López (2014) refiere que la entrevista tiene como objetivo principal la intervención y el diagnóstico y permite el análisis de las variables que determinaron un comportamiento actual y que alteraran el futuro.

Dentro del área clínica, el psicólogo profundizará si el entrevistado muestra algún conflicto psíquico que apoyen o no una intervención psicológica. La entrevista clínica busca como tal comprender y explicar las particularidades de la conducta individual, se basa en el análisis de conductas, actitudes, emociones, sentimientos inadecuados o reprimidos (Colín, et al., 2013).

La entrevista motivacional (EM) también es una herramienta actual que se usa para el cambio de conducta por parte del paciente, tomando en cuenta como principal factor la motivación.

Vega, (2012) encuentra que la entrevista motivacional (EM) en sus inicios se define como “un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias” (p.9).

Refiere que ya en la actualidad se ha modificado esta definición como “una forma colaborativa, centrada en la persona, dirigida a obtener y fortalecer la motivación para el cambio” (p.9).

Continuando con Vega (2012), esta autora habla de la motivación como un estado de disponibilidad o deseo de cambiar que puede variar de un momento a otro o de una situación a otra influenciado por diferentes factores. Menciona que motivar o ayudar a cambiar, es conseguir que el paciente descubra cuáles son sus propios elementos o razones motivadoras y es una parte importante de la tarea del profesional en la entrevista motivacional; así mismo la motivación tiene que surgir de la reflexión del propio paciente al enfrentarse con su ambivalencia.

La ambivalencia se define como un estado anímico en el que conviven emociones opuestas. Lo que produce alegría o placer cuenta como ambivalencia positiva, mientras que aquello que genera tristeza o dolor tiene valencia negativa. (DEFINICIÓN.DE, s.f.)

El enfoque de la entrevista motivacional es facilitar el cambio de comportamientos ayudando a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia sobre el cambio, pues se considera que la ambivalencia es el primer obstáculo que interfiere a la motivación; la entrevista motivacional permite al paciente expresar abiertamente su ambivalencia y guiarle hacia una resolución satisfactoria de sus conflictos motivacionales con el fin de facilitar el cambio deseado.

## Tipos de entrevista

Tipo de entrevista por el grado de estructuración.

Existen diferentes tipos de entrevista cuya función dependerá del objetivo a investigar; estas se clasifican como: entrevista estructurada o cerrada, semi estructurada, abierta o no estructurada, que se explicarán a continuación.

### Cerrada o estructurada.

En ésta entrevista el objetivo es específico, esto quiere decir, sólo se busca indagar en aspectos ya predeterminados (García et al. 2014).

Las entrevistas estructuradas se caracterizan por utilizar preguntas dirigidas a un tema en específico, un interrogatorio, el cual ya está predeterminado y enfocado a la problemática con la cual se presenta el entrevistado.

Acevedo & López, (2014), la llama “entrevista planificada” la cual califica como eficaz ya que su propósito es el de escoger de manera sistemática y precisa información concreta, es una entrevista rígida.

La entrevista cerrada no permite indagar más sobre temas no establecidos, es rígida; Colín et al. (2013), mencionan que se basa en preguntas establecidas a un abordaje detallado ya preestablecido y se fundamenta como método en preguntas directas.

La entrevista cerrada o estructurada, se utiliza en diversas áreas como lo son el área laboral, en el marco legal y procesos jurídicos, entrevista tipo panel, la entrevista en línea, la entrevista grupal, y la entrevista conductual.

La entrevista cerrada o estructurada, se utiliza en la entrevista laboral, aquí se determina si se tienen competencias que conforman un perfil ya establecido para el puesto, facilita el proceso de selección debido a la fluidez y precisión de sus preguntas.

Acevedo y López, (2014), profundizan más sobre la entrevista laboral la cual clasifican en: entrevistas de admisión o selección de personal, esta procura formarse un juicio acerca del candidato entrevistado, este tipo de entrevista se distingue en dos clases: a) previa, ligera y rápida, esta permite obtener informes básicos como lo son: escolaridad, ocupaciones anteriores, clase de trabajo que desea, etc.; y b) amplia o principal, aquí se trata de profundizar en la personalidad y habilidades del candidato para evaluar sus aptitudes.

Así mismo mencionan la entrevista de promoción o evaluación, que permitirá evaluar su desarrollo de la empresa con la finalidad de determinar si es posible ascenderlo o no a un mejor puesto; y la entrevista de consejo que se refiere a la aclaración de situaciones conflictivas que se lleguen a dar dentro del área laboral.

La entrevista psicológica estructurada también se utiliza en los procesos jurídicos y el marco legal, su función es el de otorgar información desde un punto de vista emocional o mental de una persona y así determinar una postura legal o judicial respecto a ciertos sucesos de ésta, su objetivo es tener conocimiento del perfil psicológico del sujeto en cuestión con relación al asunto que se requiere aclarar; uno de los procesos en donde se requiere de ésta atención se da con la solicitud de dictámenes psicológicos para determinar si una persona es o ha sido víctima de violencia emocional o moral, así como la solicitud de un tribunal como proceso jurídico que se utiliza para dictar sentencia en relación al delito que se juzga. (Acevedo & López, 2014).

La entrevista tipo panel, Morga, (2012) la define como la aplicación de una serie de preguntas iguales a un grupo de entrevistados para conocer sus opiniones dentro del área laboral.

Colín et al. (2013). puntualizan que este tipo de entrevista se puede realizar con varios entrevistadores a la vez en una sola sesión, o bien, en una serie de sesiones con varias personas que entrevistarán al candidato desde la representación de los puestos que ocupan para calificar al prospecto.



Nuñez, (2013)., en su artículo “Entrevista de panel. ¿Qué es y cómo funciona?”, hace hincapié en las características de este tipo de entrevista, la cual refiere se basa en una entrevista que realizan más de dos entrevistadores a un solo candidato, todo con la finalidad de que varias personas puedan conocer al candidato en una sola sesión, y así reducir tiempos del proceso de selección como compartir entre ellos puntos de vista para obtener una mejor visualización del perfil del candidato. El orden de las preguntas no suele ser muy relevante.

Otro tipo de entrevista de panel es la que en las empresas citan de, entre cinco a ocho candidatos interesados en la vacante y a todos los reúnen a una sala de juntas, ya juntos, el entrevistador de recursos humanos de la empresa hará preguntas relacionadas a su formación académica, sus habilidades a desempeñar y su historia laboral; y le pedirá a cada uno de los candidatos que respondan la pregunta uno por uno.

La entrevista en línea como su nombre lo dice, se realiza por medio de la red, su beneficio principal es el minimizar tiempo y recursos económicos.

En una entrevista de la revista FORBES MÉXICO, Rodarte (2015) actual director de OCCMundial (bolsa de trabajo en línea en México) hace referencia a una estadística, según un estudio con la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI) el 58% de las personas encuestadas que buscan empleo lo hicieron por internet, un 17% encontró por anuncios clasificados y un 15% por recomendaciones personales.

La entrevista grupal se da entre varias personas en un lugar y tiempo determinado; en el campo laboral, Serrano (2013) en su portal de internet “Sabina Serrano Coach

de desarrollo directivo” hace una definición práctica y concisa respecto a la entrevista grupal, ésta trata de una entrevista grupal en la que se pretende observar el comportamiento de cada candidato al puesto, observar cómo razona cada candidato, detectar sus habilidades, actitudes y conocimientos en un grupo.

La finalidad de esta dinámica es el trabajar en equipo de forma natural y así analizar los roles determinados. Suele existir un rol dominante y otro rol adicional. Es en ese momento en donde se puede contratar al candidato por poseer el tipo de rol deseado de acuerdo con el perfil ya establecido en la empresa, así como la no contratación del mismo.

La entrevista grupal también se realiza en otras situaciones como la consejería de familias, en pláticas con estudiantes, así como la plática con los padres de familia, de la misma forma como en la entrevista de grupo en el área laboral, en las ya mencionadas, se observan los roles de cada persona que forma parte del grupo, cada uno manifiesta un rol antes y/o a lo largo de la entrevista; una entrevista satisfactoria de este tipo, permite que cada miembro del grupo participe en las preguntas del interrogatorio, se motiva al integrante para que participe sin dominar la entrevista, evita la repetición, redundancia, no hay lugar a comentarios despectivos ni discriminatorios y se cubren los aspectos esenciales de habilidades y antecedentes (Keats, 2012).

En el área conductual, la entrevista identifica y define un problema, mediante la observación directa, para después establecer cuáles serán las posibles conductas que se modificarán; así mismo investiga las variables que son antecedentes y consecuentes del problema para después establecer un plan de acción para lograr

los resultados esperados. Sus objetivos son: identificar las relaciones funcionales entre los diferentes problemas del cliente, explicar las causas de los problemas conductuales y predecir las respuestas del paciente en un futuro (Morga, 2012, págs. 45-46).

Así mismo Morga (2012), hace mención a ciertas características que se deben de contemplar durante la realización de la entrevista conductual, estas son:

- Identificar las variables dependientes (los problemas que tiene el cliente)
- Las variables independientes (antecedentes personales y antecedentes consecuentes)
- Factores precipitantes (inicio de cada uno de ellos)
- Historia del desarrollo de los mismos y factores que predisponen el desarrollo.

Los contenidos que deben ser incluidos en los informes de una entrevista conductual según Morga (2012) son:

- Ficha de identificación.
- Descripción del problema o motivo de la consulta.
- Análisis del desarrollo.
- Descripción biológica e historia médica.
- Descripción sociológica.
- Descripción conductual.
- Análisis de autocontrol.

- Autoimagen.
- Autodirección.
- Descripción de las relaciones sociales.

### Semi-libre o semiestructurada.

Como puede inferirse en su nombre, la entrevista semi-libre da cierta libertad para poder salirse del esquema estructurado de una entrevista planificada. Acevedo y López (2009) caracterizan este tipo de entrevista con una mayor agilidad y con más libertad de acción, pues el entrevistador debe tener cierto grado de experiencia y sagacidad, así como la amplitud cultural para poder llevar a cabo el proceso de esta entrevista.

Un ejemplo de entrevista semi-libre es la entrevista focal, en donde Colín et al. (2009), detallan las características de esta entrevista.

La entrevista focal requiere delimitar el foco y dirigir la estrategia para lograr el objetivo, se utiliza cuando se identifica que el paciente puede salir adelante de su conflicto con sus propios recursos, esto quiere decir que su conflicto no ha afectado a otras áreas que estén libres de conflicto del Yo para mantener su integridad; la información a recabar se debe de tomar de la realidad objetiva del sujeto conectada a su entorno, se evalúa la esfera libre de conflictos que se establecen en las áreas libres de la persona y que no han afectado al conflicto psíquico.

Éste tipo de entrevista se utiliza para tratar problemas específicos de la persona, como: el estrés postraumático (violaciones, asaltos, desastres naturales) decisiones

relevantes que causan conflicto en el Yo: (cambios laborales o de residencia, matrimonios, divorcios, desastres naturales, exámenes profesionales, etc.).

El tiempo aproximado de duración en éste enfoque es de seis meses dependiendo de las capacidades de la persona, puede ser más o puede ser menos; el tiempo se delimita de acuerdo al tiempo que dura cada sesión así como las frecuencias de la mismas que se asignaran para el diagnóstico y tratamiento, se orienta a los aspectos actuales relevantes que sostienen la problemática, las capacidades adaptativas del sujeto y los elementos de contención de las ansiedades del consultante, los cuales puede ser externos o propios a la persona.

En este caso no se necesita que el paciente tenga una patología severa, son casos en los cuales el paciente cuenta con apoyo y recursos auxiliares; ejemplo: en el caso de los niños o adolescentes en el que sus padres apoyan el tratamiento; en caso de que exista una patología severa, esta entrevista permite delimitar aspectos que sirven de apoyo al consultante, así como otras áreas que se encuentren dañadas.

Para llevar a cabo este tipo de enfoque, el terapeuta debe considerar características metapsicológicas y funciones yoicas para considerarse como candidato a la psicoterapia breve o focalizada. Los pasos a seguir según Colín et al. (2009) son los siguientes:

- La ubicación en tiempo, espacio y persona.
- Prueba de realidad: la capacidad el paciente de diferenciar su realidad externa de la interna.

- Juicio: capacidad de anticipar consecuencias, así como la toma de decisiones adecuadas socialmente.
- Sentido de realidad y de sí mismo: capaz de determinar su propia identidad y el mundo externo, el grado de despersonalización y desrealización.
- Control de afectos e impulsos: no actuar de manera irreflexiva, tolerancia.
- Relaciones objétales: como se relaciona el sujeto con las personas y el cómo son sus relaciones: narcisistas, anaclíticas o simbióticas.
- Procesos de pensamiento: memoria, atención (proceso primario y secundario) y concentración.
- Regresiones al servicio del Yo: adaptación a nuevas situaciones y reconocer su pasado sin regresiones permanentes.
- Funcionamiento defensivo: utilizar defensas adaptativas basadas en la represión de manera exitosa.
- Barrera del estímulo: umbral de tolerancia a los estímulos agradables y desagradables.
- Funcionamiento autónomo: capacidad el sujeto para ser él mismo y seguir sus propios ideales.
- Funcionamiento sintético e integrativo: capacidad de integración madura y de abstracción de experiencias placenteras y displacenteras.
- Competencia-supremacía: capacidad para desarrollar actitudes de liderazgo, ayuda a los demás, sostener logros edípicos y desarrollar capacidades.

## Entrevista libre o abierta

Esta tiene la posibilidad de explorar la situación del sujeto, y a juicio del entrevistador se va preguntando aspectos que puedan ayudar a emitir un diagnóstico, pues se abarca, dentro de la entrevista, preguntas que van surgiendo del discurso del sujeto, su función del entrevistador es hacer que el entrevistado asuma su responsabilidad, se recomienda que este estilo se utilice en el cierre de las entrevistas (Acevedo & López, 2014).

Las entrevistas abiertas o libres, se usa más en la terapia psicoanalítica, en la cual, el entrevistador no hace ni propone sugerencias, se realiza con la finalidad de que el entrevistado tenga la posibilidad de hablar de acuerdo con los puntos de urgencia de ese momento (Colín et al. 2013, p. 93).

Esta entrevista permite al paciente no reducir su discurso a un formulario de preguntas que puedan limitar su expectativa, y así, poder dirigir la intención de su consulta a un fin propio, el cual permite, incluso al psicoanalista, el libre análisis de la historia de su paciente.

Para definir la entrevista psicoanalítica Colín et al. (2013) hacen una breve explicación de lo que comprende la teoría psicoanalítica.

En el siglo XVIII se empezaron a realizar prácticas más estructuradas y en el siglo XIX Emil Kraepelin (1856-1926) citado en Colín et al. (2013) estableció la primera descripción de lo que él supuso eran enfermedades mentales, enfatizando su etiología, sus síntomas y su evolución, esto obligó a dar mayor importancia a la

observación clínica, aunque él no logró diferenciar en los padecimientos mentales los factores psicodinámicos inmersos.

Liebault utilizó nuevas técnicas para atender las enfermedades mentales, empezó a avanzar en éstas y tuvo como discípulo a Jean Martín Charcot (1825-1893), quien sería un renombrado profesional, exponente de la neurología francesa, presentó ante la academia científica de su país el resultado de sus trabajos con tratamiento hipnótico, afirmando que los fenómenos del hipnotismo son manifestaciones de anormalidad y que el estado hipnótico ocurre en individuos histéricos.

Hippolyte-Marie Bernheim (1849-1919) vivió en Nancy, Francia. Se opuso a las propuestas de Charcot y sostuvo que la hipnosis sólo ocurre cuando en la relación médico-paciente se establecían condiciones de sugestión, y demostró con sus investigaciones que los pacientes son capaces de sugestión sin hipnosis, por lo que comenzó a trabajar con pacientes en estado de vigilia, así fue como Freud se interesó más en este tipo de trabajo dejando a un lado las enseñanzas de Charcot, así como la hipnosis y la sugestión hipnótica.

Pierre Janet (1859-1947) aportó el punto de vista psicodinámico mostrando que cuando un paciente muestra ideas fijas hay un conflicto interior ante la realidad, y por tanto la histeria es de origen neurótico; él usaba la persuasión como método terapéutico. Su propuesta teórica fue la de tensión psíquica “fuerza integradora que mantiene intacto el flujo de la conciencia, la energía psíquica disminuye por la fatiga o el estrés. También acuñó los términos psiconeurosis y disociación, considerando que ciertos elementos de la conciencia adquieren existencia independiente.



Sigmund Freud (1856-1938) trabajó una temporada con el doctor Josef Breuer, quien planteaba que los síntomas neuróticos tenían un “significado” relacionado con la vida previa del paciente, juntos observaron cómo bajo la hipnosis los pacientes recordaban viejas historias, ideas, sucesos y sentimientos, pero también los pacientes mostraban afectos relacionados a los momentos vividos, lo que llevó a Breuer a abandonar esta práctica y Freud continuó desarrollándola y dando cuenta que no era necesaria la hipnosis.

Freud y el desarrollo del método psicoanalítico evolucionó desde una perspectiva histórica: método tradicional: tratamientos físicos y tratamiento moral (1886-1887); método de sugestión hipnótica (1887-1889); método hipnocatártico (1889-1892); método catártico (1892-1892) y método de asociación libre (desde 1898).

La entrevista psicoanalítica es el camino que debe seguirse para llegar a ciertos contenidos inconscientes, se aplican los procedimientos metodológicos derivados del cuerpo teórico que fue construyendo desde los conceptos y definiciones. La teoría psicoanalítica se sustenta en ciertos procedimientos que operan en el interior del proceso de análisis, como la entrevista, la asociación libre y la interpretación.

Para finalizar Colín et al. (2013) señalan que, en una primera entrevista, o en las subsecuentes de evaluación se debe tener en cuenta que, en la entrevista, aunque sea abierta, no debe utilizarse el método psicoanalítico.

## Tipo de entrevista por la finalidad

### Entrevista diagnóstica

Baekeland (2015) describe en su blog la definición, así como las características de la entrevista diagnóstica la cual se refiere a la recolección de datos que son síntomas o funcionamientos mentales-emocionales que no tienen una base orgánica observable, su diagnóstico se infiere por los comportamientos que el paciente dice estar pasando (Rodarte, 2015).

Existen dos tipos de diagnóstico psicológico; el diagnóstico psicológico sintomático que consiste en agrupar un cierto número de síntomas llamado síndrome, en función de la duración, etiología y frecuencia de su aparición y así darle un nombre para que pueda ser reconocido; ayuda a comunicar al paciente cual es el manifiesto del paciente a otros profesionales, cabe señalar que este tipo de diagnóstico es descriptivo, pero poco profundo ya que síntomas parecidos pueden ser derivadas por personas muy diferentes y tener causas diferentes.

Y el diagnóstico estructural que consiste en descubrir cuál es la estructura de personalidad del paciente, siempre a revisión en función de nuevos datos, para comprenderle como una persona compleja y completa, “La estructura de personalidad consiste en qué tipo de vínculos establece esa persona con los otros, cuál es la cualidad y la intensidad de sus pulsiones y afectos, qué mecanismos de defensa y de adaptación utiliza, qué auto-imagen tiene, de qué tipo de síntomas sufre, y cómo ha llegado hasta allí” (Baekeland , 2014; prr: 8)

Su objetivo es el de entender cómo funciona concretamente esa persona y permite tener una idea más clara de qué tipo de tratamiento puede ser conveniente para él; el diagnóstico psicológico estructural es aproximativo mas no concreto, debido a que el funcionamiento mental es complejo y es variable a lo largo de la vida y/o a consecuencia de un tratamiento psicológico.

### Entrevista con orientación vocacional

Morga, (2012) refiere que este tipo de entrevista se suele usar cuando un sujeto está en la búsqueda de una carrera profesional, la finalidad de ésta técnica permite evaluar al sujeto en función de sus características personales como: aptitudes, tipos de inteligencia, estilo de aprendizaje e intereses.

### Entrevista terapéutica y de consejo

Nahoum (1961) explica éste tipo de entrevista, para dar un diagnóstico de la aptitud para un cargo es preciso explicar al candidato las particularidades del cargo y de la empresa ya que esto contribuye a motivar las decisiones del entrevistado.

Para un análisis de puesto es necesario observar si la persona interrogada está suficientemente capacitada para responder preguntas como: su formación, su experiencia profesional, etc.; y en los estudios de opiniones consiste en interrogar al sujeto sobre su edad, nivel socioeconómico, etc.

El desarrollo de la entrevista tiende a finalizar, con consejos, apreciaciones ajenas a la encuesta, para que el sujeto pregunte ya que el entrevistador es una persona

informada y esto permite que influya positivamente el objeto de la encuesta en el sujeto.

## Entrevista de investigación

Fajardo (2014) en su investigación, menciona el objetivo de esta, la cual es el determinar en función de criterios previamente definidos la adscripción o no del sujeto a la propia investigación, lo que comúnmente se le llama “caso”; para esto también es necesario conocer, comprobar y confirmar lo ya investigado que se desarrolló a partir de la propia entrevista sobre las variables de la misma, técnicas de registro de la entrevista, fiabilidad, criterios de validez, respuestas en función del grado de estructuración, etc.

## Entrevista en función de la temporalidad del proceso

### Entrevista inicial

En éste inicio de entrevista se debe de obtener dos historias: la primera, orientada hacia el informe psicológico con finalidad diagnóstica y la segunda sobre la vida del sujeto. Para tener un posible pronóstico será necesario conocer sus relaciones objétales. “Se considera entrevista inicial como el espacio donde el terapeuta está obligado a obtener cierta información”. (Tarachov, 1969; citado en (Colín et al. 2013; p. 123)

En la entrevista inicial se deben de obtener dos tipos de historia: una orientada hacia el informe psicológico con finalidad diagnóstica y la segunda sobre la vida del consultante ya que las relaciones objétales informarán sobre su pronóstico.

Tarachov (1969) citado en Colín et al. (2013) recomienda investigar los detalles de la vida del paciente relacionándolos cronológicamente con los momentos en que se vivieron; enfatiza no iniciar la terapia en la primera entrevista, pues atenta con el derecho del entrevistado de rechazar el tratamiento. Así mismo recomienda una técnica dirigida para hacer la entrevista, considera que el terapeuta debe controlar y dirigir la entrevista ya que es la primera y debe ser orientada hacia la indagación. Tarachov (1969) y Bleger (1972) coinciden en que, si el entrevistado no está dispuesto a comunicar, debe respetarse y retomarse después en el tratamiento.

### Entrevista de información complementaria y con informante clave.

Se aplican para conocer más datos del sujeto con el que se está trabajando, se usan informantes como intermediarios entre el entrevistador y el sujeto.

Primero se debe de encontrar una persona con la que el entrevistador pueda conversar; segundo, se usa al informante como interprete tanto para poder traducir, así como para reportar correctamente sobre las actitudes y conductas a estudiar.

Una de las desventajas de ésta técnica, recae en que, cuando se usan niños bilingües para traducir el discurso de sus padres o a sus padres, los niños suelen carecer de información ya que los padres no les comunican todos sus pensamientos y/o acciones, lo cual les llega a incomodar a ambas partes y, en su caso, poder tener la información requerida pero no querer divulgarla. (Keats, 2012).

## Entrevista sobre la biografía del sujeto o anamnesis

La anamnesis implica una recopilación de datos previstos que permita obtener una síntesis de la situación presente, así como de la enfermedad y de la salud de un individuo (Bleger, 1983)

El procedimiento utilizado es un interrogatorio médico, con fines de reconstrucción histórica para que la historia clínica sea sistemática, coherente y congruente con el diagnóstico emitido. (Colín et al. 2013; p: 25)

## Entrevista de devolución

El psicólogo comunica los resultados al paciente y a menudo se extiende a la familia. Morrison (2014; pp. 205-207) recalca ciertas reglas para poder comunicar los resultados tanto al paciente como a su familia, estas son las siguientes:

- Plantear el mejor diagnóstico en términos apropiados para la educación y sofisticación del paciente, si el paciente no le queda claro, se recomienda decirlo y luego explicar el plan para disipar incertidumbre.
- No usar tecnicismos pues el paciente puede desconocer terminologías respecto al padecimiento.
- Pedir retroalimentación, el paciente se sentirá satisfecho cuando hay seguridad y con mayor conformidad con las recomendaciones por medio de preguntas como: ¿Cómo se siente con esto? o “Hasta aquí, ¿tiene alguna pregunta?”.

- Hacer hincapié en lo positivo pues existen diversos métodos terapéuticos de que disponen los profesionales de la salud mental.
- Mostrar compasión, hay que reconocer los sentimientos del paciente mientras se proporciona la información y brindarle comprensión y sugerencias de cómo podrían mejorar las cosas.
- Mencionar los inconvenientes ya que existen diversos tipos de tratamientos y discutir sus inconvenientes como los fármacos con efectos secundarios, la psicoterapia que es a largo plazo, el tratamiento grupal implica a otras personas, y el conductual requiere de esfuerzo y ansiedad, así como el costo de todas estas ya que son costosas.
- Discutir opciones, ofrecer al paciente una lista completa de los posibles tratamientos dando la ventajas y desventajas de cada uno.
- Evitar hacer promesas más allá del compromiso de hacer todo lo posible por ayudar, y no se debe de salir de contexto de una visión realista de la situación y un plan racional para el futuro.

## Entrevista de alta clínica

Su propósito es el de cerrar el tratamiento, pues el caso ya se ha resuelto y, por tanto, se ha de cerrar el proceso. Puede que en un tiempo posterior se concierte una cita como seguimiento o se retome el caso, debido a una recaída o por otra causa (Perpiñá, 2012).

## Entrevista en función de la etapa evolutiva y casos especiales

### Entrevista a niños y adolescentes.

Para comprender las características de las entrevistas aplicadas a niños y adolescentes, será necesario definir las edades en las que se encuentran las etapas de la primera infancia, la segunda infancia y la adolescencia, según la teoría de Jean Piaget (1995), para poder entender los procesos de aprendizaje en el niño y el adolescente y así especificar las características de la entrevista en cada caso.

### Niños

Piaget, (1995) en su escrito "Seis estudios de psicología" comprende la primera infancia de los dos a los siete años, en donde el niño es capaz de reconstruir sus acciones pasadas bajo el relato y de anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal. Califica el desarrollo mental en tres instancias, la primera, la socialización de la acción; la segunda, la aparición del pensamiento que tiene como soportes el lenguaje interior y el sistema de signos; y el tercero, la interiorización de la acción como tal, que pasa de ser motriz y perceptiva al plano intuitivo de las imágenes y las experiencias mentales.

En esta etapa el niño utiliza el pensamiento simbólico y egocéntrico que hace que el niño entienda el mundo desde su propia perspectiva, comienzan gradualmente a descentrarse (a ser menos egocéntricos), a comprender y a coordinar múltiples



puntos de vista. En el niño, los primeros sentimientos morales, surgían del respeto y como obediencia a los padres o el adulto.

La infancia de los siete a los doce años, el niño deja interpretar las experiencias intuitivamente para interpretarlas objetiva y racionalmente, aplica operaciones lógicas, al aplicar estas operaciones de manera lógica, el niño aprende a comprender los conceptos básicos de la conservación, la clasificación y otras ideas científicas.

“...desde el punto de vista de las relaciones interindividuales el niño, a partir de los siete años, es capaz, efectivamente, de cooperar puesto que ya no confunde su propio punto de vista con el de los demás, sino que disocia estos últimos para coordinarlos”. (Piaget, 1995; p. 55).

Respecto a la afectividad, el sentimiento consiste en el respeto mutuo, esto se debe a que los individuos se atribuyen un valor personal equivalente y no se limitan tal o cual de sus acciones particulares.

Descrito esto, Keats, (2012) explica las características de lo que es una entrevista a niños.

- Refiere la problemática al entrevistar a los niños, como lo es atraer su atención y conservarla, pues dicha atención es limitada y su distracción es mayor.
- También menciona su limitado vocabulario, su falta de comprensión de estructuras de frases complejas, su comprensión en general y su memoria.

- El niño, puede reaccionar con entusiasmo si el percibe interés en lo que tienen que decir, pero también, pueden reaccionar de forma negativa si perciben que el entrevistador toma una actitud autoritaria y sobreprotectora.
- Sus respuestas están compuestas de fantasías mezcladas con realidad, que, en su defecto, pueden ser confundidas como mentiras por parte del entrevistador, lo cual requiere, por parte del entrevistador, tomar conciencia de estas tendencias y no asumir un fallo en la entrevista con el niño.
- Dar tiempo para establecer afinidad con el niño, y sólo así, iniciar con la entrevista; el tiempo para iniciar la entrevista suele tardar más con el niño que con el adulto; existen dinámicas de juego para establecer una afinidad, se recomienda llevar a cabo esta dinámica gradualmente y no desde el inicio, debido a que puede desviar su atención y retardar la entrevista.
- Recomienda bajar físicamente al nivel del niño, su visión del mundo se encuentra aproximadamente entre las rodillas y la cintura de un adulto, si está sentado, la visión del niño es el cuello y el pecho de un adulto, esto con la finalidad de hacer contacto cara a cara con el niño.
- El lenguaje debe ser sencillo y directo, elegir un vocabulario al nivel adecuado permite que el niño entienda lo que se le está diciendo y así mantener su atención, en lugar de hablarle con términos y conceptos abstractos que no conozca y le dificulte entender.
- Evitar lo hipotético (si), el subjuntivo (puede ser), cláusulas condicionales y preguntas teóricas, iniciar la oración con el tema central, no con frases o cláusulas subalternas.

- La duración de la entrevista debe ser corta, una entrevista larga puede cansar al niño dejando sin posibilidades continuar la entrevista; proporcionar más descansos si el niño está cansado y retomar la entrevista.
- Dejar los aparatos de grabación, los planes de entrevista y las pertenencias personales fuera de la visión del niño, esto no sólo reduce las distracciones, sino, también, ayuda a que el niño no se asuste con los aparatos de grabación.
- No recomienda hacer uso de recompensas, debido a que el contenido de la entrevista debe ser interesante y motivador para el niño, si en su caso se requiere ofrecer recompensas, hay que decir claramente al niño desde el principio que se espera de él para ganársela, no se debe de cambiar las condiciones a medio camino y se debe dar la recompensa si se ofreció.
- Los castigos tampoco son adecuados para entrevistar a los niños, no se debe de regañar al niño si tiene un comportamiento no adecuado y, al contrario, tratar de encontrar la causa y ponerle remedio.

Morga, (2012) sugiere algunos elementos básicos para este tipo de entrevista.

- a) Entrevista para niños: examinar la relación con sus padres, con sus hermanos, con sus compañeros, con sus maestros; dificultades particulares con algún tema o asignatura; gustos en referencia a juegos, actividades y diversiones; opinión del niño en referencia al motivo de consulta.
  - Observaciones generales del entrevistador.

- b) Entrevista a los padres del niño: datos generales como: nombre, domicilio, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación de los padres, lugar que ocupa en la familia, motivo de la exploración.
- Datos familiares.
  - Datos económicos.
  - Datos socioeconómicos.
  - Desarrollo y hábitos familiares: datos del embarazo y el parto, peso y talla del niño al nacer, hábitos de alimentación y sueño del niño durante el primer año de vida, enfermedades del niño durante el embarazo.
  - Áreas de desarrollo psicológico del niño: motricidad, lenguaje, socialización, desarrollo intelectual, conductas de autocuidado, hábitos del niño, relaciones interpersonales del niño, sexualidad en el niño.
  - Observaciones generales del entrevistador.

## Adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. En los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. También

las experiencias que incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.

La entrevista psicológica para el adolescente según palabras de Sarlé (sf), proporciona el contexto para la exploración directa de cómo percibe el propio adolescente el problema que manifiesta y esta permite la evaluación de su estado global del desarrollo y del estado mental.

Sarle (sf) califica la entrevista para adolescentes como: evaluativa, que permite la evaluación de los diversos aspectos de la clínica psiquiátrica, es decir la semiológica, nosográfica, psicopatológica, psicodinámica, individual e intrafamiliar; y la terapéutica ya que las tentativas de clarificación de las dificultades y síntomas, su desarrollo y la reflexión sobre ello puede tener un efecto resolutorio.

El adolescente, no reconoce fácilmente que sus problemas y síntomas son personales, y su origen los adjudica a factores externos como los son los padres, profesores, pareja, sociedad, etc. Es por ello, que se debe llegar hasta el motivo implícito que le ha llevado hasta la demanda.

El adolescente casi siempre, se encuentra durante las entrevistas ante una situación nueva, ya que posiblemente, se trata de la primera vez que puede comunicarse con un adulto que no es, familiar o educador, y que se preocupa de su mundo interno, sus emociones y sentimientos, y sin actitud de juzgarlo. Las entrevistas pueden servir para iniciar un conjunto de experiencias que crean un aprendizaje, en una nueva relación, reflexión, clarificación, delimitación de dificultades al mismo tiempo

que el reconocimiento del origen intrapsíquico y no únicamente reaccional, como él podía creer a priori.

Siguiendo con Sarle (sf), el adolescente presenta en esta etapa la adquisición de las siguientes capacidades que son:

- Identidad: encontrar un sentido coherente a su existencia.
- Intimidad: adquirir la capacidad para las relaciones maduras.
- Integridad: adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.
- Independencia psicológica: adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo, sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta.

Morga, (2012) recomienda estos pasos en la entrevista para adolescentes:

- Datos generales
- Datos familiares. Relaciones familiares
- Datos socioeconómicos
- Desarrollo escolar: evolución y resultados en las distintas etapas de escolarización.
- Desarrollo personal: relaciones interpersonales, actividades, intereses, aptitudes, adicciones.
- Sexualidad adolescente: noviazgo, educación sexual, masturbación.
- Área laboral: sólo si el menor labora.
- Observaciones generales del entrevistador.

## Entrevista a adultos mayores

Según el Instituto Nacional De Geriátría (INGER) en México, la vejez es la etapa de la vida cuyo inicio es determinado por cada sociedad. Actualmente, en los países en desarrollo como México se acepta como inicio de la vejez los 60 años, mientras que en los países desarrollados esa edad es a los 65 años. La vejez se define también como una construcción social tanto individual como colectiva que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios socio-históricos. (INGER, 2015).

Para Keats, (2012) entrevistar a adultos mayores resulta complejo, puede que el entrevistador se sienta inexperto o muy joven, o puede ser el caso en que el entrevistador se sienta superior en relación con el adulto mayor por su fragilidad física, en este caso, algunos adultos mayores refuerzan estos sentimientos adoptando una pose sumisa o de debilidad.

Keats, (2012), menciona las características relevantes en la entrevista con el adulto mayor:

Las limitaciones físicas del adulto mayor son parte de la frustración del entrevistado, sus limitaciones auditivas y de la vista pueden ser confundidas con alguna limitación mental. En estos casos, en cuanto a la limitación auditiva, se necesitará hablar más fuerte de lo normal (sin gritar) y tener que repetir las cosas frecuentemente. En cuanto a la limitación visual, no siempre será posible sostener contacto visual, en otros casos, el adulto mayor, observará fijamente o de manera cercana al entrevistador, sintiendo este último, incomodidad. En ambos casos se deberá tener conciencia por parte del entrevistador al no hacer personal estas conductas.

La comodidad también es importante, debido a que el adulto mayor no puede movilizarse con la misma facilidad de un adulto, adolescente o niño; una silla confortante puede ayudar a la comodidad del entrevistado.

La limitación de la memoria puede hacer que el adulto mayor sea olvidadizo y cambie de tema abruptamente no recordando el nombre del entrevistador, o el tema del que se estaba hablando.

La personalidad del adulto mayor puede ser excéntrica y orgullosa, ellos esperan que los demás estén a su disposición o, al contrario, se resienten si se requiere interferir con su independencia; esta incongruencia entre el desamparo y obstinación puede ser difícil para los entrevistadores que no tiene experiencia de trato con los ancianos.

Los adultos mayores ven sus limitaciones como relativas y se comparan con otros más infortunados, las actitudes serviciales de los jóvenes sólo sirven para acentuar su invalidez y provocar su resentimiento.

Los adultos mayores esperan respeto y consideración, las fallas de la vista, el oído y la memoria, requieren que el entrevistador sea cuidadoso; para los problemas auditivos, se debe buscar un lugar donde no haya mucho movimiento y ruido de fondo, examinar cual es el “lado bueno” auditivo del entrevistado antes de comenzar con las preguntas.

El adulto mayor se caracteriza por demostrar su independencia, en algunos casos el adulto mayor vive bajo el régimen de alguna institución, como lo es un asilo, esto les impide tener la posibilidad de ejercer independencia de acción o decisión, así que para ellos es importante demostrar que pueden realizar por sí mismo actividades por pequeñas que sean.



Hay adultos mayores que se rehúsan a cooperar en la entrevista, algunos desde el inicio y otros durante la entrevista, para estos casos se necesita de paciencia, este rechazo hacia la entrevista puede ser por efectos de su edad avanzada, característica de su personalidad o la falta de afinidad hacia el entrevistador. Esto puede deberse al miedo que el adulto mayor pueda sentir ya que puede pensar que la entrevista se debe a posibles revisiones de los derechos de pensión, aumento en su contribución a las cuotas del asilo, o que vayan a ser internados en un asilo; por lo tanto, es indispensable que se le comunique claramente el propósito de la entrevista antes de proceder con las preguntas.

## Entrevista a casos especiales

La entrevista psicológica también se aplica a casos especiales como los son las personas de diferentes culturas.

Keats (2012), se refiere, en el caso de las entrevistas con personas de diferentes culturas, al uso de un intérprete; sin embargo, recomienda alternamente, usar un plan de preguntas por escrito y se tenga en mano para que, el que responde, las pueda consultar si es necesario; además, estas preguntas deben estar doblemente traducidas. Esto quiere decir que las preguntas primero deben de estar traducidas al idioma del que responde y de ahí un traductor independiente hace otra traducción al español.

Es un procedimiento que lleva un tiempo, pero es más eficaz que la sola traducción de un intérprete; ya que, en su caso, habrá personas que se les facilite leer otro idioma que el hablarlo o, existe la posibilidad de que el intérprete no pueda traducir

sin distorsionar. Al contratar a un intérprete será necesario asegurarse de sus antecedentes, su idioma o lengua e identidad étnica, y estos sean aceptables para el que corresponde.

Keats (2012), menciona que el sexo del interprete, del entrevistador y el entrevistado; el sexo del entrevistador influye en las respuestas especialmente si el contenido de la entrevista toca asuntos personales como higiene, relación entre marido y mujer u otros aspectos de la conducta sexual; así mismo, este tipo de temas y la presencia de un intérprete, son factores predominantes que inhiben la discusión.

También menciona que, en muchas culturas, mantener interacciones sociales fáciles es más importante que llegar a obtener la interpretación correcta de lo que quiere decir el que habla. Las expresiones idiomáticas son más difíciles de usar correctamente en otro idioma y se presentan al mayor grado de interpretación para el que no domina ese idioma.

Al entrevistar a personas con diferente cultura, es necesario tomar precauciones debidas de acuerdo a lo que el entrevistado requiera, como el conocer la cultura desde antes para que, llegado el caso, no se tengan tantos inconvenientes.

## Entrevista a familias

Se puede definir la familia, según palabras de Malde (s.f) como “la unión de personas que comparten un proyecto vital en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, en el cual existe

un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”. (prr. 1).

Correa, (2011) describe en su portal de internet, la entrevista familiar como la perspectiva que se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona, con la de otras, en este caso con los integrantes de su familia.

Señala dos objetivos de la entrevista a familias que son:

- Recabar información más comunicación, sobre el estado del beneficiario o paciente identificado y de su familia.
- Modificar algún aspecto relacionado con el síntoma del beneficiario y/o de la familia (propia y de origen).

Las fases de la entrevista inicial a la familia, según Correa (2011) son:

- Pre sesión: Es el primer contacto, previo a la sesión y la definición del contexto (esto es por vía telefónica o en forma personal). Su duración oscila entre 15 a 20 minutos, antes de la primera sesión, el propósito de la pre sesión, es el de discutir la información que parece más relevante, así mismo elaborar las primeras hipótesis de lo que pueda estar ocurriendo en la familia para definir estrategias de intervención y técnicas concretas para complementar las estrategias ya definidas.

- Paciente identificado. Es el miembro de la familia que se presenta o es presentado como el sintomático principal de la familia. Su sintomatología o conducta problema del paciente identificado suele ser el motivo fundamental del contacto inicial que hace una familia con un servicio terapéutico. Cabe recalcar que, el paciente identificado no es necesariamente el miembro de la familia que, desde la perspectiva de un Observador objetivo, parecería tener los problemas más notables.

La patología individual sólo es comprensible dentro del contexto de la interacción familiar, esto quiere decir que, cuando el paciente identificado manifiesta una problemática, impide los cambios en el contexto del ciclo de vida familiar, e impedir el necesario ciclo de la separación entre padres y adolescentes; se bloquean los procesos de la individuación de toda la familia y se evaden los pasos que llevan a la separación.

Los síntomas también son parte de una importante función en otras fases del desarrollo familiar, como ejemplo: los conflictos entre los padres pueden desviarse hacia los hijos (triangulación), o puede utilizarse a los niños para regular las necesidades de los padres, de proximidad y distancia.

La función de los síntomas, pueden ser contradictorias, una: pueden servir para mantener una modalidad patológica de homeostasis; o dos, ofrecen a la familia una oportunidad de cambio (siendo los síntomas del paciente identificado, lo que ha llevado a la familia a terapia).

Siguiendo con Correa, (2011); él plantea estrategias y técnicas de orientación familiar como lo son:

- Las metas a corto y largo plazo: que quiere decir lo que el terapeuta se plantea conseguir durante la entrevista.
- Las metas a largo plazo, que dependen del terapeuta y la familia, que se han propuesto como finalidad de la terapia y los medios para conseguir ambos las metas señaladas.
- Para establecer las metas planteadas se hará uso de la “Creación de atmósfera”, es decir, que el terapeuta se centrará en aspectos positivos del beneficiario durante la entrevista para mejorar su imagen.
- Las hipótesis son formulaciones que el terapeuta y el equipo reflexivo hacen sobre el funcionamiento familiar. Sirven como punto de partida pues no se pretende ser la verdad sobre el funcionamiento familiar, sino una construcción teórica cuyo valor depende de posibilitar una visión suficientemente clara de lo que está ocurriendo en la familia.
- Neutralidad: es la actitud del terapeuta hacia los miembros de la familia, el terapeuta debe mantener el grado de proximidad y distancia con todos los miembros de la familia y, de ese modo, permanecerá en el nivel de “metacomunicación” durante la terapia.
- La formulación de un contrato terapéutico permite esclarecer donde es más oportuno reunirse según los casos y las circunstancias como lo es en un consultorio externo, visita a domicilio, en la escuela o en un instituto, centro o pasar de una sede a otra.
- Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares, por

ejemplo: Las reglas que se aplican a la conducta de los padres (subsistema parental) suelen ser distintas de las que se aplican a la conducta de los hijos (subsistema filial). Así, normalmente los padres tienen más poder de decisión que los hijos.

Los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros.

- Límites Difusos. Son aquellos que resultan difíciles de determinar. Los límites difusos caracterizan a las familias “aglutinadas”, estas no tienen límites establecidos claramente y no saben cuál es el rol de cada uno de sus miembros.

“Familia Aglutinada. Es aquella que tiene una excesiva permeabilidad en sus límites internos. La debilidad de los límites compromete la autonomía de los subsistemas familiares y tiende a sentirse “amargado” uno o todos los miembros de la familia. En realidad, son familias con límites difusos. Las características generales de las familias aglutinadas son: Exagerado sentido de pertenencia, ausencia o pérdida de autonomía personal, poca diferenciación entre subsistemas con poca autonomía, frecuente inhibición del desarrollo cognitivo/afectivo en los niños, todos sufren cuando un miembro sufre, el estrés repercute intensamente en la totalidad de la familia” (Correa, 2011).

- Los límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado. Los límites rígidos caracterizan a las familias desligadas.
- Las familias desligadas son aquellas que se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema. Comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Las características generales de las familias desligadas son: Exagerado sentido de independencia, toleran un amplio abanico de variaciones entre sus miembros, ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia, no piden ayuda cuando la necesitan, el estrés que afecta a uno de los miembros no es registrado por los demás, bajo nivel de ayuda y apoyo mutuo.
- Los límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables, y estos comportan una adaptación social. La formación de límites constituye un requisito previo y fundamental, para cualquier tipo de sistema, en los sistemas vivientes complejos que incluyen a las familias, deben formularse reglas; estas determinan cómo debe comprenderse la conducta o una clase de conductas.

En el ámbito de los honorarios pueden suceder, o puede construir el terapeuta en sinergia con el beneficiario. Algunos terapeutas, se manejan con un solo tipo de tarifa. En este caso solamente se limita a explicitarlo, pero en el caso que el beneficiario no pueda pagar tales honorarios, puede llegarse a acordar una

frecuencia diferente a la de una sesión semanal, por ejemplo, una sesión cada quince días o reducir el tiempo a la mitad de la hora de consulta. Estas estrategias, tienen la finalidad de que el beneficiado pueda pagar tal monto y acceder a la terapia con dicho profesional que de ninguna manera está dispuesto a rebajar sus honorarios (Correa, 2011).

## Etapas de la entrevista

### Inicio y el Rapport

La entrevista inicial es de suma importancia, pues será un punto de partida para la obtención de información por parte del paciente.

Se necesita que se establezca el contenido de la entrevista, esto permite que el entrevistador no permita que se desvíe del tema principal durante esta, así mismo se necesita de una breve introducción que permitirá se establezca lo que se espera del entrevistado, así como de lo que se espera del entrevistador.

Vallejo Nájera (citado en Díaz, 2011, p. 23) considera que la entrevista debe ir siempre dirigida a establecer un buen "Rapport", una relación cordial, afectuosa, de confianza, de aprecio y respeto mutuo que debe unir siempre al médico con su enfermo; la finalidad de este "Rapport" es la de obtener del paciente el estado de ánimo conveniente para acatar las indicaciones del psicólogo.

Si al inicio de la entrevista no se logra este "Rapport", se recomienda posponer la sesión debido a que las respuestas del paciente se verán forzadas, engañosas o



simplemente interrumpirán la entrevista sin dar pie a seguir colaborando con el entrevistador (Acevedo & López, 2014).

Para establecer un buen “Rapport” es necesario que el entrevistador manifieste, desde un principio, que la información obtenida sólo se tratará de manera confidencial, para darle seguridad al entrevistado y no sentirse amenazado por exhibir sus datos personales, el mostrar interés por parte del entrevistador hacia el entrevistado permite que este último no se sienta rechazado o ignorado y tendrá la certeza de que sus palabras tendrán valor (Acevedo & López, 2014).

Partiendo del logro del “Rapport” hacen referencia a ciertas características que se presentan a continuación Colín, et al, 2013):

- Se estipula el costo y el tiempo que va a requerir dicha sesión, ya que es necesario que el paciente conozca desde un inicio como debe de prevenirse en cuanto al costo monetario y a la puntualidad del pago, así como de la duración de la sesión y pueda planificar sus horarios y actividades del día de las sesiones posteriores.

Cabe recalcar que también se le debe de informar que toda sesión psicológica tiene un costo y, si en el caso de no acudir a una sesión, esta también se cobrará, así mismo se le refiere que en caso de no acudir debe de anticipar su inasistencia para reajustar la fecha y el horario para la próxima sesión.

- Se inicia conociendo la razón de la consulta, haciendo un registro de datos denominada ficha de identificación que incluye: nombre, domicilio, lugar y fecha de nacimiento, edad, escolaridad, dirección, sexo, estado civil, ambiente étnico y cultural, ocupación, motivo de la consulta.
- Se explora el motivo aparente de la consulta mediante algunas intervenciones aclaratorias que puedan proporcionar más claridad e información acerca del motivo que lo llevo a la consulta psicológica.

## Cima

Acevedo y López (2014) manifiestan en esta etapa cuando el entrevistador ha obtenido datos suficientes para tomar una decisión y ésta es si el paciente cumple o no con los requisitos de la situación; de aquí se comenzará con la etapa final y esta será exclusivamente determinada por dicha decisión tomada durante la cima.

## Cierre

Esta es la última de las etapas de la entrevista; en el cierre, se le menciona al paciente la primera impresión acerca de lo que ha comunicado minutos antes de que la entrevista concluya, esta impresión debe ser aclarada, debido a que no exista confusión por parte del paciente, y explicarle que no es un diagnóstico, si no el inicio de una evaluación.

Colín et al, (2013) explican cómo abordar el cierre de la primera entrevista.

- Se le informa como procederán las sesiones subsecuentes y dependerá de la evaluación de la entrevista inicial si se necesitarán instrumentos de aplicación o la consulta de otros especialistas para la integración de un diagnóstico. Asimismo, se le comunicará lo entendido de su problema y qué alternativas se le pueden ofrecer.

Se proponen algunos criterios para determinar si se logró afianzar el propósito de la entrevista a partir de cuatro puntos (Sullivan, citado en Colín et al. 2013):

- **La declaración final**, es el momento en el que el psicólogo hace referencia a los datos que considera relevantes de la entrevista del paciente a manera de confirmación de que todo se escuchó y se entendió de la forma adecuada.
- **La prescripción de la acción**, implica que se le dará al paciente la posibilidad de continuar con algún tema en las siguientes sesiones, con el fin de seguir explorando sobre su propia vida, o se le referirá con otro profesional para que sea atendido y dé seguimiento al proceso.
- **La apreciación final**, se refiere a la apreciación mental que el psicólogo debe llevar a cabo, al final de la entrevista de como observó al paciente en cuanto a las capacidades, así como de las posibilidades de avance que puede tener de acuerdo con la problemática presente.
- **La despedida formal**, que implica el terminar de establecer el encuadre, indicando las frecuencias de las entrevistas, su duración, los días, el horario y los honorarios.

Cabe recalcar que, al final de la entrevista es necesario que el psicólogo haga un corte de la sesión unos minutos antes de que concluya, indicándole al paciente que su tiempo está por terminar, así el paciente no tendrá que prolongar el tiempo de su discurso y tampoco tendrá la sensación de terminar su discurso abruptamente.

Posterior al cierre de la entrevista, se debe de redactar un informe en el que aparezcan las observaciones del psicólogo, así como las evaluaciones, conclusiones y resultados de la entrevista (Acevedo & López, 2014).

## CAPITULO II COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA

### Comunicación

Para explicar el proceso de comunicación y sus componentes, se tomará como referencia a los autores Acevedo y López, (2014), quienes hacen una explicación completa del proceso de la comunicación.

La palabra comunicación en su origen latino teniendo raíz común con palabras como “comunidad” y “comuni6n”, la palabra comunicaci6n implica la idea de compartir algo con otro ser humano (una casa, comida o informaci6n o ideas) por que el compartir una idea enriquece ambas partes del convenio.

A continuacion, se desarrollarán los elementos más relevantes de “La Nueva Teoría de la Informaci6n” citado por Acevedo y López (2014; pp.51-68), que se han establecido tres elementos instituíbles para que la comunicaci6n se lleve a cabo:

- **Transmisor:** es la persona que habla
- **Receptor:** es el punto de destino del mensaje (destinatario) la persona que escucha.
- **Mensaje:** en el sentido más amplio consiste en el potencial del mensaje y conocimiento del ser humano; en el sentido más estricto, consiste en una cadena de manifestaciones verbales (palabras) con una intenci6n y significado específicos para cada caso.

- **El canal de comunicación:** es el método que se utiliza para transmitir el mensaje; puede ser oral, gráfico, mímico, etc. Pero el único que lleva un proceso afín es el de interacción oral.

La comunicación como tal, puede tener interferencias (incomprensiones, equivocaciones, etc.) que pueden perder o disminuir la comprensión íntegra de la información. La percepción consiste en la transformación de la información que hace el receptor. Cuando el receptor percibe algo diferente de lo emitido, se produce una confusión y la comunicación resulta deficiente.

La retroalimentación o retrocomunicación es el proceso del que antes era emisor, es a este nivel donde se puede constatar si el proceso de percepción fue satisfactorio o si el mensaje real se perdió.

Si A desea transmitir una idea a B, primero lo confronta con sus propias necesidades, experiencias, actitudes, etc.; después transforma la idea en palabras o cualquier otro signo y lanza el mensaje; entonces B recoge los signos transmitidos, los transforma (en base a su sistema perceptual) y los reorganiza en base a sus experiencias pasadas. De esta manera B estará en posición de reiniciar el proceso.

Las influencias psicosociales son factores adicionales que afectan el encuentro de dos seres humanos.

- **TRANSMISOR (MENSAJE ESCRITO, VERBAL Y NO VERBAL)**

El transmisor puede empezar el proceso de la comunicación eligiendo uno de los tres canales de comunicación: el lenguaje oral, el escrito o el lenguaje no verbal (gestos, expresiones faciales, etc.) o alguna de sus posibles combinaciones.

- MENSAJE (MEDIO AMBIENTE)

Sin importar el tipo de canal que haya elegido el transmisor, cuando este surge a la realidad física (medio ambiente) en su camino hacia el receptor, sufre ciertas decadencias: puede bajar el volumen, puede ser distorsionado por condiciones adversas en el medio, puede tener que luchar con otros mensajes por el dominio del medio en el cual está viajando, etc. Su camino puede llegar al receptor en malas condiciones.

- TRANSMISOR (CONTEXTO EMOCIONAL DEL TRANSMISOR).

En un sistema de comunicación, si el transmisor es un ser humano, cuando la idea emerge en forma de mensaje, las emociones juegan un papel importante en el proceso, el mensaje está inevitablemente conformado según sus sentimientos y emociones.

- TRANSMISOR (CONTEXTO TOTAL DEL TRANSMISOR).

Todas nuestras ideas están influenciadas por imágenes y pensamientos que se encuentran en la mente, desarrollados por la experiencia, por la herencia y la educación adquirida.

- TRANSMISOR (IMPOSIBILIDAD DE DESCRIBIR TODO).

El proceso de describir una idea con palabras resulta casi incompleto y, por lo tanto, defectivo; debido a la propia inhabilidad del transmisor para explicar sus pensamientos de una manera total.

- RECEPTOR (ESCUCHA SOLAMENTE UNA PARTE).

El receptor presta mayor interés a alguna parte del mensaje y no pone atención al resto del mensaje que está percibiendo. El mensaje no logra llegar a su destino y el receptor oye solamente una parte.

- RECEPTOR (ESPERA SOLAMENTE UNA PARTE).

El receptor esperará percibir una cierta idea, cuando el mensaje es parte de una conversación larga y ha sido antecedido por otros mensajes, no recibirá el mensaje total. Los mensajes anteriores han perjudicado al receptor con respecto a la clase de mensajes que puedan seguir. Como consecuencia, cuando el mensaje no llega, no se llenan las expectativas que se tienen. Si sólo se espera una parte del mensaje, sólo recibe una parte del mensaje.

- RECEPTOR (CONTEXTO TOTAL DEL RECEPTOR).

El receptor le transmite al mensaje que recibe las características de su propio contexto al irse convirtiendo en mensaje, así como el trasmisor.

- RECEPTOR (CONTEXTO EMOCIONAL DEL RECEPTOR).

El receptor impone a los mensajes que recibe sus propios sentimientos y su estado anímico actual.



- RECPETOR (EL RECEPTOR EXTRAPOLA).

El receptor, una vez que ha recibido el mensaje, trata de ajustarlo a su propio sistema de ideas, para probar su validez, explotar esta idea o generar otras ideas similares. Con este ajuste, el mensaje se llega a distorsionar y hace que el receptor no asimile cualquier otra interpretación de la información que recibió.

- COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación no verbal es un proceso particularmente inconsciente que actúa en el comportamiento humano, que, para evitar manejarlo de manera impropia y subjetiva, el entrevistador deberá contar con la posibilidad de ubicar áreas precisas de exploración; la comunicación no verbal manifiesta la diferencia entre lo que nos dice el interlocutor y lo que realmente quiere dar a entender o hacer sentir.

Se distinguen tres áreas de estudio en el análisis de la comunicación no verbal:

- Nivel consciente: análisis del control personal o actuación.
- Nivel semiconsciente: el análisis de los códigos gesticulares que son el conjunto de ademanes significativos que el hombre ha asimilado a través de la interacción social cotidiana.
- Nivel inconsciente: el análisis de los actos reflejos o reacciones fisiológicas del hombre ante determinados estímulos emocionales.

Estos conjuntos están introducidos en un contexto dinámico que son: el guion interno, el cual es la combinación de dos momentos simultáneos: el primero es la capacidad de abstracción y distanciamiento con el ocurrir de la comunicación y el segundo consiste en la claridad de los objetivos que se pretenden alcanzar, para lo cual es indispensable el buen manejo de estrategias y tácticas adecuadas; los signos de silencio, son todos los indicadores, tanto culturales como reacciones reflejas que pueden ser controlables a voluntad y por último por signos de las cosas que es la presentación combinatoria verbal que captamos, incluyendo, además de la carga lógica de las palabras, la acentuación de los enunciados. (Acevedo & López, 2014)

## Entrevistador y entrevistado.

En este apartado se detallarán las características del entrevistador y el entrevistado, ya que el rol que cada uno lleva (entrevistado) y debe llevar (entrevistador) es parte fundamental en el vínculo que se establecerá entre el psicólogo y el paciente.

## Rol del entrevistador

Cárdenas & Castillo, (2011) en su Blog, clasifican los rasgos de carácter y personalidad que el entrevistador debe satisfacer que son:

1. Auto-conocimiento.
  - a) Darse cuenta del origen y causa de un determinado hecho.

- b) Recapacitar sobre su reacción ante el hecho.
- c) Suponer en que forma va este hecho a modificar su conducta.

2. Auto-aceptación.

- a) La capacidad de sentir aceptación hacia uno mismo lleva aparejada la capacidad para aceptar a los demás.
- b) Tener la capacidad necesaria para soportar presión y manejar tensiones.
- c) Tener la capacidad necesaria para tratar a los entrevistados como seres humanos y no como objetos que se manipulan como máquinas.

3. Comprensión.

El entrevistador tiene que ser comprensivo porque esto le permitirá sentir como propia experiencia todo aquello que los entrevistados estén sintiendo.

Un buen entrevistador estará sensibilizando ante las distintas características sociales y educacionales de su entrevistado, para así poder comprender las diversas actitudes, formas de actuar, de hablar, de sentir y de pensar del sujeto en cuestión.

4. Espontaneidad.

La capacidad para comprenderse espontáneamente facilita la comprensión de los demás; durante el proceso de la entrevista la espontaneidad del entrevistador brinda al entrevistado un marco de confianza, que le permite adquirir seguridad a través de saber cómo está siendo visualizado.

5. Auto-confianza.

El auto-conocimiento y la auto-aceptación actúan en el ser humano como un marco de referencia que le va a permitir llevar un aspecto más sólido y

sobre todo más conocido; el hecho de conocerse a sí mismo en todas las variaciones significa estar más seguros y tener menos ansiedad.

6. Ecuanimidad.

Su potencial de ecuanimidad le permite al entrevistador no mostrarse ansioso y evitar bloqueos en el plan que se ha trazado para la entrevista. La ecuanimidad va a permitir al entrevistador aprender a escuchar y, por lo tanto, es el origen de la siguiente característica necesaria.

7. Capacidad para escuchar.

El entrevistador deberá aprender a mantenerse atento a través de una “atención flotante”, tratando de no centrar la atención sobre un aspecto específico de la información que está recibiendo, ya que esto parcializa el material obtenido.

8. Auto-realización.

El crecimiento y el desarrollo no son cosas que puedan forzarse: solo se puede fomentar o facilitar por medio de un ambiente y unas metas propicias.

9. Flexibilidad.

El entrevistador no debe aferrarse a un sistema de entrevista ya conocido y experimentado, deberá estar abierto a la improvisación y la experimentación.

10. Genuinidad.

Esta característica permite mostrar al entrevistador tal y como es sin necesidad de disfraz. Si el entrevistado percibe una actitud genuina en el entrevistador será más fácil para él comportarse de la misma manera.

11. Capacidad para generar empatía.

La empatía es la que permite imaginar, o más aún, vivir lo que otra persona está sintiendo y viviendo en determinado momento. La empatía y la comprensión van tomadas de la mano, pero se puede especificar diciendo que la comprensión se da a nivel intelectual y la empatía a nivel emotivo.

12. Humanidad.

Dentro del proceso de la entrevista, la humanidad del entrevistador juega un papel muy significativo, ya que involucra: el interés y el cuidado por el entrevistado en un plano personal y afectivo; su aptitud para advertir los tanteos del entrevistado en busca de una mayor autenticidad y, así, brindarle apoyo y reconocimiento.

13. Compromiso.

El compromiso o continua involucración requiere de interés y energía.

Así mismo Cárdenas y Castillo (2011) también mencionan los errores que comete el entrevistador en el transcurso de una entrevista y que deben ser evitados.

1. Entrevistadores no entrenados.

Optan por obtener muy poca información relevante: al final de la entrevista, se ven obligados a llenar los reportes con información sacada de sus propias cabezas, lo cual nunca es fidedigno.

2. Variabilidad del contenido.

Casi todos los entrevistadores tienden a cuestionar al entrevistado sobre las áreas que tienen interés para ellos o piensan que son más importantes.

3. Variabilidad del cuestionario.

Los entrevistados, tratan de dar la respuesta que ellos consideran que el entrevistador desea, en lugar de ofrecer la verdadera.

4. Interpretación desigual.

Aún en aquellos casos en los que los entrevistadores obtienen la misma información proveniente de varios interlocutores, tienden a interpretarla y evaluarla de manera desigual.

5. Decisiones prematuras.

La mayoría de los entrevistadores suelen tomar sus decisiones previamente y buscan la información que soporte su decisión. Sus interpretaciones iniciales derivadas del hecho de poner información en los puntos donde no ha sido brindada por su interlocutor, resultan absolutamente decisivas.

6. Aproximación negativa.

Las actitudes de los entrevistadores no entrenados afectan la información obtenida o cambian la impresión original favorable hacia una desfavorable lo cual puede sugerir que con su propósito es la búsqueda de información negativa.

7. Decisiones desconfiables.

Un candidato que es entrevistado por dos diferentes personas con miras al mismo puesto, puede ser considerado calificado para el trabajo por uno y descalificados por otro.

8. Condiciones pobres de entrevista.

Un entrevistador tiene que enfrentarse a muchas personas. Ya que el tiempo es un elemento crítico, la entrevista es apresurada, y las que pudieran ser

áreas críticas de información son regaladas. Esto se puede dar en caso de tener muy poca oportunidad para la privacidad durante la entrevista; entonces, se reduce el nivel y el volumen de información que podría obtenerse.

9. Información impropia.

Los entrevistadores piden información que resulta impropia porque constituye una invasión de la privacidad del entrevistado o viola leyes federales o estatales con respecto a la igualdad de oportunidades de trabajo.

10. Decir y vender desempeño.

El entrevistador lleva casi todo el peso de la conversación en un esfuerzo por vender al paciente la necesidad de mejorar su desempeño en el tratamiento.

Colín et al (2013) menciona los factores de riesgo en la entrevista clínica relacionados con el entrevistador y menciona que se debe saber sobre las consignas dadas al consultante, quien debe saber sin ambigüedades qué se espera de él en este proceso de acuerdo con la técnica utilizada por el entrevistador, el entrevistador debe preocuparse por lograr captar la mayor parte de datos, descartar lo más irrelevante del discurso, formular preguntas pertinentes y retener en la mente todo el material posible de la entrevista, lo cual implica un alto grado de ansiedad y consumo de energía que impide obtener una atención abierta, así como reflejar al consultante su genuino interés por comprender la intensidad de sus afectos y los conflictos por los que está atravesando.

## Rol del entrevistado

El rol que maneja el paciente en la entrevista psicológica depende de las expectativas que este tenga, su ideología y la necesidad y la demanda que requiera. Serrano (2014), especifica las características de las expectativas que manifiestan los pacientes en la terapia psicológica que son:

1. Metas generales:
  - a) Querer ser feliz
  - b) No recordar lo malo
  - c) No tener problemas
2. Recuperar la normalidad de un pasado para afrontar un futuro.
  - a) Volver a la normalidad de siempre y mejorarla.
  - b) Mejorar el estado de ánimo hasta conseguir la normalidad, aunque no vuelva a ser el mismo.
  - c) Ser quien era.
  - d) Recuperar la calma.
  - e) Recuperar a la pareja, familia, amigos, trabajo, etc.
3. Esperan que las terapias les enseñen herramientas para poder aplicar en el afrontamiento adecuado de sus problemas, es decir, asumen abiertamente que han de hacer algo.
  - a) Esperar que el psicólogo les ayude a superar los problemas y se relajen.
  - b) Aprender a controlar situaciones que les generen estrés.



- c) Obtener ayuda para lograr mayor efectividad, dinamismo y confianza en la realización de sus tareas.
  - d) Obtener herramientas para poder aplicar a sus situaciones diarias.
4. Expectativas centradas en la valoración que hacen de ellos mismos, clave para el auto-concepto y la autoestima.
- a) Conocerse a sí mismo y quererse tal como son.
  - b) Valorarse positivamente.
  - c) Mejorar su autoestima, la manera de ver las cosas, de ver el futuro de actuar.
  - d) No sentirse mal consigo mismo y aceptarse como son.
  - e) Cambiar su forma de ser.
5. Bajas expectativas.
- a) Experiencia anterior no satisfactoria con la psicología.
  - b) Creen que nadie puede decirles algo que no sepan (resistencia).
  - c) Asumen que sus problemas son tan complicados que no van a tener solución.
  - d) Creen que el problema es de otra persona y que el cambio lo ha de hacer otro.

Otras de las razones por las cuales el entrevistado accede a la entrevista sin poner resistencia las menciona Cornelio, (2012), que toma en cuenta cuatro características que forman parte del rol que maneja en parte, al entrevistado.

1. Para ayudar al entrevistador: algunos sujetos se acceden a una entrevista sólo para ayudar al periodista en el desempeño de su trabajo.
2. Por gratitud: el entrevistador logra que el entrevistado acceda a contestar las preguntas sin oponer resistencia mediante un dialogo introductorio predefinido.
3. Por su propio Ego: por el deseo de aparecer en el medio en el que se escuche su opinión.
4. Por publicidad: en ésta área entran políticos y famosos, que dependiendo de la publicidad para influir en la opinión pública o continuar en el camino. Consideran las entrevistas como publicidad gratuita.

González, Herrera, López, & Nieves, (2011), en su investigación “Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica” hablan de aspectos como la preparación psicológica del paciente para la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a la enfermedad (la ansiedad, la depresión, la ira, la hostilidad, entre otros); el manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial; el desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad, y un sinnúmero de variables psicológicas que se ven afectadas en la situación de enfermedad y que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente.

El impacto psicológico que genera una enfermedad crónica en el ciclo vital de los pacientes, y en cierto modo, en el propio curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica a nivel cognitivo, conductual, emotivo, cultural y social, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación más rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita. Sin embargo, ello supone estudios acerca del componente psicológico de estas enfermedades, que debe trascender del nivel descriptivo al explicativo.

#### Identificación de áreas de problemas y de recursos en el entrevistado.

Acevedo y López, (2014) indagan en el manejo de los rasgos del entrevistado, debido a que, el tipo de personalidad que éste maneja, es un factor predominante para poder ubicarlo dentro de alguno de los grandes grupos de comportamiento humano.

Estos autores clasifican cuatro grupos principales de personalidades que pueden afectar positivamente o negativamente el desarrollo de la entrevista:

- El sujeto tímido: este encara la entrevista con miedo, embarazo y esperanza; como no sabe que se espera de él, teme ser inferior o no saber responder, esta ansiedad es la que lo inhibe hablando en voz baja, no mirar directamente a los ojos del entrevistador, su postura es encogida, le cuesta mantener la conversación y difícilmente sonrío. Debido a esto, el sujeto tímido necesita

ser tratado con calma y comprensión y así este sujeto se mostrará dispuesto a abrirse al entrevistador.

Para tratar a este tipo de sujeto, será necesario proporcionar confianza y seguridad en sí mismo haciéndole sentir que es aceptado. El entrevistador tratará de cargar con todo el peso de la entrevista, primero centrándose en temas triviales o interrogándolo sobre temas que él ya conoce y que no está relacionado con el objetivo de la entrevista. Cuando el entrevistado deje de lado la tensión e inhibición será el momento de empezar a dar información sobre el puesto y la compañía o el conflicto a solucionar.

- El sujeto agresivo: en el caso de este tipo de personalidad, el rapport debe ser corto, siendo conveniente que sea el entrevistado el que lo establezca; así el entrevistador se dará cuenta de la forma en que el sujeto maneja su agresividad.

En este caso, el entrevistado no necesitará de grandes muestras de afecto y comprensión (como en el caso del sujeto tímido) debido a que éste sentirá la necesidad de demostrar independencia y tener la capacidad de llevar cualquier situación que se le planteé en la entrevista.

Con el sujeto agresivo, se necesitará satisfacer sus necesidades ya que el agresivo tiende a exagerar su actitud agresiva, o sea, que puede ser real o aparentada; y así el entrevistado se sentirá más relajado y permitirá la entrada del entrevistador para llevar la entrevista hacia el objetivo planeado.

En algunos casos la actitud agresiva es una defensa únicamente y no suele durar más de diez minutos, en los cuales se le permitirá al entrevistador tomar

las riendas del proceso pasado y conducir la entrevista hacia las metas previstas.

- El sujeto manipulador: este tipo de personalidad requiere de habilidad por parte del entrevistador, debido a que el manipulador sabe que todos los seres humanos son vanidosos y tratará de manejarlos por medio de halagos y de la adulación. El manipulador tiene una meta fija que es poder manejar la entrevista y al entrevistador de acuerdo a sus intereses.

Para cumplir satisfactoriamente con su papel, el entrevistado deberá distinguir entre la manipulación o la amabilidad; la diferencia entre estas dos características radica en que el manipulador insistirá en adular, mientras que el amable sólo se concreta a hacer algún comentario positivo de forma oportuna y sin insistencia. El sujeto manipulador, sabe utilizar lo que él considera como cualidades para distraer al entrevistador y alejarlo de las áreas difíciles de tocar para ellos.

Para llevar una entrevista exitosa con un sujeto manipulador, la técnica que debe utilizar el entrevistador es el controlar sus propias necesidades de ser adulado y no apartarse de las metas trazadas en su plan de entrevista. Se deberá tener cuidado en observar si está cubriendo los objetivos del encuentro.

- El sujeto embustero: se ha comprobado que el intento de engaño, a excepción de casos de enfermedad mental, es una conducta específica y no

un rasgo de la personalidad y siempre debe de ser considerado en relación con las circunstancias en las cuales se produce.

Con frecuencia, detrás de esta actitud, hay sentimientos de inferioridad escondidos, por lo que el entrevistador debe de ser cuidadoso al hacer juicios con este tipo de personas.

Para manejar la entrevista con este tipo de sujetos, el entrevistador necesitará confrontar, como consecuencia de este confrontamiento el entrevistador podrá verificar si la información que se le está proporcionando es exacta o no; la confrontación no debe ser agresiva, sino, más bien persuasiva y sutil, de tal manera que el entrevistado no sospeche que hay dudas sobre su relato y pueda seguir hablando, para que el entrevistador pueda hacer un análisis completo.

Colín et al (2013) también mencionan factores de riesgo por parte del entrevistado en donde se le debe recalcar al consultante que la entrevista inicial es un proceso que incluye un inicio, un momento de cúspide y un tercer momento de primeras hipótesis sobre su problemática, pues de otra manera puede sentir cierto alivio considerar su malestar como un asunto resuelto al ponerlo en palabras durante la entrevista. Esto constituye el efecto catártico: sentirse bien y decidir no necesitar asistencia psicológica y actuar lo que se conoce como “fuga a la salud” y no volver a asistir.

## Mecanismos de defensa.

Galor & Hentschel, (2013) en su libro, definen los mecanismos de defensa como “una forma alternativa de expresión de impulsos que no creara conflicto con la sociedad o el Superyó. Las defensas posibilitan la autoprotección al reducir la consciencia acerca de pensamientos, deseos, miedos, sentimientos displacenteros y ansiedad que se origina debido a los conflictos internos.” (Ana Freud, 1937; citado en Galor & Hentschel, 2013; p.120).

Hall, (2012) retoma las definiciones de los mecanismos de defensa del Yo.

**Represión.** Se le llama represión a la anulación o restricción de una catexia por una contracatexia, la represión se divide en dos: represión primaria, esta impide que llegue a la consciencia una elección objetal que no ha llegado a ser inconsciente, son barreras determinadas innatamente que mantienen permanentemente inconsciente gran parte de los contenidos del Ello y estas se han formado en la persona como resultado de la experiencia ante situaciones penosas.

La segunda, la represión propiamente dicha, obliga a una idea, percepción o recuerdo peligroso a salir de la consciencia y erige una barrera contra cualquier forma de descarga motriz. La finalidad es anular la angustia objetiva neurótica o moral, negando o falsificando la existencia de una amenaza externa o interna para la seguridad del yo.

Las represiones también son impuestas por Superyó, entre más fuerte el Superyó habrá más posibilidades de que surjan represiones; las represiones impuestas por

el Superyó son la versión internalizada de las restricciones paternas impuestas sobre el niño.

Las catexias reprimidas emplean toda clase de disfraces para asegurar la descarga, puede expresarse en forma negativa verbal ante la misma cosa que una persona desea realmente.

Las represiones pueden desaparecer cuando desaparece la fuente de la amenaza, pues la represión ya no es necesaria. Para que desaparezca la represión se necesita llevar a cabo la prueba de realidad que permite descubrir que el peligro ya no existe.

La construcción de una batería de fuerzas represivas contra las catexias objétales instintivas protege al Yo infantil de los ataques del Ello y permite que el Yo desarrolle sus recursos y capacidades latentes, cuando el yo ha adquirido suficiente fuerza para enfrentar los peligros con métodos más racionales, la represión ya no es necesaria y su persistencia constituye un drenaje de la energía del Yo. Al eliminarse las represiones, a medida del crecimiento, se libera energía que se invierte en las contracatexias para distinguirla hacia empresas más productivas.

**Proyección.** Cuando a una persona le provoca angustia la represión del Ello o del Superyó sobre el Yo, puede tratar de aliviar su angustia atribuyendo su causación al mundo externo, el rasgo esencial de la proyección está en que cambia el sujeto del sentimiento, que es la misma persona. Puede tomar la forma de un intercambio del sujeto por el objeto “yo te odio” se convierte en “tú me odias”, o puede surgir un objeto por otro mientras el objeto permanece igual “Yo me castigo” se convierte en



“Él me castiga”. Lo que el Yo está tratando de hacer cuando emplea la proyección es transformar la angustia neurótica o moral en una angustia objetiva.

De la misma manera, una persona que teme a su propia conciencia se consuela con el pensamiento de que otra gente es la responsable de perturbarlo y que no es su conciencia lo que lo molesta.

La finalidad de esta transformación es convertir un peligro exterior, que al Yo le resulta difícil de manejar. Una persona tiene por lo general más oportunidades de aprender a enfrentarse con temores objetivos que de adquirir habilidad para dominar la angustia neurótica y moral. La proyección además de aliviar la angustia, proporciona una excusa para expresar los verdaderos sentimientos, al utilizar el pretexto de defenderse a sí misma contra sus enemigos, puede satisfacer sus impulsos hostiles, alcanza placer sin sentirse culpable por que siente que su agresión está justificada.

Aquí, la racionalización se utiliza en el sentido de encontrar una justificación en el mundo externo para hacer algo que condena al Superyó; también se refiere a la sustitución de un motivo que la sociedad no aprueba por otro que si aprueba.

La proyección de las prohibiciones y los castigos del Superyó se realizan fácilmente porque el Superyó es el representante interno de algo que originalmente era externo, cuando los padres infligían prohibiciones y castigos antes de que se formara el Superyó, como consecuencia lo que una vez fue externo vuelve a ser externo de nuevo, y esto ocurre cuando el Superyó no ha sido incorporado en forma segura a la estructura de la personalidad.

Una persona que tiene un Superyó débilmente integrado está dispuesta a atribuir sus sentimientos de culpa a la persecución de los demás, ya que cree que las

restricciones provienen de fuentes ajenas y no de sí mismo. Existe otro tipo de proyección que consiste en compartir los sentimientos y pensamientos con el mundo, es decir, es una proyección compartida; por ejemplo: una persona puede sentir que es feliz y creer que todos los demás lo son, y viceversa puede sentirse triste y creer que los demás también lo están; cuando otras personas son felices la felicidad propia está en peligro pues ser felices puede hacer sentir culpable al sujeto cuando otros no lo son, si las demás personas son deshonestas el sujeto puede ser deshonesto sin sentirse culpables.

Este tipo de proyección no entraña la represión del motivo real y su sustitución por otro, la persona reconoce que posee el motivo, pero su angustia moral se reduce al proyectar su motivo a los demás.

**Formación reactiva.** Este mecanismo, por el cual un instinto es ocultado a la conciencia recibe el nombre de formación reactiva, Por ejemplo, ¿qué distingue el amor como formación reactiva del amor "verdadero"? El principal rasgo distintivo del amor reactivo es la exageración. El amor reactivo protesta demasiado; es excesivo, exorbitante, ostentoso y afectado, es una impostura, y su falsedad se descubre por lo general fácilmente.

Otra característica de una formación reactiva es su compulsividad, una persona que se defiende de la angustia mediante una formación reactiva no puede dejar de expresar lo opuesto de lo que realmente siente. Su amor, por ejemplo, no es flexible no puede adaptarse a las circunstancias cambiantes como lo hacen las emociones justificadas; tiene que estar más bien en constante despliegue, como si cualquiera

falla en su exhibición permitiera que el sentimiento contrario ascendiera a la superficie.

Las fobias son ejemplos de formaciones reactivas, la persona desea lo que teme ya que no tiene miedo al objeto; tiene miedo al deseo del objeto. El miedo reactivo impide que el deseo temido se cumpla. Las formaciones reactivas también surgen del Superyó; de hecho, puede concebirse el Superyó como un sistema de formaciones reactivas que se ha desarrollado para proteger al yo del ello y del mundo externo.

Las formaciones reactivas son adaptaciones irracionales a la angustia, gastan la energía en finalidades engañosas e fingidoras, deforman la realidad y hacen de la personalidad algo rígido e inflexible.

**Fijación.** La fijación es otra defensa contra la angustia. La persona fijada tiene miedo de dar el paso siguiente por los riesgos y trabajos penosos que cree encontrará más adelante. La angustia que uno experimenta al abandonar lo viejo y familiar en pos de lo nuevo y desconocido es llamada angustia de separación, cuando la angustia de separación se hace demasiado grande, la persona se inclina a fijarse en un modo antiguo de vida en vez de proceder a adquirir uno nuevo.

La persona le teme a la inseguridad, el fracaso y el castigo; La inseguridad es un estado de ánimo que se presenta cuando una persona siente que no posee capacidad para encararse con las exigencias de una nueva situación. Siente que la nueva situación será demasiado para ella y que el resultado será penoso. El miedo

al fracaso es de la misma clase, excepto que se le agrega el temor al ridículo por haber fracasado. El fracaso es un golpe a la propia estima (ideal del Yo).

Además de la fijación en objetos, también existen fijaciones en el desarrollo de la estructura y dinámica de la personalidad. Algunas personas no avanzan más allá del nivel del pensamiento autista. Otras nunca aprenden a diferenciar claramente entre el mundo subjetivo y el mundo objetivo. Otras viven bajo el dominio de un Superyó severo o permanecen bajo el dominio de los miedos infantiles. Alguna gente queda fijada en algún mecanismo de defensa particular, alrededor del cual gira toda su personalidad. Otros permanecen en el nivel del comportamiento impulsivo de descarga. Hay toda clase y grados de fijación, que impiden que los individuos realicen plenamente sus potencialidades psicológicas.

**Regresión.** Habiendo llegado a cierta etapa del desarrollo, una persona puede retroceder a otra anterior a causa del miedo. A esto se le llama regresión, cualquier fuga respecto del pensamiento controlado y realista constituye una regresión.

Las personas fuman, se alcoholizan, comen en demasía, se enojan, se comen las uñas, violan leyes, hablan como niños pequeños, destruyen propiedades, se masturban, leen historias de misterio, van al cine, se dedican a inusitadas prácticas sexuales, mastican goma y tabaco, se visten como niños, conducen vehículos a toda velocidad y arriesgadamente, creen en los buenos y los malos espíritus, duermen siestas, se pelean y matan, apuestan a los caballos, sueñan despiertos, se rebelan o se someten a la autoridad, juegan por dinero, se arreglan delante del

espejo, representan dramáticamente sus impulsos, escarnecen a víctimas propiciatorias. Algunas de esas regresiones son tan comunes que se las toma por manifestaciones de madurez.

En realidad, son todas formas de regresión usadas por los adultos y los niños. El ensueño es un buen ejemplo de actividad regresiva, pues implica obtener placer mediante realizaciones mágicas de deseos.

## Instrumentos de la entrevista

Para realizar una entrevista adecuada, se requiere de ciertos instrumentos que permitirán recabar la información proporcionada por el paciente, para poder tener mayor información respecto al paciente y así integrarlas a su expediente.

El psicólogo deberá mostrar al entrevistado, como se registrarán las respuestas, mostrando los instrumentos a utilizar (grabadoras, hojas impresas, o cámaras de video), solicitando su autorización antes de iniciar la entrevista (Keats, 2012).

## Examen mental.

Kaplan, Sadock, & Grebb (2008), describen la evaluación del estado mental ya que es la parte del examen clínico que describe el conjunto total de las observaciones e impresiones del examinador sobre el paciente psiquiátrico durante la entrevista. El

estado mental es la descripción del aspecto del paciente, su lenguaje, acciones y pensamiento durante la entrevista.

- Descripción general.

- a) Aspecto.

Constituye una descripción del aspecto del paciente y de la impresión física global que transmite al psiquiatra, reflejada por su postura, pose, vestimenta y aseo. Si el paciente parece particularmente extraño, puede preguntarse: ¿le ha hecho alguien comentarios sobre su aspecto? “¿Cómo describiría su aspecto?” “¿Puede ayudarme a comprender algunas de sus elecciones en lo referente a su aspecto?”. Entre las clases de aspectos incluidos en la categoría de apariencia están la postura, pose, vestuario, aseo, cabello y uñas. Los términos que se emplean habitualmente para describir la apariencia son sano, enfermo, enfermizo, con porte, anticuado, juvenil, desaliñado, añorado o extraño. Signos de ansiedad: manos húmedas, frente sudorosa, postura tensa, ojos muy abiertos.

- b) Comportamiento y actividad psicomotora.

Se refiere a los aspectos tanto cualitativos como cuantitativos del comportamiento motor del paciente. Se incluyen los manierismos, tics, gestos, contracciones, comportamiento estereotipado, ecopraxia, hiperactividad, agitación, combatividad, flexibilidad, rigidez, marcha y agilidad. También se describen la inquietud, el retorcimiento de manos, las caminatas u otras manifestaciones físicas. Es importante percibir el

retardo psicomotor o un enlentecimiento general de todos los movimientos corporales. Cualquier actividad sin intención o propósito claro debe ser descrita.

c) Actitud hacia el examinador.

Se describirse como colaboradora, amigable, atenta, interesada, franca, seductora, defensiva, desdeñosa, perpleja, apática, hostil, juguetona, insinuante, evasiva o cautelosa, entre otros calificativos. Debe reflejarse asimismo el nivel de "rapport" establecido.

- Humor y afecto.

a) Humor.

Se define como la emoción persistente y mantenida que atenúa la percepción del mundo que el sujeto tiene. El psiquiatra ha de interesarse en si el paciente realiza voluntariamente comentarios sobre sentimientos o si, por el contrario, es necesario preguntárselo. Al explicitar el humor del paciente debe determinarse la profundidad, intensidad, duración y fluctuaciones. Entre los adjetivos empleados en dicha descripción se incluyen depresivo, desesperado, irritable, ansioso, iracundo, expansivo, eufórico, vacío, culpable, temeroso, fútil, autodespreciativo, asustado y perplejo. El humor puede ser lábil, cuando fluctúa o varía rápidamente entre extremos (por ejemplo, pasar en el transcurso de un momento de la risa sonora y expansiva al llanto desesperado).

b) Afecto.

Puede definirse como la respuesta emocional del paciente en un momento dado. Es lo que el examinador infiere de la expresión facial del paciente, incluyendo la cantidad y el rango de la expresividad. El afecto puede o no ser congruente con el humor. Se describe como dentro del rango de la normalidad, constreñido, embotado o plano. En el rango normal del afecto, existe una variación en la expresión facial, tono de voz, uso de las manos, y movimientos corporales. Cuando el afecto está constreñido, aparece una reducción clara en el rango y la intensidad de la expresión. De modo similar, cuando el afecto está embotado, la expresión está aún más reducida. Para diagnosticar un afecto plano, no debería encontrarse virtualmente signo de expresión afectiva alguna, la voz del paciente debería ser monótona, con una cara sin gesto. Embotado, plano y constreñido son términos empleados para referirse a la profundidad aparente de la emoción; para referirse a los diversos tipos de humor se habla de humor depresivo, orgulloso, iracundo, temeroso, ansioso, culpable, eufórico o expansivo. Es conveniente que el psiquiatra refleje cualquier dificultad del paciente a la hora de iniciar, mantener o terminar una respuesta emocional.

c) Propiedad.

La propiedad de las respuestas emocionales del paciente debe considerarse en el contexto del aspecto objeto de discusión. Un paciente delirante que describe su delirio de persecución debería mostrarse iracundo o asustado frente a las experiencias que cree que le están



ocurriendo. La ira o el miedo en dicho contexto son una expresión adecuada. Algunos psiquiatras reservan el término "afecto inapropiado" para la cualidad de la expresión hallada en algunos pacientes esquizofrénicos, en la que el afecto del paciente es incongruente con lo que el paciente verbaliza (por ejemplo, un afecto plano mientras habla sobre impulsos homicidas).

- Lenguaje.

Esta parte del informe describe las características físicas del lenguaje en función de su cantidad, velocidad de producción y calidad. Puede describirse al paciente como hablador, voluble, taciturno, poco espontáneo, o reactivo a las indicaciones del entrevistador. El discurso puede ser rápido o lento, presionado, dubitativo, emocional, dramático, monótono, de tono elevado, susurrante, farfullante, a trompicones o musitado. El deterioro en el lenguaje, como el tartamudeo, se incluye en esta sección. Deben indicarse los ritmos inusuales (llamados disprosodia), así como cualquier tipo de acento. ¿Es o no espontáneo el lenguaje del paciente?

- Términos de la percepción (alteraciones sensoperceptivas).

Las alteraciones sensoperceptivas, como alucinaciones o ilusiones, pueden experimentarse en referencia al yo o al ambiente. Debe describirse el sistema sensorial implicado (por ejemplo, auditivo, visual, olfatorio o táctil) junto con el contenido de la ilusión o experiencia alucinatoria. Las circunstancias en las que se da la experiencia alucinatoria son importantes, pues tanto las

alucinaciones hipnagógicas (que ocurren cuando el sujeto se queda dormido) como las hipnopómpicas (que aparecen cuando el sujeto se despierta) son de mucho menor significación que otros tipos de alucinaciones. Las alucinaciones pueden ocurrir asimismo en períodos particularmente estresantes para el individuo. Los sentimientos de despersonalización o desrealización (sentimientos extremos de separación de uno mismo o del ambiente) constituyen otros ejemplos de alteraciones en la percepción. La formicación, sensación de tener insectos corriendo sobre o bajo la piel, se ve en la adicción a cocaína. Como ejemplos de las preguntas que se emplean para poner de manifiesto la experiencia alucinatoria se incluyen las siguientes: ¿Ha escuchado alguna vez voces o ruidos que nadie más pudiera oír o cuando no hubiera nadie a su lado? ¿Ha tenido alguna sensación extraña en su cuerpo que otros no parecen tener? ¿Ha tenido alguna vez visiones o ha visto cosas que los otros no parecen ver?

- **Pensamiento.**

**El curso** se refiere al modo como la persona piensa, puede ser lógico y coherente o contemplante, ilógico e incomprensible; se refiere a lo que la persona está pensando de hecho: ideas, creencias, preocupaciones, obsesiones.

**Curso del pensamiento (modo de pensar).** El paciente puede presentar una sobreabundancia o una pobreza de ideas. Puede haber un pensamiento rápido, que, llevado al extremo, se denomina “fuga de ideas”. Un paciente puede exhibir un pensamiento enlentecido o dubitativo. El pensamiento

enlentecido puede ser vago o vacío. ¿el paciente responde realmente a las preguntas planteadas, tiene capacidad de pensamiento dirigido a un objetivo? ¿Son relevantes o irrelevantes las respuestas? ¿Existe una relación causa-efecto clara en las explicaciones del paciente? ¿Presenta asociaciones laxas (por ejemplo, las ideas manifestadas parecen no estar relacionadas y ser expresadas idiosincráticamente)? Los trastornos en la continuidad del pensamiento incluyen declaraciones que son tangenciales, circunstanciales, divagaciones, evasivas y perseverativas.

El bloqueo del pensamiento supone la interrupción del hilo de pensamientos antes de que haya completado la idea; el paciente puede presentar una incapacidad para recordar lo que estaba diciendo o lo que pretendía decir.

La circunstancialidad indica la pérdida de la capacidad de pensamiento dirigido a un objeto; en el curso de la explicación de una idea, el paciente aporta múltiples detalles irrelevantes y comentarios explicativos para eventualmente volver al punto de partida.

La tangencialidad es una perturbación en la que el paciente pierde el hilo de la conversación y sigue pensamientos tangenciales estimulados por diversos estímulos, tanto internos como externos, irrelevantes sin volver a retomar el planteamiento inicial.

Las alteraciones en el curso del pensamiento pueden ponerse de manifiesto como Conexiones incoherentes o incomprensibles entre pensamientos (ensalada de palabras)

Asociaciones por asonancia, asociaciones semánticas (por el doble significado)

Neologismos (palabras nuevas creadas por el paciente a través de la combinación o la condensación de otras palabras)

❖ Trastornos del pensamiento en curso o forma del pensamiento.

- Laxitud de asociaciones o descarrilamiento
- Fuga de ideas
- Aceleración del pensamiento
- Tangencialidad
- Circunstancialidad
- Ensalada de palabras o incoherencia
- Neologismos
- Asociaciones por asonancia
- Uso de términos homófonos
- Bloqueo de pensamiento
- Pensamiento vago

**Contenido del pensamiento.** Entre las alteraciones del contenido del pensamiento se incluyen los delirios, preocupaciones (que pueden incluir la propia enfermedad del paciente), obsesiones ("¿Tiene ideas que sean intrusivas y repetitivas?"), compulsiones ("¿Existen cosas que usted hace de forma repetitiva una y otra vez?" "¿Hay cosas que usted tiene que hacer de determinada forma o en un orden concreto, y que, si no las hace así, tiene que repetir las?"), fobias, planes, intenciones, ideas recurrentes sobre suicidio u homicidio, síntomas hipocondríacos, e instintos antisociales específicos. ¿Piensa el paciente en hacerse daño? ¿Existe un plan? Una categoría

principal dentro de las alteraciones del contenido del pensamiento la constituyen los delirios. Los delirios o ideas delirantes pueden ser congruentes con el estado de ánimo (acordes con un humor depresivo o elevado) o no-congruentes.

Los delirios son creencias falsas, fijas, que no tienen relación con el origen cultural del paciente. El contenido de cualquier sistema delirante debe describirse, y el psiquiatra ha de intentar evaluar su grado de organización y la convicción del paciente acerca de su validez. El modo en que afecta a la vida del paciente se describe adecuadamente en la historia del episodio actual. Las ideas delirantes pueden ser extrañas y pueden implicar creencias sobre control externo. Los temas pueden ser: persecutorio o paranoide, grandioso, de celos, somático, de culpa, nihilista o erótico. Las ideas de referencia o de influencia deben también describirse. Como ejemplos de ideas de referencia pueden citarse la creencia de que la radio o la televisión están hablando sobre uno. Serían ideas de influencia las creencias que implicasen que otra persona o una fuerza controlen algún aspecto del comportamiento propio

❖ Trastornos del contenido del pensamiento.

- Delirios
- Paranoia
- Preocupaciones
- Obsesiones y compulsiones
- Funciones

- Ideas suicidas u homicidas
  - Ideas de referencia e influencia
  - Pobreza de contenidos
- Sensorio y cognición

Este apartado de la evaluación del estado mental pretende determinar la función orgánico-cerebral y la inteligencia del paciente, su capacidad para el pensamiento abstracto y el nivel de insight (introspección) y juicio. El Mini-Mental State Examination es un instrumento rápido diseñado para una evaluación de la función cognitiva. Evalúa la orientación, memoria, cálculo, capacidad de lectura y escritura, habilidad visuoespacial y lenguaje. Se hace una medición cuantitativa de dichas funciones en el paciente; un resultado perfecto supone 30 puntos. El MMSE se emplea ampliamente como un método simple y rápido para evaluar posibles déficit cognitivos.

- a) Las alteraciones en el nivel de conciencia habitualmente indican deterioro orgánico cerebral. La obnubilación de conciencia consiste en una disminución del grado de percepción del ambiente. El paciente puede no ser capaz de mantener la atención frente a estímulos ambientales o de mantener un pensamiento o un comportamiento dirigido a un objetivo. La obnubilación o el enturbamiento de la conciencia con frecuencia no es un estado mental fijo. El paciente típico sufre oscilaciones en el grado de conciencia del ambiente que le rodea. A menudo se acompaña de un

deterioro de la orientación, aunque a la inversa esta relación no se cumple necesariamente. Algunos de los términos empleados para describir el nivel de conciencia de un paciente son: obnubilación, somnolencia, estupor, coma, letargia, alerta y estado de fuga.

- b) Orientación. Los trastornos de la orientación se separan tradicionalmente en tiempo, espacio y persona. Cualquier deterioro aparece habitualmente en ese orden (es decir la orientación temporal se pierde antes que la espacial); de modo análogo, cuando el paciente mejora el deterioro desaparece en orden inverso. El psiquiatra debe determinar si el paciente puede decir la fecha y la hora aproximada del día. Además, si el paciente está en el hospital, ¿sabe cuánto tiempo lleva allí? ¿se comporta como si estuviera orientado en el presente? Con respecto a las cuestiones acerca de la orientación espacial, no es suficiente con que el paciente mencione el nombre y la situación del hospital correctamente debe además comportarse como si supiera donde está. Al evaluar la orientación en persona, el psiquiatra pregunta si el paciente conoce los nombres de las personas que rodean al enfermo/a y si entiende sus relaciones con él/ella. ¿Sabe quién es el examinador? Sólo en los casos más severos los pacientes no saben quiénes son.
- c) Memoria. Las funciones mnésicas se han dividido tradicionalmente en cuatro áreas: memoria remota, memoria del pasado reciente, memoria reciente, y retención inmediata y recuerdo. La memoria reciente puede explorarse preguntando al paciente por su apetito y después por si recuerda lo que tomó para desayunar o para cenar la noche anterior.

Puede preguntársele en ese momento si recuerda el nombre del entrevistador. Un test para medir la retención inmediata consiste en pedir al paciente que repita seis números primero en el mismo orden y posteriormente en orden inverso. La memoria remota puede comprobarse pidiendo al paciente información sobre su infancia que pueda corroborarse a posteriori. Para la memoria del pasado reciente puede solicitarse al paciente que rememore algunos de los hechos o noticias más notables de los últimos meses. A menudo en los trastornos cognitivos, la memoria reciente o a corto plazo, se afecta antes, y la memoria remota o a largo plazo después. Si existe daño, ¿Qué esfuerzos hace para afrontarlo o para disimularlo? ¿Emplea la negación, fabulación, reacción catastrófica o la circunstancialidad para encubrir el déficit? Las reacciones a la pérdida de memoria pueden proporcionar importantes pistas sobre trastornos subyacentes y sobre mecanismos de afrontamiento. Por ejemplo, es más probable que muestre preocupación por la pérdida de memoria un paciente que aparenta sufrir un deterioro mnésico pero que, de hecho, está deprimido, que un paciente en el que su pérdida de memoria es secundaria a una demencia. La fabulación (responder con falsedades de manera inconsciente cuando la memoria está afectada) se asocia más estrechamente con los trastornos cognitivos.

- d) Concentración y atención: La concentración de un paciente puede afectarse por diversas razones. Así, tanto los trastornos cognitivos, como la ansiedad, depresión, o estímulos internos -como las alucinaciones



auditivas- pueden contribuir a empeorar la concentración. Ir restando a 100 de 7 en 7 es una tarea que requiere a la vez concentración junto con la integridad de las capacidades cognitivas. ¿Fue capaz el paciente de restar 7 a 100 y de seguir restando de 7 en 7? Si el paciente no podía restar de 7 en 7 ¿podía de 3 en 3? ¿Completaba tareas más sencillas: ¿4 x 9, 5 x 4? El examinador debe determinar en todos los casos si la dificultad es debida a ansiedad, alguna alteración del humor o de la conciencia o un déficit del aprendizaje.

- e) Capacidad de lectura y escritura: Debe pedírsele al paciente que lea una frase (p. ej., "Cierre los ojos") y que haga lo que en dicha frase se dice. Entonces se le pide que escriba una frase sencilla pero completa.
- f) Habilidad visoespacial: Se pide al paciente que copie una figura, como por ejemplo la esfera de un reloj o dos polígonos entrelazados.
- g) Pensamiento abstracto. El pensamiento abstracto es la habilidad del paciente para manejar conceptos. En ocasiones, presentan alteraciones en la forma en que conceptualizan o manejan ideas. ¿Puede explicar las similitudes, como las que hay entre una manzana y una pera o entre la verdad y la pureza? ¿Comprende el significado de refranes simples como "agua pasada no mueve molino"? Las respuestas pueden ser concretas (dando ejemplos específicos para ilustrar el sentido) o excesivamente abstractas (dando una explicación demasiado general). Debe reflejarse lo apropiado de las respuestas y la manera en que estas se ofrecen. En la reacción catastrófica, los pacientes con daño cerebral se vuelven muy emocionales y carecen de pensamiento abstracto.

h) Consolidación de la información e inteligencia. Si se sospecha deterioro cognitivo, ¿Tiene problemas con tareas mentales como calcular el cambio de 10 dólares tras una compra de 6,37 dólares? Si dicha tarea resulta muy difícil, ¿Resuelve problemas sencillos (como cuántas monedas de duro hay en 1,35 dólares)? La inteligencia del paciente se relaciona con el vocabulario y con los fundamentos del conocimiento (p. ej., distancia de Nueva York a París, o la lista de los presidentes de los Estados Unidos). El nivel educacional del paciente (tanto la educación formal como el autoeducación) y el status socioeconómico deben tenerse en cuenta. El manejo por un paciente de conceptos difíciles o sofisticados puede ser reflejo de inteligencia incluso en ausencia de una educación formal o de unos extensos fundamentos. En el fondo, el psiquiatra estima la capacidad intelectual del paciente y si puede funcionar a nivel de una dotación básica.

- Control de impulsos.

¿Es capaz el paciente de controlar los impulsos agresivos, sexuales o de otro tipo? Una evaluación del control de impulsos es crítica para aclarar la conciencia del paciente sobre el comportamiento socialmente correcto y supone una medida del peligro potencial del paciente para los demás y para sí mismo. En algunos pacientes, la incapacidad para controlar los impulsos puede ser secundaria a trastornos cognitivos, trastornos psicóticos, o resultado de defectos caracterológicos crónicos, como los observados en los trastornos de personalidad. Puede realizarse una estimación del control de

impulsos a partir de la información de la historia reciente del paciente y de la observación del comportamiento del paciente durante la entrevista.

- Juicio e insight (introspección)

El juicio. Durante la elaboración de la historia clínica, el psiquiatra debe ser capaz de evaluar numerosos aspectos de la capacidad de juicio social del paciente. ¿Comprende el paciente las consecuencias probables de su comportamiento, y le influye dicha comprensión? ¿Puede predecir el paciente lo que haría en una situación imaginaria? Por ejemplo, ¿qué haría el paciente si oliera a humo en un cine repleto de gente? Insight (introspección).

El insight constituye el grado de conocimiento y conciencia que el paciente tiene de estar enfermo. Puede exhibir una completa negación de su enfermedad, o tener cierta conciencia, pero echarles la culpa a otras personas, a factores exógenos, o incluso a factores orgánicos. Puede a veces reconocer que tiene una enfermedad, pero atribuirlo a una parte de sí mismos desconocida y misteriosa. El insight (introspección) intelectual aparece cuando el paciente puede admitir que está enfermo reconociendo que sus fracasos a la hora de adaptarse son, en parte, debidos a sus propios sentimientos irracionales. En cualquier caso, la principal limitación para el insight intelectual es que los pacientes son incapaces de aplicar el conocimiento para modificar futuras experiencias. El verdadero insight (introspección) emocional tiene lugar cuando el paciente cobra conciencia de

sus propios motivos y sentimientos profundos que le llevan al cambio en su personalidad y su comportamiento.

A continuación, se presenta un resumen de los niveles de insight (introspección) (Kaplan et al. sf):

1. Negación completa de la enfermedad.
2. Ligera conciencia de enfermedad y de necesitar ayuda, pero negándolo al mismo tiempo.
3. Conciencia de enfermedad, pero culpando a los demás, a factores externos o a factores orgánicos.
4. Conciencia de enfermedad que es debida a algo desconocido en el paciente.
5. Insight (introspección) intelectual: Admisión por el paciente de la enfermedad y de que los síntomas o déficit en el ajuste social se deben a sus propios sentimientos irracionales u otras alteraciones sin aplicar dichos conocimientos a futuras experiencias.
6. Verdadero insight (introspección) emocional: conciencia emocional de los motivos y sentimientos en el paciente y en las personas importantes en su vida, que pueden llevar a cambios básicos en el comportamiento.

- **Fiabilidad:**

La sección de evaluación del estado mental concluye con la impresión del psiquiatra sobre la fiabilidad del paciente y de su capacidad para informar de modo apropiado sobre su situación. Asimismo, se acompaña de una estimación de la impresión sobre la veracidad del paciente. Por ejemplo, si el paciente trata abiertamente sobre abuso significativo de sustancias o sobre otras circunstancias que sabe que pueden causar una mala impresión (p. ej., problemas con la ley), el psiquiatra puede estimar que la fiabilidad del paciente es buena.

## **Cuestionario.**

Para Colín et al. (2013, p. 23-24). El cuestionario permite agilizar la obtención de información requerida con el objetivo de poner en evidencia determinados aspectos psíquicos; también señalan la función del cuestionario en las instituciones de salud en donde se le pide al paciente llenar información general relacionada con sus padecimientos y malestares para servir como complemento en el tratamiento.

Su finalidad es llevar un control institucional acerca de los pacientes atendidos en el caso de las instituciones en el área de la salud.

Las ventajas de la aplicación de cuestionarios, permiten ahorrar tiempo, su información es estandarizada, así como la confidencialidad de los datos de la población o grupo de muestra; sus desventajas, no permiten profundizar en las

respuestas del paciente impidiendo implementarlos y darles seguimiento a la información que genera.

## Anamnesis.

Bleger (1983, p.11-12) en su libro Temas de psicología, entrevista y grupos, define la anamnesis como: "...una recopilación de datos previstos, de tal extensión y detalle, que permita obtener una síntesis de la situación presente como de la historia de un individuo, de su enfermedad y de su salud".

Esto se refiere sólo a los hechos del pasado del paciente que permite recuperar los datos sintomáticos significativos para formar el diagnóstico psicopatológico respecto a su evolución idiopática. Colín et al. (2013, p. 25).

## Genograma o Familiograma.

Colín et al. (2013) explican que el genograma se podría comparar con un árbol genealógico, que permite visualizar de manera histórica el cómo se viene presentando una situación problemática a lo largo de, por lo menos, tres generaciones. Sirve para identificar los lazos establecidos: simétricos, jerárquicos, triángulos, nudos, superposiciones; encontrar pautas reiterativas entre los miembros y los subsistemas, por tanto, ubicar en un nivel evaluativo, los aspectos nodales y críticos para la organización, sistema, individuo o grupo que se está evaluando; marcar las estrategias o rutas de intervención para la solución de

problemas; y acceder a formas programadas de intervención en tiempo, espacio y funciones.

Se combina con otros instrumentos como los son la historia clínica, historias de vida movilidad geográfica y cronologías.

Los aspectos básicos que debe incluir un genograma son:

- Trato de estructura por analizar.
- Registro de la información del grupo.
- Delineado de las relaciones entre los miembros del sistema.

La información básica que debe contener un genograma incluye:

- Sistema unificado de símbolos para la construcción del mismo, hay una simbología estandarizada.
- Guía básica para dirigir la entrevista del genograma.
- Establecer categorías interpretativas del mismo, o basarse en las ya existentes.
- Información pertinente, como datos de identificación, vínculos y relaciones entre los miembros históricas y actuales.
- Movimientos dentro del grupo o sistema, cambios de puesto, movilidad geográfica y nuevos vínculos.

Las categorías interpretativas del genograma son:

- Estructura y composición del grupo a estudiar.
- Modelo de adaptación a su propio ciclo, señalando sucesos cotidianos.
- Reiteración de pautas de conducta de diferentes tiempos y espacios.
- Señalamiento de vínculos y triángulos; es decir, situaciones conflictivas.
- Modos de estabilización y equilibrio del sistema.

## Características de la entrevista inicial

Acevedo y López (2014); sugieren una serie de pasos para lograr una entrevista exitosa, pues no sólo se trata de obtener información ni de leer correctamente las preguntas establecidas, sino también se necesita un ambiente placentero por parte del entrevistador para el entrevistado.

Este ambiente involucra desde la actitud con el paciente, así como lo que lo rodea fuera del contexto de la entrevista, por ejemplo:

- El lugar físico debe ser apropiado para evitar conflictos en el paciente, debe ser un lugar ni muy grande ni muy pequeño, apto para la estabilidad de éste.
- Se sugiere un lugar con una iluminación discreta, neutra, que permita incluso al paciente la posibilidad de ver sin limitaciones (como la obscuridad), pues si se le aplicara una entrevista escrita, el sujeto podrá responderla sin problema alguno.



- El mobiliario no deberá ser impedimento para la comunicación y la observación entre el psicólogo y el paciente, pues también se debe de analizar la conducta del entrevistado en su lenguaje corporal.
- Es necesario un lugar en donde se evite la contaminación auditiva (ruidos de carros en la calle, voces de personas de fuera, entre otros) para evitar la distracción del entrevistado y pueda concentrarse de una manera más óptima.
- Evitar un tipo de vestimenta exagerada por parte del psicólogo y adaptarse al nivel del paciente, esto con el fin de no intimidar al sujeto y así hacerle sentir comfortable su estadía durante la entrevista.
- El lenguaje debe ser claro y conciso, debe ser adaptado al paciente usando un vocabulario acorde a la educación del sujeto, pues hablarle con tecnicismos a una persona que los desconoce lo único que logrará será el rechazo por parte del entrevistado sintiéndose ofendido, intimidado o agredido.

Durante la primera entrevista, es común que el psicólogo se deje influenciar por las primeras impresiones de visuales, un ejemplo de esto sería cuando el psicólogo ve llegar a un sujeto con traje y perfumado, asumirá que el compromiso de este será formal; por otro lado, si ve llegar a una persona con un aspecto relajado, asumirá que su compromiso no será formal. Sirve aclarar que estos prejuicios dependen sólo del psicólogo, ya que no es una seguridad que se cumplan sus especulaciones con solo ver la apariencia física del entrevistado.

Lo que es importante es que el psicólogo mantenga su juicio rezagado hasta obtener más información y así ir formando hipótesis, que ira descartando o aceptando a lo largo de la entrevista (Acevedo & López, 2014).

## Elaboración de informes psicológicos.

Para este apartado se tomará en cuenta a Mancilla, (2011) que redacta las características del informe psicológico, así como el procedimiento y los pasos a seguir del informe.

Antes de realizar un informe psicológico, en palabras de Mancilla (2011) “se requiere tener ciertas habilidades como: analizar, sintetizar e integrar una serie de datos obtenidos con las diferentes técnicas e instrumentos como la entrevista, las pruebas proyectivas y las psicométricas”. (p. 9)

El informe psicológico incluye:

- Ficha de identificación:  
Nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, estado civil, teléfono, dirección, quien lo refiere, fuente de información, fecha de estudio, fecha de primer ingreso, número de ingresos, fecha de entrega del informe. (se ajusta según el objetivo del estudio e informe, se pueden agregar datos)
- Pruebas administradas.
  - ✓ La de inteligencia

- ✓ Las que indican daño orgánico o perceptomotoras.
- ✓ Las de personalidad: estructuradas y proyectivas.
- Motivo de consulta o de estudio:

Las razones por las que fue referido. El cuadro sintomatológico que presenta y que requiere atención.
- Descripción del paciente:

Observaciones generales como: cómo se comportó el examinado, cooperó, se esforzó, su atención, habla, fluidez verbal, vocabulario, si éste está de acuerdo a su nivel académico y cultural o lo supera o está muy por debajo de su nivel, espontaneidad, estado de ánimo, manifestaciones de ansiedad, impresión general; para realizar esta tarea se requiere de entrenamiento ya que se debe de utilizar la observación directa.
- Como parte de la descripción:

El familiograma, para conocer el origen del evaluado, su contexto familiar, qué lugar ocupa dentro de la familia, historia clínica: pre, peri y postnatal, para conocer sus antecedentes y detectar indicadores de algún problema orgánico que esté ocasionando el cuadro clínico que presenta o que haya una relación cercana con el motivo del estudio, la historia escolar nos va a permitir averiguar respecto a las condiciones que rodearon esta nueva etapa de la vida del examinado, su rendimiento en esta área, sus relaciones con pares y autoridad escolar, la historia sexual, se dice que si esta área está afectada se afectarán las otras.

- Resultados de las pruebas:

C.I. cuantitativo y cualitativo, daño orgánico cerebral, disfunción cerebral, personalidad, orientación vocacional, depende del objetivo de la evaluación, si hay o no insight, qué mecanismos de defensa utiliza, con qué partes sanas o recursos cuenta el paciente. Este último aspecto es esencial para el pronóstico.

- Recomendaciones o sugerencias:

Éstas deben ser claras, concretas, individualizadas, tratamiento, pronóstico.

- Resumen (optativo):

Debe ser breve, un solo párrafo. Quien esto escribe considera este rubro innecesario ya que la impresión diagnóstica puede hacer las veces de resumen; claro que esta decisión la debe tomar el responsable del informe psicológico.

Siguiendo con Mancilla (2011), señala la conclusión que el informe psicológico incluye que es:

- Ficha de identificación
- Motivo de consulta
- Pruebas aplicadas
- Descripción del paciente

- Antecedentes: familiograma, personales, patológicos, heredofamiliares, educacionales, hábitos, evolución del padecimiento y estado actual, dinámica familiar, conducta, eventos importantes (último año)
- Resultados
  - ✓ Área intelectual
  - ✓ Área perceptomotora
  - ✓ Área afectiva o personalidad: incluye tono afectivo, forma de demandar y expresar el afecto, características de control de impulsos, relaciones interpersonales, autoconcepto, capacidad de insight y sus características, mecanismos de defensas, áreas libres de conflictos,
  - ✓ Diagnóstico
  - ✓ Pronóstico (eje IV y eje V del DMS)
  - ✓ Tratamiento: recomendaciones.

## CAPÍTULO III ALIANZA TERAPÉUTICA

### Definición

Definido como un instrumento para provocar en el paciente el estado de ánimo adecuado para que se sujete a las indicaciones del médico tratante (Vallejo, 1952; citado por Díaz, 2011).

Esto se da con la colaboración y el mutuo acuerdo entre el terapeuta y el paciente, el terapeuta escucha las demandas y las expectativas del paciente para poder llegar a un punto en común que permita llevar a cabo la terapia de manera exitosa. Se estructuran en dos dimensiones: la relacional, que es la referente al vínculo que se da entre el terapeuta y el paciente e incluye aspectos como la confianza mutua y la aceptación (Horvarth y Luborsky, 1993), y la técnica, que es el acuerdo que debe existir en cuanto a las metas, tareas, actividades concretas y objetivos que beneficien al paciente (Safran y Segal, 1994). (Arredondo & Salinas, 2005, citado en Idareta-Goldaracena, 2013).

Santibáñez (citado por Idareta-Goldaracena, 2013), considera que la alianza terapéutica es la relación entre el terapeuta y el paciente durante el proceso terapéutico, en la cual colaboran en armonía. Para que exista una buena alianza terapéutica el paciente tendrá que percibir al terapeuta comprometido en el proceso; lo perciba creíble, seguro y empático; y que existan sentimientos positivos y recíprocos entre ambos.

Covadonga (2012) toma como referencia a tres autores que definen la alianza terapéutica y sus características; Horvath & Bedi (citado por Covadonga, 2012), refieren que la alianza terapéutica es una cualidad y fortaleza de la relación conjunta de trabajo, que incluye lazos afectivos, confianza mutua, consenso en el respeto e interés y compromiso activo con las metas de la terapia y los medios para alcanzarlas, por parte del cliente y el terapeuta.

Jordan (citado por Covadonga, 2012), considera que la alianza terapéutica contiene tres variables: el contrato, que es el acuerdo de cómo llevarán a cabo las sesiones de lo que se debe de hacer y no; el objetivo, tiene que ver con el resultado, las metas definidas y los acuerdos mutuos; y el vínculo, que se basa en un ambiente de confianza y aceptación mutua.

Otros autores complementan este apartado con definiciones apropiadas y similares a las antes citadas; Bordin (1976) definió la alianza terapéutica como “el vínculo colaborativo entre el paciente y el terapeuta” e identificó tres componentes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos. Otro autor destacado es Luborsky (1976) que también describió este concepto con una definición más próxima a la visión psicodinámica; como “la entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia”. La alianza tipo 1 se da al inicio, y se caracteriza por brindar al paciente una experiencia principalmente de apoyo, ayuda y contención. La alianza tipo 2 corresponde a fases posteriores, y se orienta a la construcción de un trabajo conjunto hacia la superación del malestar del paciente, e implica mayor participación

del componente confrontativo, presente en todo proceso psicoterapéutico (Aznar, Pérez, Davins, Aramburu, & Salamero, 2014; p.21).

Greeson (2004) define la alianza terapéutica como “alianza de trabajo” en donde, desde el enfoque psicoanalítico, esta se refiere a la “relación racional y relativamente no neurótica que tiene el paciente con su analista”, esta presenta la ventaja de poner de relieve el elemento más importante que es la capacidad que tiene el paciente de elaborar con un fin determinado en la situación del tratamiento. (p. 197)

Las definiciones de los autores aquí citados, coinciden en que la alianza terapéutica tiene como principal característica el vínculo positivo que se establece entre el terapeuta y el paciente durante la terapia y así lograr una relación armoniosa para darle continuidad al tratamiento terapéutico.

Para lograr un vínculo positivo entre ambos, se plantean ciertas características que permitirán llevar a cabo un tratamiento favorable con un resultado exitoso para el paciente que al final de todo, es el que se dirige hacia el psicólogo para obtener un cambio en su conducta.

A continuación, se muestran dichas características que fortalecen la estructura de la alianza terapéutica.



## Características de la alianza terapéutica

En este apartado se detallará las características principales de cómo llevar a cabo dicha alianza, para llevar a cabo este tema, se tomó en cuenta a los autores Aznar, Pérez, Davins, Aramburu, & Salamero, (2014), que hacen una investigación, a considerar, completa y precisa en cuanto a las características de la alianza terapéutica.

Aznar et al. (2014) toman como referencia a Braconier (2002), quien describe los factores implicados en el desarrollo de la alianza. Entre ellos, distingue cuatro grupos de factores:

a) Las características del paciente.

- Confianza: para confiar en sus propias capacidades, en la habilidad del terapeuta y en la utilidad de la terapia.
- La autonomía: para que el proceso analítico sea efectivo, y que a su vez es trabajada a lo largo de todo el tratamiento,
- La iniciativa: que aumenta conforme se trabajan en el análisis la autonomía y la confianza.
- La industria (Erikson, 1959): entendida como la habilidad del paciente de aplicar los insights analíticos y la internalización y utilización del marco analítico mental como una posesión permanente (Meissner 1996).

b) Las características del terapeuta: de las cuales cabe destacar la capacidad de mostrarse dispuesto a ayudar, tranquilo y humanitario,

razonable y no juzgar al paciente (Meissner, 2007). Es transcendental que el terapeuta posea y desarrolle estas características, porque la manera en que es percibido por el paciente, será significativa en la alianza terapéutica al influir en el vínculo colaborativo que es necesario construir entre terapeuta y el paciente. (Baldwin, Wampold & Imel, 2007), señalan que el terapeuta es, en la mayoría de los casos, responsable de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados.

- c) Los intercambios intersubjetivos entre el paciente y el terapeuta, que tienen lugar a lo largo del proceso analítico. La aportación positiva de estos intercambios provocará en el paciente la confianza hacia el terapeuta y la necesidad de un trabajo más profundo. Estos intercambios dependen de cada proceso analítico, de cada paciente y del terapeuta, y de la relación que se establezca entre ellos y el trabajo que se realice.
- d) La técnica utilizada por el terapeuta: es importante que el terapeuta esté atento a descubrir los elementos de la personalidad del paciente y responder de manera que no suscite un gran aumento de ansiedad, lo que podría tener un efecto negativo en la construcción y el desarrollo de la alianza terapéutica. Desde el punto de vista clínico, es importante considerar las defensas del paciente para evaluar el tipo de interpretaciones que se pueda utilizar. Se cree que en psicoterapia es de vital importancia que el terapeuta atienda a la alianza terapéutica, incluso antes de atender otras intervenciones técnicas o estrategias (Piper, Joyce, Boroto y McCallum, 1995).

## Adherencia al tratamiento terapéutico

Después de lograr una alianza terapéutica, importa lograr la adherencia al tratamiento, la cual será la cúspide para conseguir el éxito terapéutico. En este apartado se detallará el significado de la adherencia terapéutica, sus características dentro de áreas específicas en casos específicos como lo son las adicciones, las enfermedades crónicas y, factores psicosociales, cognitivos y de personalidad.

Martín, Grau, & Espinosa, (2014) describen que la adherencia terapéutica se refiere a un comportamiento obediente del paciente dirigido a seguir las instrucciones del profesional de la salud, asumir un rol pasivo, sumiso que lo reconoce como incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir las recomendaciones propuestas; para estos autores y según su investigación, la definición dada establece una limitación, es debido a esto que el término “adherencia terapéutica” se introduce como una alternativa que permitiera expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente, en la que ambos son significativos.

El referente teórico específico de este término se encuentra en el campo de la psicología de la salud en la definición de "adherencia terapéutica" ofrecida por DiMatteo y DiNicola (1982), entendida como "una implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con su médico con el fin de producir un resultado terapéutico deseado" (citado por Martín et al. 2014; p. 227-228).

Martín, et al. (2014, p.229) refieren que:

“...La adherencia al tratamiento es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.”

Esta definición se comprende de esta manera: el paciente participa de manera activa y voluntaria, se compromete, se involucra, se responsabiliza en un comportamiento en beneficio para su salud, sin tomar un rol pasivo, se adhiere a un plan comportamental con el que está de acuerdo cuya elaboración ha podido contribuir; este plan terapéutico lo elabora a propuesta y de conjunto con su médico, por tanto, el profesional está presente en interacción con el paciente.

Alikari & Ziga, (2014); citado en (García et al. 2014) hacen referencia a la multidimensionalidad del cumplimiento y cómo este relaciona la percepción del terapeuta y el paciente hacia el tratamiento a seguir, las cuales muchas veces no tienen por qué coincidir. Lo que se observa es un cambio en la autonomía y participación en las decisiones terapéuticas del propio paciente, con el fin de que la adherencia pueda ser más alta.

La Organización Mundial de la Salud define, en el año 2003, la adherencia como “el grado en el que la conducta del paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con

las acordadas con el profesional sanitario” (OMS, 2003; citado por Vargas, 2014, p. 1).

Se resalta la participación activa del paciente como la responsabilidad del profesional sanitario para crear un clima de dialogo y así se posibilite la toma de decisiones compartidas. En la adherencia, el paciente toma un rol pasivo limitándose a tomar el medicamento o las indicaciones de control de conducta como se lo han prescrito (Vargas, 2014):

...”La adherencia terapéutica tiene ciertas dificultades que impiden se pueda lograr, como los relacionados con el paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de formación-instrucción, creencias, motivación...), la enfermedad (presencia o ausencia de sintomatología, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de la memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos,...), el fármaco (pautas de dosificación, tratamientos complejos, coste elevado, efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, efecto a medio-largo plazo, duración indefinida del tratamiento,...) el entorno (existencia de problemas familiares, barreras en la accesibilidad,...) y el médico (mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos,...). (p. 1).

Hernández & Londoño, (2012) definen la adherencia terapéutica como la medida en que una persona asume las normas o consejos dados por el médico o el equipo de salud, desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como el propio tratamiento farmacológico prescrito. (Carroll, 1997; Ingramo & Bendersky, 2001; Instituto Nacional Sobre Abuso de los Estados Unidos de América, 2003; Jones, 1953); citado en (Hernández & Londoño, 2012; p. 49).

Así mismo, Hernández & Londoño (2012), concluyen en su investigación que las características cognitivas y sociodemográficas que favorecen la adherencia al tratamiento refieren tanto experiencias adversas y esquemas “mal-adaptativos” como estrategias de afrontamiento, tales como: solución de problemas, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional. Según estos autores estas favorecen la toma de decisión para acudir y buscar ayuda profesional y mantenerse en una Comunidad Terapéutica (CT), y así aprovechar la experiencia que los programas disponen durante un año o más. El esquema de perfeccionismo, referido en los esquemas “mal-adaptativos” y en las creencias de personalidad puede jugar un papel importante en la capacidad cognitiva para establecer metas y evaluar críticamente su estilo de vida.

Trabajar con pacientes involucrados en adicciones parece ser más complicado debido a los múltiples factores que intervienen en la “No-adherencia” al tratamiento terapéutico.

García et al. (2014), citando a Silva, Galeano & Correa (2005) mencionan cuatro factores relevantes que impiden la adherencia terapéutica en el tratamiento:

- Prioridad que establece el paciente para la mediación.
- Percepción de gravedad del proceso de enfermedad.
- Nivel de credibilidad de la eficacia de los medicamentos.
- Aceptación por parte del paciente de los cambios recomendados.

Siguiendo con García et al. (2014) toman como referencia “La teoría social cognitiva” la cual propone que las creencias hacen posible que las personas sean capaces de conseguir la meta comportamental deseada. La capacidad o habilidad para ejecutar un cambio de conducta y/o seguir las pautas preventivas informadas en un programa o intervención, están en función de la autoeficacia percibida. Esta creencia actuará como predictor de la conducta a seguir, interactuando con otros predictores.

Así mismo toman en cuenta la “Teoría desde el modelo transteórico” Este modelo funciona de una forma ascendente mediante etapas de cambio posible, partiendo de un estadio donde la persona no es consciente del problema o situación. Conforme va tomando conciencia tendrá que ir superando el resto de las etapas, teniendo en cuenta que, en el desarrollo del proceso, interrelacionan otras variables que lo hacen posible o lo impiden.

Las etapas motivacionales que propone el modelo se pueden adaptar a la adherencia preventiva y sintetizar en las siguientes:

- Pre contemplación: No existe intención ni voluntad en adquirir nuevos comportamientos o llevar a cabo cambios. No se cuenta con suficiente

información o no se tiene conciencia de que exista o pueda existir en el futuro un problema si se adoptan determinados comportamientos de riesgo.

- **Contemplación:** Se cuenta con suficiente información, pero no existe voluntad de ejecutar determinados comportamientos saludables o cambiar aquellos que puedan ser peligrosos.
- **Preparación:** Se dan algunos pequeños pasos hacia los comportamientos saludables. Se empieza a ser más consciente de la necesidad de correr menos riesgos.
- **Acción:** Esta es la etapa crucial en la que se consolidan los comportamientos saludables frente a los de riesgo.
- **Mantenimiento:** En esta última etapa se consolidan los comportamientos saludables y se mantienen a lo largo del tiempo.

Para el arreglo de la adherencia preventiva, habría que contar además con los procesos de adquisición o cambio de comportamientos (Prochaska y Velicer, 1997), que ejercen de motores en la adquisición o cambio de comportamientos, entre los que se pueden incluir el control de estímulos, la autoevaluación o el apoyo social y familiar. Por último, en la fase valorativa de la configuración de la adherencia preventiva, se debe de tener en cuenta la autoeficacia percibida, los procesos de decisión, las emociones positivas y/o negativas y la posible pérdida de control de impulsos.

La relevancia que adquiere el concepto de adherencia preventiva, se encuentra en la línea que plantean Molinero et al. (2011), pero más orientada hacia



comportamientos de mantenimiento de la salud. La importancia de la adherencia se basa en varios criterios:

- Ausencia de programas de prevención de adicciones que consideren esta variable.
- Tasas de credibilidad de las estrategias preventivas bajas, que redundan en una adherencia débil.
- Propuestas poco realistas para favorecer los cambios en el estilo de vida de la población diana de los programas preventivos.
- Baja percepción de riesgo al consumo que colisiona frontalmente con la propuesta de adherencia preventiva.

En el ámbito de las enfermedades crónicas, Soria, Ávila, Vega, & Nava, (2012) hacen una investigación en la cual refieren la importancia del principal cuidador en la vida del enfermo crónico, ya que este constituye un gran respaldo para que éste cumpla con las indicaciones del médico respecto del control de su padecimiento.

Soria et. al. (2012) afirman que, aunque muchos de los padecimientos son controlables, los enfermos no siguen las indicaciones médicas y ello puede causarles serias complicaciones de salud y hasta la muerte. Esta falta de control de las enfermedades crónicas representa altos costos para el sistema de salud, gastos para el paciente y su familia, ausencias al trabajo y retiros laborales (pensionados y jubilados). En esto radica la importancia de promover en los enfermos, en general, el cumplimiento de las indicaciones médicas, lo antes ya definido como la

adherencia terapéutica, que es un aspecto fundamental para garantizar la eficacia de los programas de intervención en salud.

Soria, et. al. (2012), identifican en los resultados de su investigación que la dependencia hacia la persona cuidadora es factor para establecer dicha adherencia; su edad, ya que los jóvenes pueden requerir menos ayuda para el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas; el tipo de tratamiento y las habilidades de afrontamiento del enfermo, son factores que permiten que el enfermo crónico cumpla con las indicaciones prescritas

Para tratar con la adherencia terapéutica los factores psicosociales, cognitivos y de personalidad también benefician a que se de dicha adherencia, así como también pueden interferir en el logro de ella.

Hernández & Cedeño, (2012), hacen una investigación en Colombia, donde pretenden establecer el estilo cognitivo asociado con la alta adherencia a los tratamientos de las Comunidades terapéuticas.

Para esta investigación contaron con el 100% de los usuarios de las comunidades Terapéuticas Amigonianas de Colombia. La muestra final estuvo conformada por 443 participantes, 373 hombres y 70 mujeres, con una edad media de 18 años (DE 5,9, rango 11-50 años).

Los instrumentos que utilizaron para lograr esta investigación fueron:

- Escala de Adherencia a tratamiento (De León, Melnick, Kressel & Jainchill, 1994). Es un cuestionario auto-administrado por parte del usuario, con 18 ítems tipo Likert. Está compuesta por los siguientes componentes:

- 1.- Circunstancias 1: influencias externas que posibilitan la decisión de ingresar al tratamiento.
  - 2.- Circunstancias 2: influencias externas que contribuyen con la decisión de permanecer dentro del proceso terapéutico.
  - 3.- Motivación: reconocimiento personal de la necesidad de cambio, conciencia de la necesidad de cambiar el estilo de vida.
  - 4.- Disposición-Estar listo: Capacidad para admitir la necesidad de un proceso de tratamiento y asumir las disposiciones y requisitos del mismo.
- Instrumento de Registro de las Comunidades Terapéuticas Amigonianas (Hernández & Montoya, 2005). Formato de encuesta estructurada, recoge la información sobre las variables sociodemográficas, cuadro toxicológico, evolución en etapas del proceso terapéutico y acontecimientos vitales relevantes del usuario.
  - Young Schema Questionnaire (YSQ) (Young, 1990). Con propiedades psicométricas para Colombia en población normal (Castrillón et al., 2005).  
Evalúa los siguientes esquemas maladaptativos tempranos:
    - 1.- Abandono.
    - 2.- Insuficiente autocontrol/autodisciplina.
    - 3.- Desconfianza/ abuso.
    - 4.- Privación emocional.
    - 5.- Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad.
    - 6.- Autosacrificio.
    - 7.- Estándares inflexibles (1) /autoexigencia.

- 8.- Estándares inflexibles (2) /perfeccionismo.
  - 9.- Inhibición emocional.
  - 10.- Derecho y apego.
- Creencias centrales de los trastornos de la personalidad (CCE-TP) (Londoño et al., 2007). Consta de 65 ítems y evalúa las siguientes creencias de los trastornos de la personalidad CCE-TP:
    - 1.- Paranoide.
    - 2.- Esquizoide.
    - 3.- Antisocial.
    - 4.- Límite (límite/esquizoide).
    - 5.- Histriónico (dimensiones auto exaltación y dependencia emocional).
    - 6.- Narcisista.
    - 7.- Por evitación (dimensiones hipersensibles y auto percepción negativa).
    - 8.- Por dependencia.
    - 9.- Obsesivo-compulsivo.
    - 10.- Dimensiones perfeccionista y crítico).
    - 11.- Pasivo-agresivo (dimensiones crítico a la autoridad y resistencia a la autoridad).

Seguido de la aplicación de estos instrumentos, Hernández & Londoño, (2012) concluyen que las características cognitivas y sociodemográficas que favorecen la adherencia al tratamiento refieren tanto experiencias adversas y esquemas mal adaptativos como estrategias de afrontamiento, tales como solución de problemas,

reevaluación positiva y búsqueda de apoyo profesional. Estas favorecen la toma de decisión para acudir y buscar ayuda profesional y mantenerse en una Comunidad Terapéutica, y así aprovechar la experiencia que los programas disponen durante un año o más. El esquema de perfeccionismo, referido en los esquemas mal adaptativos y en las creencias de personalidad puede jugar un papel importante en la capacidad cognitiva para establecer metas y evaluar críticamente su estilo de vida.

En este apartado se concluye en base a las investigaciones ya citadas que, para lograr una adherencia terapéutica conveniente es necesaria la disposición del paciente, principalmente para aceptar las indicaciones del terapeuta, así mismo también benefician la adherencia al tratamiento la experiencia que los programas disponen para la información hacia el paciente y sus familiares en apoyo a estos, y por último las creencias que se tienen de la personalidad del paciente para establecer metas y la evaluación de su estilo de vida.

## Resistencia al tratamiento

Para poder hablar de resistencia al tratamiento es necesario definir la resistencia como tal. Greenson, (2014) citando a Freud (1900, pp. 517, 535) quien define la resistencia como oposición, es decir, la oposición a los procedimientos y procesos de análisis pues estorban la libre asociación del paciente, que obstaculizan los intentos del paciente de recordar, de lograr y asimilar *insight*, que opera contra el

Yo razonable del paciente y su deseo de cambiar, todas estas fuerzas pueden considerarse resistencia. Esta puede ser consciente, preconsciente o inconsciente y puede expresarse por medio de emociones, actitudes, ideas impulsos, pensamientos, fantasías o acciones; es en sí una contra fuerza del paciente, que opera contra el progreso del análisis, contra el analista y los procedimientos y procesos analíticos.

Escobar (2011) en su Tesis presentada “Adherencia y resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida” toma en cuenta el cambio en la psicoterapia, recalca que la relación terapéutica o relación paciente-terapeuta incide en la efectividad del tratamiento en el caso de la psicoterapia.

Así mismo, señala los modelos de factores de cambio más validados que son:

1.- El modelo de William Stiles, David Shapiro y Robert Elliott (1986, en Krause 2005), que sugiere tres lugares comunes en la psicoterapia, siendo estos: a. La alianza terapéutica, b. Comportamientos del cliente y c. Los factores del terapeuta.

2.- Un segundo modelo es el de Shuler (1989, en Krause 2005), quien menciona 8 variables comunes a cualquier proceso psicoterapéutico, sin importar su orientación teórica. Estas variables son: (1) La relación paciente-terapeuta, (2) Supuesto implícito de que el Ser Humano es un ser valioso, (3)

Terapia estructurada en rituales, acciones y reglas, (4) Existencia de un cuerpo o base teórica, el cual permite definir roles, (5) La psicoterapia como un espacio para expresar emociones, (6) Variables del proceso, (7) Factores del paciente, y (8) Factores del terapeuta, dentro de los que se encuentran su experiencia, sus habilidades básicas de ayuda, su capacidad para favorecer un clima de cambio y su receptividad al feedback del cliente.

3.- Un tercer modelo es el propuesto por Lisa Grenavage y John Norcross (1990, en Krause 2005), que organiza los trabajos publicados por psicoterapeutas según sus cinco rasgos comunes, identificando los siguientes factores:

- 1) Los procesos de cambio
- 2) La estructura del tratamiento
- 3) La relación terapéutica
- 4) Las características del cliente
- 5) Las cualidades de los terapeutas.

Siguiendo con Escobar (2011), manifiesta la resistencia desde tres enfoques diferentes y complementarios:

- A. Resistencia como déficit en la función psicológica: en algunos casos, dado que los pacientes carecen de algunas habilidades necesarias o muestran inhibición en la clave de la función psicológica. (Clarkin & Levi, 2004).

- B. Resistencia como respuesta adaptativa al conflicto: desde esta perspectiva se considera el comportamiento humano (síntomas y resistencia) como una respuesta relacionado con los esquemas y constructos personales. Aunque se desea el cambio, no ocurre pues más de un esquema está maniobrando, uno en favor del cambio y otro en contra (Arkowitz, 2002; Ecker & Hulley, 1996; Engle & Holiman, 2002; Frankell & Levitt, 2006; Mahoney, 1991).
- C. Resistencia como parte de la interacción: finalmente, algunos modelos plantean que algunos estilos de interacción incrementan la conducta resistente y también puede ser visto como un patrón comportamental (Arkowitz, 2002; Miller & Rollnick, 2002; Cowan & Presbury, 2000). Algunos estudios, usando el concepto de reactancia de Brehm, han tomado esta perspectiva (Cowan & Presbury, 2000). La resistencia se entiende como perder el gusto por el cambio, al ver que otra persona está presionando o coaccionándolos hacia el cambio.

En su investigación con pacientes Hipertensos, Escobar (2011) destaca cinco categorías que interfieren en el cambio del estilo de vida en estos pacientes que son:

1. Creencias sobre la enfermedad. - Creencias sobre la enfermedad: como lo es la alimentación (comidas, bebidas, sobrepeso); heredados o a su biología: el paciente lo asocia con su ritmo de vida (acelerado y experiencias emocionales de rabia); de significado de la enfermedad, como un castigo, pues creen se lo merecen; como un problema más dentro de una serie de problemas que ya estaban presentes.



2. Evolución del proceso. - Para la comprensión de la experiencia de tratamiento de los pacientes hipertensos, se ha organizado su relato longitudinalmente, destacando la reacción inicial al diagnóstico, nombrando algunos hitos importantes, reconociendo emociones asociadas, distinguiendo sus motivaciones, la experiencia actual de la adherencia y las expectativas actuales acerca del tratamiento.

- Reacción inicial. - adherencia inmediata, negación o minimización, rebeldía a las indicaciones médicas y shock.
- Hitos que suscitan adherencia:
  - ✓ Hitos que suscitan adherencia empoderando: los hitos que se relacionan con la adherencia facilitándola, permiten a los pacientes adherir generando en ellos la percepción de que sus actos tienen una consecuencia según sus objetivos. Los pacientes adhieren cuando se empoderan al sentir beneficios del tratamiento.
  - ✓ Hitos que suscitan Adherencia Asustando: este tipo de caso es el evento que generan sentimientos relacionados con las consecuencias de no adherir.
- Hitos que suscitan deserción:
  - ✓ Estar en desacuerdo con el tratamiento. - en su totalidad o en parte es el primer hito señalado. El sentirse mejor hace que la adherencia disminuyera.

- ✓ Percepción de ser mal tratado o retado por algún miembro del equipo médico.
- Experiencia actual de la adherencia:
  - ✓ Cómo evalúa su adherencia. - desde un inicio, casi siempre y a veces se adhieren a las instrucciones prescritas.
  - ✓ Cómo le gustaría adherir. - de manera propia, en donde el paciente pueda también establecer una cantidad que le convenga y por el contrario de esa libertad, y otros pacientes deciden seguir el tratamiento al pie de la letra.
- Dificultad para el tratamiento:
  - ✓ Difícil: alta dificultad para seguir el tratamiento
  - ✓ No tan difícil: poca dificultad para seguir el tratamiento.
  - ✓ Continuar haciendo lo mismo: el tratamiento no significa un cambio en las costumbres del paciente.
- Impacto emocional de adherir.
  - ✓ Alegría y felicidad: sentimiento positivo acompañado de la adherencia.
  - ✓ Culpa-Pena: culpa al saber que si se recae es la responsabilidad del paciente; y Pena pues creer que no puede hablar de su malestar con otras personas.
  - ✓ Indiferencia: sus actividades siguen siendo las mismas antes de conocer la enfermedad y durante el saber de esta última.
  - ✓ Frustración y rabia: a la dependencia de medicamentos sin poder contemplar otra salida, y rabia por no poder controlar la situación.

### 2.1. Significado de adherir.

Para algunos pacientes las instrucciones son sinónimo de **prohibiciones** (alimentación). Para otros pacientes, las instrucciones del equipo están más asociadas a hacer uso de su **mecanismo de afrontamiento** más típico o una motivación relacionada con el tratamiento. En otros pacientes adherir significa ser **proactivo** pues se fijan un objetivo y realizar actividades necesarias a medida que la situación lo amerite. Por otro lado, para otros pacientes adherir al tratamiento les permitirá **restaurar** su estado de salud; y por último para otros significa **Permitir ser ayudado** por otros.

### 2.2. Situaciones en que no adhiere.

Las situaciones a las cuales deben enfrentarse los pacientes, que refieren como estresantes, resultan ser un escenario en que la adherencia disminuye. Otras situaciones, con relación a las necesidades que se presentan a los pacientes y estos cuentan con **pocas alternativas** para satisfacerlas.

Cuando la situación en que se encuentra una persona involucra la posibilidad de obtener **placer** mediante la comida, las posibilidades de decidir por ajustarse a la indicación de dieta, disminuyen.

### 2.3. Expectativa actual de la enfermedad.

- Confianza en el tratamiento.

En esta extensión se ha distinguido dos niveles del tipo de confianza que los pacientes desarrollan frente al tratamiento y que incide en la adherencia.

Puede ayudar y no tener confianza en el tratamiento, los pacientes permiten reconocer cómo desarrollan un tipo de confianza en el que creen que el tratamiento los puede ayudar a estar mejor, prevenir consecuencias y no empeorar.

- Expectativas de mejoría.

Se distinguen tres niveles: cronicidad, mejoría de la enfermedad y baja expectativa.

- ✓ Crónica: los pacientes esperar que la enfermedad se mantenga pues es crónica.
- ✓ Mejoría de la enfermedad: algunos pacientes esperan que el tratamiento los sane de la enfermedad.
- ✓ Baja expectativa: algunos pacientes refieren que sostienen una baja expectativa de mejoría o de eficacia en el tratamiento, pues les resulta difícil, pero esperan mejorar.

#### 2.4. Evolución.

La percepción de los pacientes acerca de su proceso de adherencia se distinguió dos niveles: **cada vez es más fácil adherir y siempre adherí.**

Algunos pacientes señalaron que su adherencia fue incrementándose desde el inicio de su tratamiento, **cada vez es más fácil**, poco a poco van disminuyendo conductas que les perjudicaban en su salud hasta que al final dejaron dichas conductas.

Otros pacientes señalan que **siempre se adhirieron** al tratamiento.

### 3. Motivaciones

- Motivaciones para adherir.

- ❖ **Apetitivas vs aversivas.**

Facilitan la adherencia según la meta u objeto al que están asociadas.

Las **apetitivas** son metas a las cuales el paciente se dirige, mediante el tratamiento, resultan atractivas para los pacientes, generando adherencia; y las **aversivas** son consecuencias de la enfermedad de las cuales los pacientes pretenden alejarse, adhiriéndose al tratamiento médico.

- ❖ **Intrínsecas vs extrínsecas.**

Las motivaciones pueden ser internas o externas, según donde se origine, puede ser del paciente o de otros interesados en la adherencia del paciente. La motivación interna o **intrínseca** es cuando es generada por el paciente mismo; y la motivación externa o **extrínseca** se da cuando el interés por adherir es generado por el equipo médico u otros interesados en la salud del paciente.

- ❖ **Adherencia individualista.**

También la adherencia se vio asociada a cierta atracción que provoca un determinado objeto o situación, la que fue organizada en valores **Individualistas o Altruistas**, según el beneficiario de la acción adherente, el paciente o los demás. El valor asociado a la adherencia en este caso es la **autonomía**. Los pacientes adhieren para mantener su autonomía y no perderla por consecuencias de la enfermedad.

Otro valor asociado a la adherencia es **la conexión con el cuerpo** y la conciencia de los procesos fisiológicos que debería desarrollar el paciente.

La **Conciencia del autocuidado** y de la propia salud, resultan motivadores para la conducta adherente.

El **mantenerse con vida y el temor a morir**, es un factor relevante para la adherencia al tratamiento.

❖ Adherencia altruista.

En el caso de los valores altruistas, la valencia asociada a la adherencia está vinculada con los otros, el paciente busca beneficiar a otros antes que a sí mismo. **Sentirse a cargo o sentirse responsable por otros** resulta como motivador para la conducta adherente. Los pacientes, al conocer las consecuencias de la enfermedad, comienzan a considerar que los otros “cargarían” con ellos, evitar esta situación, no ser una carga, es la motivación para seguir las indicaciones médicas.

• Motivaciones para no adherir.

❖ Evitar asumir la enfermedad.

**No pensar en problemas:** para la conciencia de los pacientes, resulta intolerable mantener variadas dificultades y además la dicha enfermedad.

**No reconocer límites:** la dificultad para reconocer los propios límites y los límites propios del avance de la edad, obstaculiza que los pacientes asocien la necesidad con adherir al tratamiento.

❖ Evitar Iatrogenia.

Los pacientes buscan evitar los **efectos secundarios** adversos que tendrían los medicamentos, de esto se deriva la no adherencia. Otro factor es el que los pacientes perciban algún tipo de maltrato para así abandonar un tratamiento.

❖ No molestar a otros.

La moral y la idiosincrasia del paciente pueden resultar como un motivador para no adherirse al tratamiento, el evitar una mala evaluación en una reunión social puede ser factor para la no adherencia.

❖ No tiene sentido el esfuerzo.

Cuando la enfermedad y sus consecuencias son percibidas como poco intrusivas en las tareas, adherir **no resulta necesario o no se sienten tan mal.**

Si el paciente anímico de los pacientes se desarrolla hasta llegar a la apatía sólo pensarán en que **todo da lo mismo**, impidiendo así la adherencia.

❖ Regulación emocional.

Una motivación para no adherir es mantener conductas necesarias para la regulación emocional, en ocasiones estas conductas son opuestas a las indicaciones del equipo médico. Conductas que

resultan resistentes al cambio y opuestas a las indicaciones médicas son conductas que permiten regular las emociones, una de estas es Evitar la ansiedad. Otra conducta que no coincide con las indicaciones médicas son las conductas que ayudan al paciente a **evitar la depresión.**

#### 4. Personalidad

- Rasgos relacionados.

- ❖ Abrirse al contacto: La disposición a establecer relaciones de cooperación, enfocadas en la salud de una persona o grupo, incide en la adherencia al tratamiento médico. La menor apertura al contacto, dificulta la participación de los pacientes en relaciones de cooperación y obstaculiza la adherencia.

- ❖ Confianza en los demás.

La percepción de que los otros son personas confiables y no van a causar daño, resulta un facilitador para generar confianza en el equipo médico y seguir sus instrucciones. Establecer relaciones de cuidado en las que la confianza en los otros es fundamental, es particularmente incidente en la adherencia y confianza que se establezca con el equipo médico.

Por el contrario, percibir que los otros no son personas confiables, dificulta la adherencia al tratamiento pues no se confía en las instrucciones médicas.



❖ Solicitud de apoyo.

El estilo para solicitar ayuda puede dudar entre dos extremos, la autosuficiencia y depender de los demás. Si bien, ningún extremo facilita o dificulta la adherencia por sí mismo, incidirá en como los pacientes adhieren al tratamiento. Un paciente que tienda a hacer las cosas por sí mismo (autosuficiente) sin esperar lo que otros pueden hacer por él, tenderá a responsabilizarse de su tratamiento. Esta característica en relación a otras características y tipos de interacción, podría resultar como un obstaculizador.

El otro extremo se refiere a depender en gran medida de las acciones de los demás. De igual manera, en ciertos contextos y en relación a otras características puede ser tanto facilitador como obstaculizador para la adherencia.

❖ Preocupación por los demás.

Al igual que en otros rasgos relacionales, la presencia o ausencia por sí sola de esta característica no constituye un facilitador u obstaculizador de adherencia. Es en relación a otros rasgos y condiciones que incidirá sobre el comportamiento adherente. Cuando el cuidado de otros y sus necesidades, se anteponen a las necesidades propias, se establecen criterios y según eso se guían conductas como las de adherencia.

También, el poner primero el propio cuidado y las propias necesidades pueden ser criterios de decisión para cumplir con las indicaciones médicas.

❖ **Reactancia.**

Se encontraron ejemplos de cada uno de los extremos para esta dimensión desde total aceptación de la influencia como una adaptación a las indicaciones. Por otra parte, también se manifestó un rechazo de la influencia del equipo médico.

• **Recursos internos.**

Al observar la personalidad de los pacientes, también se distinguieron sus recursos internos, capacidades y habilidades que se relacionan con la adherencia al tratamiento médico.

- ✓ **La anticipación:** es la capacidad de los pacientes para anticipar las consecuencias de seguir o no seguir las indicaciones del equipo médico. Estas capacidades pueden estar desarrolladas o ser muy usadas, como ser poco utilizadas por algunos pacientes. En ocasiones, este recurso está asociado a las experiencias vitales del paciente, aunque no necesariamente.
- ✓ **Asertividad:** es comprendida como la capacidad de los pacientes para dar a conocer sus necesidades con respecto al tratamiento y sus efectos secundarios.
- ✓ La capacidad de **asumir la responsabilidad** del tratamiento o para delegar ésta responsabilidad en otras personas, es un recurso importante que se relaciona con el cumplimiento de los pacientes. Existen los pacientes que no han desarrollado o que no usan esta habilidad, cuentan con un auxiliar que se responsabiliza por el tratamiento.

- ✓ **Dejan la responsabilidad en otros:** los pacientes que cuentan con el recurso, pero no confían en su capacidad para cumplir con el tratamiento. Dicen “Lo intentaré, pero no depende de mí”.
- ✓ Pero existe otro grupo de pacientes que han desarrollado este recurso y **asumen la responsabilidad** de cumplir con el tratamiento en todos sus aspectos.

❖ Autoconciencia.

Esta habilidad puede haber sido desarrollada por los pacientes, lo que les permitiría percibir los síntomas. Cumplir con las indicaciones de tratamiento se ve asociado con la percepción de los síntomas que se relacionen con la enfermedad, para esto es necesaria la habilidad de reconocer los síntomas.

O de estar menos desarrollada, dificultando la percepción del síntoma o su asociación con la enfermedad.

❖ Autocontrol.

La capacidad de control de la expresión emocional y de la satisfacción de las necesidades, es el recurso interno relacionado con el cumplimiento del tratamiento. Se apreciaron tres niveles para este recurso.

- ✓ **Fracaso en el control:** los pacientes no logran manejar la mayoría de la expresión de sus emociones.
- ✓ **Control exitoso:** donde se clasificó a los pacientes que logran manejar sus impulsos.

✓ **Sobre control:** en el que los pacientes ha sobre desarrollado este recurso extendiéndolo incluso a varias áreas de su vida.

❖ Autocuidado.

La noción del propio cuidado que los pacientes han desarrollado, se relaciona directamente con el cumplimiento de las indicaciones para el tratamiento. Cuando este recurso se encuentra desarrollado, los pacientes se refieren a la importancia que tiene cumplir con el tratamiento.

Otros pacientes han desarrollado menos este recurso, dejando sus necesidades de cuidado, postergándose, para procurar el cuidado de otros.

❖ Habilidades cognitivas.

Es necesario que los pacientes cuenten con habilidades cognitivas mínimas para la comprensión de las instrucciones médicas, esto indica el nivel de comprensión del tratamiento.

❖ Mecanismos de afrontamiento.

✓ **Distracción:** para algunos pacientes, la manera de cumplir la prescripción médica es estar distraído o concentrado en otra actividad como el trabajo, por ejemplo, y así olvidar la conducta que les perjudica.

✓ **Colapsar-arrancar:** ante los síntomas relacionados con la enfermedad o los síntomas relacionan presentando conductas de huida o paralizándose al colapsar.

- ✓ **Tomar o comer:** cuando se presentan situaciones complejas o emociones displacenteras algunos pacientes recurren a tomar o comer para lograr regular la intensidad de la respuesta emocional.
- ✓ **Enfrentar:** otros pacientes optan por enfrentar la situación, respuesta que resulta consecuente con la responsabilidad de adherirse al tratamiento.

## 5. Relación con el equipo médico.

- Autopercepción del paciente.

Los pacientes presentan una evaluación clara de su rendimiento en el cumplimiento del tratamiento, indican cuando se resisten y cuando cumplen con las indicaciones.

- ✓ Resistencia pasiva: es un tipo de respuesta ante las instrucciones de tratamiento, corresponde a no cumplirlas sin oponerse abiertamente a ellas, como forma de enfrentar el tratamiento.
- ✓ Cumplimiento total de las indicaciones sin resistencia.
- ✓ Revelarse ante las instrucciones o dejar el tratamiento para el mismo suele ser otra respuesta que se presenta en ciertas condiciones.
- ✓ Negociar o expresar abiertamente el descontento con el tratamiento: es una conducta más adecuada el negociar cuando las instrucciones de tratamiento parecen ser demasiado estrictas o expresar abiertamente el descontento con el tratamiento es una respuesta que presentan pacientes con ciertas características y en ciertas condiciones.

- ✓ Presentar sus reclamos: cuando percibe que el tratamiento o la atención recibida por el equipo médico no es la adecuada.
- Cómo perciben los pacientes al equipo médico.
  - ✓ Me apoya profesionalmente: cuando sienten el apoyo del equipo médico, haciendo énfasis en el carácter profesional del apoyo recibido, distinguiéndolo de una relación de apoyo basada en el afecto u otro tipo de vínculo.
  - ✓ Sentimiento de cuidado por parte del médico: cuando cumple con una función de escucha y que acogen las necesidades de los pacientes.
  - ✓ Descuido o mal trato por parte de los médicos: visión opuesta, cuando perciben que pueden descuidarlos o incurrir en tratos menos apropiados, ya sea por errores en las funciones o ausencia de explicación del tratamiento.
  - ✓ Empoderamiento y decisión: los pacientes destacan que el equipo médico con su actitud y trato, permiten a los pacientes a intervenir en las decisiones para la estructuración del tratamiento, permitiéndoles decidir y generando empoderamiento y facilitando la adherencia.
  - ✓ Prohibiciones y llamados de atención: algunos pacientes refieren que las intervenciones del equipo son percibidas como prohibiciones y llamados de atención que obstaculizan la adherencia.
  - ✓ El tratamiento no es relevante: algunos pacientes declaran que el estilo en que el equipo médico introduce las indicaciones para el tratamiento no es relevante para efectuar las tareas indicadas.

- Patrón interaccional.
  - ❖ Calidez vs hostilidad.
    - ✓ Calidez: los pacientes sienten que en los controles pueden bromear con los miembros del equipo y éstos disfrutan de su labor.
    - ✓ Hostilidad: cuando el equipo es autoritario y/o las indicaciones de los miembros del equipo médico son contradictorias entre sí.
  - ❖ Control vs sumisión.
    - ✓ Lucha por el control: el paciente y el miembro del equipo médico compiten implícitamente por el control en la relación.
    - ✓ Paciente one down: es otro tipo de interacción, la relación se orienta verticalmente y el paciente ocupa un lugar inferior al del miembro del equipo médico.
    - ✓ Profesional one down: interacción en donde es el profesional quien se ubica en una posición inferior a la del paciente.
    - ✓ Relación horizontal sin lucha: es un tipo de relación intermedia en comparación a las dos anteriores. La relación entre paciente y representante del equipo médico, ya no se ordena en forma vertical y no compiten por el control en la relación.
  - ❖ Locus de control.
    - ✓ Ambos aportan para el tratamiento: en donde el paciente y el equipo médico, entendiéndolo como una tarea conjunta.

- ✓ Todo depende del profesional: pacientes refieren que la responsabilidad del tratamiento y su efectividad es del equipo médico.
- ✓ Sólo depende del paciente: por el contrario, los pacientes refieren que la efectividad del tratamiento es sólo del paciente.
- ❖ Análisis transaccional.
  - ✓ En algunas ocasiones un miembro del equipo médico era descrito como un **padre autoritario** que impone las reglas del tratamiento y el paciente responde como un **niño bueno** ante tales imposiciones.
  - ✓ En otras ocasiones, la conducta del médico era descrita como **padre bueno** que acoge y premia al paciente y la respuesta del paciente era la de un **niño bueno**, que agradece la intervención del médico.
  - ✓ Otros pacientes perciben al miembro del equipo como **padre bueno**, que explica y es amable, y responden como **adultos** ante este tipo de relación, comprendido y analizando.
  - ✓ Otro rol es el del **padre crítico** por parte del equipo médico, calificado como autoritario, poco empático y castrador. En este caso los pacientes responden como un **niño rebelde**, dejando de cumplir con las indicaciones, dejando de asistir a controles o cambiando de prestador de servicio de salud.



Ortiz y Ortiz (2007), citados por García et al. (2014), la “no-adherencia” se puede generar a partir de una serie de factores:

- Personales: donde se podrían señalar la baja motivación, la inconsciencia o ignorancia del problema, la baja autoestima y autoeficacia, síntomas depresivos o depresión, entre otros
- Asistenciales: se demuestra que cuando la satisfacción del paciente es alta con el servicio médico o terapéutico, aumenta la tasa de adherencia al tratamiento.
- Terapéuticos: se observan diferencias entre los tratamientos agudos y los crónicos. Asimismo, a mayor complejidad en el tratamiento menor adherencia

Por último, habría que señalar también que una misma persona puede tomar una medicación y no otra o puede variar el cumplimiento a lo largo del tiempo en función de cómo percibe que funciona. La causa más probable de incumplimiento se atribuye al comportamiento de los sujetos y no al tratamiento en sí mismo.

## CAPÍTULO IV LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO.

Este apartado se basa en las posibles técnicas que el terapeuta puede ejecutar junto con la colaboración del paciente, para lograr la meta a fin, basado en investigaciones que han sido de ayuda para el éxito terapéutico.

### Técnicas para la efectividad del tratamiento terapéutico.

La función primordial de la terapia psicológica se reduce al funcionamiento adecuado del tratamiento del paciente, se contempla un éxito cuando se logra concluir el tratamiento sin algún tipo de inconvenientes que lo alteraran, si bien es cierto, y como se ha mencionado, la actitud del paciente y del psicólogo es fundamental en lograr un vínculo que favorezca la dinámica del tratamiento, también es cierto que, para lograr el éxito del tratamiento, se debe de trabajar en conjunto y establecer tareas que favorezcan las demandas del paciente.

“...La psicoterapia es una actividad conjunta entre terapeuta y los consultantes que consiste básicamente en la construcción de conocimientos que estos últimos necesitan para introducir cambios en sus vidas y que el terapeuta puede “andamiar” o guiar, aunque no proporcionar” (Ezama, Fontanil & Alonso, 2012; p: 246)

Para llevar a cabo dicha construcción de conocimientos al paciente, se lleva a cabo dinámicas que permiten al paciente salir de la conducta inicial para crear nuevas conductas, he ahí la intervención del terapeuta que, con los conocimientos establecidos, puede brindar al paciente su adquisición.

Existen otra investigación, que permite evaluar la eficacia del tratamiento consultando las demandas del paciente para lograr un trabajo de equipo; Ezama, et al. (2012), en su práctica clínica, hacen uso del cuestionario HOPES, (Hojas de Planificación y Evaluación de la Sesión), su objetivo se basa en la idea de la valoración del paciente y la retroalimentación al terapeuta mejoran y promueven la efectividad de la terapia.

Se estructura en dos entrevistas durante cada sesión, la pre-entrevista se caracteriza por una lista cerrada de las tareas terapéuticas que el paciente prefiere que se trabajen durante la sesión:

Pre- entrevista.

1. Saber si es posible hacer que las cosas cambien (en adelante "Posible").
2. Saber que tiene de positivo o que tiene de negativo la situación que vivo o que vivimos ("Positivo").
3. Entender lo que ocurre (lo que me ocurre a mí, a ellos o a nuestra relación) ("Entender").
4. Saber cómo actuar para que las cosas cambien ("Actuar").

5. Saber qué es lo que estoy buscando al final. Tener claras las metas más grandes (“Metas grandes”).
6. Tener claras las metas pequeñas. Saber en qué cosas pequeñas voy a trabajar para solucionar los problemas (“Metas pequeñas”).
7. Saber si es buena idea hacer lo que he pensado hacer (“Buena idea”).
8. Saber si lo que he hecho estuvo bien o mal. Saber qué valoración merecen los pasos que he dado (“Valoración pasos”).
9. Saber si lo que se ha conseguido ya es suficiente y puedo considerar solucionado el problema (“Suficiente”).

Y la post-entrevista, en la que el consultante da cuenta de si se han realizado las tareas que ya había estipulado y el grado en que considera haber sido ayudado en estas.

Los ítems que toman en cuenta del cuestionario HOPES de la post-entrevista son los siguientes:

- Escala de avance. La primera pregunta del cuestionario es una línea graduada de 0 a 10 sobre la que la consultante valora la distancia a la que se encuentra de la resolución del problema en el momento actual. Cero representa el momento en que el problema estuvo peor y diez la situación hipotética en que esté resuelto.
- Expectativa de ayuda: Valoración numérica de 0 a 10 de la confianza que el consultante tiene en que la sesión vaya a serle de ayuda.

- Tareas terapéuticas: En la lista cerrada de nueve clases de tareas el consultante debe señalar aquella o aquellas en las que desea que se centre la sesión. Si marca más de una, puede ordenarlas por importancia.
- Satisfacción: La primera pregunta de la post-entrevista valora el grado de satisfacción del consultante con la sesión que acaba de terminar en una escala gráfica de 0 (nada) a 4 (muchísimo).
- Ayuda obtenida: En nueve escalas de cinco niveles (de ninguna a muchísima) el consultante indica el grado de ayuda que estima haber recibido por parte del terapeuta para cada una de las nueve posibles tareas terapéuticas.

En esta investigación concluyen que, tomar en cuenta las demandas del paciente no marca gran diferencia en cuanto a la satisfacción y a los resultados; lo que sí es notable, fue la tarea “entender lo que ocurre” que es la más relevante tanto a efectos de satisfacción como de resultados.

Al parecer, en cuanto a esta investigación, (Ezama, et. al. 2012) lo que los pacientes buscan resolver es la razón de su problema, y entender el porqué de este.

Si bien esta investigación no arroja los resultados deseados, se puede utilizar como medio para poder darle herramientas al paciente para complementar la retroalimentación de este en cuanto a su problema en cuestión.

Rodríguez & Salinas, (2011) toman en cuenta la perspectiva cognitivo-conductual, que ha subrayado que la relación terapéutica conlleva un conjunto de variables y factores que pueden facilitar o impedir el buen desarrollo del proceso terapéutico.

En este contexto, y como una propuesta para clasificar los factores y variables comunes a las terapias, Carrasco (2002) citado en Rodríguez & Salinas, (2011) señala tres grupos diferentes de habilidades o estrategias que pueden influir el proceso terapéutico:

1. Las habilidades centradas en las estrategias terapéuticas.
2. Las centradas en el proceso terapéutico.
3. Las centradas en la relación terapéutica.

En los dos primeros grupos incluye habilidades que tienen que ver con el conocimiento teórico-metodológico del terapeuta y que le permiten llevar a cabo el proceso de identificación del problema y su alteración, mientras que el tercer grupo abarca las diversas habilidades y características del terapeuta y del paciente. De este último grupo se ha escrito mucho y se ha puesto una especial atención en las habilidades y características del terapeuta y en la llamada “alianza terapéutica”. (véase en el Capítulo III).

En algunas investigaciones en las que se concluye que las variables inespecíficas explican un 45% del éxito terapéutico, entre ellas resalta la alianza terapéutica, determinada por el paciente de los actos del terapeuta (empatía, confianza y capacidad para entregar una fundamentación convincente) (Martínez, 1999; Safran y Segal, 1994; citado en Rodríguez & Salinas, 2011).

Siguiendo con Rodríguez & Salinas (2011), toman a Carrasco (2002) como referencia en cuanto al cumplimiento con las tareas prescritas comenta que para prevenir el incumplimiento de las tareas es conveniente que el terapeuta resalte la

importancia de su realización y anticipe las excusas potenciales de tal incumplimiento. Por último, y para promover la generalización y el mantenimiento de los cambios logrados, recomienda que el terapeuta, que inicialmente es muy activo y directivo, ocupe una posición más secundaria a medida que avanza la terapia.

(Lacunza, 2012) Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica

Froján, (2011) hacen una introducción sobre el por qué funcionan los tratamientos psicológicos, contemplando cinco pilares fundamentales de la terapia psicológica que a continuación se detallarán:

1. El análisis funcional. Que atendiendo a la funcionalidad de la conducta del cliente se puede explicar los problemas que lo traen a consulta y se puede diseñar y aplicar técnicas de intervención que permitan desarrollar nuevas funcionalidades más adaptativas a largo plazo.

El termino conducta lo definen como la interacción entre una respuesta (encubierta o manifiesta, cognitiva o motora, verbal o emocional) y el contexto en el cual se da. La conducta por tanto no sería acción ni reacción, sino interacción.

2. El análisis de la conducta verbal durante la interacción terapéutica. Aunque la terapia es fundamentalmente hablada, hasta muy recientemente no se ha planteado un estudio formal de la interacción verbal entre el psicólogo y el cliente y una conceptualización de lo que se dice en terapia como una conducta clínicamente relevante.

3. Ya no sólo es que cambiando lo que una persona dice sobre lo que hace se puede cambiar lo que hace, sino que al “comportarse” en terapia una persona puede mostrar los mismos problemas que la hacen buscar ayuda psicológica, así mismo se comportarían igual, que se mostrarían en cualquier otro contexto social. En este sentido, la situación terapéutica se constituiría en un contexto único donde establecer contingencias de reforzamiento y de castigo sobre las propias conductas objetivo de tratamiento.
4. Se considera que el establecimiento de una buena relación o alianza terapéutica depende del proceso interactivo, que tiene lugar durante la sesión de terapia; en este sentido, la relación o alianza sería consecuencia, de la interacción terapéutica y haciendo que esta interacción tenga unas características determinadas (específicas para cada caso) se conseguirá el establecimiento de una buena alianza. De esta manera dejaría de tener sentido la antigua polémica acerca de qué pesa más, si la relación terapéutica o las técnicas de intervención en la explicación del cambio clínico, puesto que una y las otras serían la ocasión para la ocurrencia de los procesos de aprendizaje.
5. En terapia, el procedimiento principal para tener acceso a las cogniciones del cliente es precisamente lo que nos dice sobre lo que piensa. La técnica de reestructuración cognitiva, únicamente trabaja con verbalizaciones que se van modificando a través del debate socrático para, en último término, concluir que como consecuencia del cambio en las verbalizaciones han cambiado las cogniciones.



El psicólogo pone en marcha una serie de procesos de aprendizaje que darán lugar a la aparición de nuevas conductas más adaptativas y menos equívocas en el cliente. Y estos procesos de aprendizaje surgen a través de la interacción verbal que tiene lugar durante la sesión terapéutica. El cambio de las verbalizaciones del cliente en sesión ha de ser utilizado para promover y mantener los cambios extra-clínicos, de tal manera que las nuevas verbalizaciones discriminen conductas más adaptativas en su vida cotidiana. Si el psicólogo conoce los procesos de aprendizaje, la probabilidad de que dichos procesos ocurran y den lugar a que existan cambios en la conducta serán mayores y la intervención será más eficaz, si en el caso de que el psicólogo no conozca estos procesos, se lograrán de igual forma, pero de manera más lenta o con menor control por parte del psicólogo. (Froján, 2011).

Ezama, Alonso, González, Galván, & Fontanil, (2011) para darle otro enfoque a la efectividad del tratamiento psicológico primero se preguntan ¿qué clase de ayuda buscan en psicología? Estos autores concluyen que los Protagonistas de las Quejas (PQ) tienden a dar más importancia a la construcción de conocimientos ligados a formas de actuar y a la valoración de la resolución del problema.

Si se califica por género, afirman que las mujeres parecen más deseosas de trabajar en tareas relacionadas con la valoración de la situación, la valoración de lo que se ha hecho o lo que se piensa hacer, la osadía de metas principales y la planificación de actuaciones. También se puede aclarar que estas diferencias pueden estar fundadas en otras que atañen al rol del cuidador que suelen ocupar las mujeres que los hombres.

Así mismo afirman, que los consultantes prefieren “saber el cómo actuar”, “entender que les ocurre” y a “valorar las posibilidades de que las cosas cambien”, la importancia de estas tres tareas mengua al progresar la terapia en el tiempo y en la solución de problemas. La tarea “saber que tiene de positivo y negativo la solución”, también pierde importancia ligeramente cuanto más cerca se ve la solución, aunque no armoniza significativamente con el avance de las sesiones; es obvio suponer que en cuanto más cerca se ve la solución, menos necesidad se siente de poner nuevas estrategias a prueba.

“Todas las correlaciones son más fuertes con la distancia a la solución que con el ordinal de la sesión, lo cual indica que la elección de tareas no depende solo del transcurso del tiempo o de la familiaridad con el terapeuta, sino que efectivamente guarda relación con el grado de mejoría en la situación que ha llevado a las personas a consultar. Es decir, los consultantes piden un tipo de ayuda u otro en función de lo que van consiguiendo”. Ezama et al. (2011; p. 572).

Santibáñez, Román, & Vinet, (2009) en su investigación sobre la efectividad de la psicoterapia y la variable “alianza terapéutica” inicia con la definición de la psicoterapia “como un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación psicológica y el

bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia".  
(p.176)

Con respecto al resultado de la terapia y alianza, Horvath (2005) citado en Santibáñez et al (2009), plantea que la correlación entre ambos constructos es moderada pero significativa, pues oscila entre 22 y 68, dependiendo del tipo de resultado estudiado. Señala que la perspectiva del paciente tiende a ser más predictiva del resultado que las otras fuentes y que la evaluación prematura de la alianza es mejor predictor que las evaluaciones hechas en otros momentos del proceso.

Considerando que la alianza es importante para el proceso y el resultado en la psicoterapia, surge la pregunta sobre la potencial entrenabilidad de este constructo en quienes se forman como psicoterapeutas. La comparación de los resultados obtenidos por terapeutas profesionales y novatos no muestra diferencias en cuanto a efectividad terapéutica entre ellos, concluyendo que la efectividad de algunos factores inespecíficos, tales como compromiso y comprensión, es independiente de la formación y la experiencia profesional (Winkler, Avendaño, Krause & Soto, 1993).  
Santibáñez et al (2009)

Para concluir en su estudio Santibáñez et al (2009), refieren que consultantes atendidos por estudiantes en formación, en general, logran estar mejor después de asistir a psicoterapia, y se evidencia que los terapeutas novatos son capaces de establecer buenas alianzas con los pacientes, y así favorecer el logro de resultados terapéuticos.

La alianza entre terapeuta y paciente favorece especialmente la disminución de la sintomatología de quien consulta, lo que es de suma importancia si se considera que en la mayoría de las oportunidades los objetivos de los consultantes están focalizados en la disminución de los síntomas que los aquejan y que suelen motivar la consulta. Cabe destacar la relevancia que tiene el acuerdo con respecto a las metas del tratamiento, pues además de favorecer el logro de los resultados, permite que consultante y terapeuta tengan expectativas similares sobre el proceso; con ello existe mayor coincidencia con respecto a la decisión del momento de dar término a la terapia debido al logro de los objetivos.

## Recomendaciones.

Se recomienda como inicio dentro de la entrevista inicial, una breve introducción de lo que es la misión de la terapia psicológica para que el paciente se encuentre informado y así pueda dirigir sus expectativas en cuanto al objetivo de su tratamiento.

La alianza terapéutica permite un vínculo positivo entre el paciente y terapeuta, y esta permite llevar a cabo las sesiones establecidas de forma conveniente para el tratamiento del paciente, es conveniente lograr que el terapeuta muestre empatía con el paciente y tenga un trato cordial; que haga uso adecuado de su formación académica en la práctica y seguir ampliando su conocimiento.

El terapeuta debe tratar al paciente sin juicios de valor, que puedan entorpecer el avance del paciente y así poder continuar con el vínculo a establecer. Ya establecido el vínculo, será necesario darle al paciente una retroalimentación que permita que este vaya observando los avances de su tratamiento, de esa manera él pensará que el tiempo ha sido invertido de manera favorable y seguirá con las sesiones posteriores hasta concluir su tratamiento.

La aplicación de test antes, durante y al finalizar el tratamiento, permite conocer las expectativas del paciente desde el momento en el que inicia el tratamiento para

poder aterrizar sus expectativas, durante el tratamiento permite conocer por parte del terapeuta si se está logrando un avance que beneficie al paciente y, al finalizar concretar cuáles son los aciertos y los errores que se cometieron durante el tratamiento ya que en todo momento la participación del paciente fue activa.

## Conclusiones.

Se concluye que la entrevista inicial lleva en sí, la posibilidad de recabar información del paciente en sus modalidades, por el grado de estructuración, cerrada, semi-abierta y abierta, obtener información precisa; en el caso de la entrevista cerrada que requiera el psicólogo o institución, permite recabar información exacta que sólo busca indagar aspectos ya determinados y temas específicos; la entrevista semi abierta también tiene un tema en específico pero con la posibilidad de incluir información relevante del paciente fuera del esquema estructurado respetando las preguntas ya estructuradas; y la entrevista abierta que permitirá profundizar en la historia del sujeto con la libertad de recabar información en base a las preguntas que van surgiendo del discurso del paciente.

Estos tres tipos de estructura en la entrevista, funcionan de la misma manera en las entrevistas por finalidad, en la temporalidad del proceso, en la función de la etapa evolutiva y casos especiales como son la diferencia de cultura y a familias, pues su finalidad como bien se ha mencionado será la de recabar información no sólo en la entrevista individual, sino, también incluyendo a otras personas y condiciones particulares.

El cuestionario en la entrevista inicial es una herramienta importante que permite registrar la información recabada para próximas revisiones durante el tratamiento;

el examen mental permite llevar a cabo una interconsulta con el psiquiatra que es la derivación de un paciente por parte del psicólogo tratante para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento y su rehabilitación; éste examen facilita la comprensión, para el psiquiatra, del estado mental del paciente; la anamnesis permite obtener una síntesis de la situación de la historia del paciente, de su enfermedad y de salud; refiriéndose sólo a sucesos del pasado del paciente que permite recuperar los datos sintomáticos significativos para formar el diagnóstico psicopatológico respecto a su evolución idiopática; y por último el familiograma que permite identificar qué rol juega el paciente en su núcleo familiar.

El encuadre, en la entrevista inicial, parte de establecer el contenido de la entrevista que consiente que el entrevistador no permita que se desvíe del tema principal durante la entrevista, así como que se establezca lo que se espera del entrevistado y del entrevistador.

La comunicación adecuada entre el psicólogo y el paciente permitirá poder llevar a cabo una mejor elaboración de la entrevista; el conocer, por parte del psicólogo, las herramientas correctas en las que se basa la comunicación, le permitirá poder dirigir la entrevista desde un inicio hacia una mayor comprensión en el discurso del paciente.



Conocer y llevar a cabo estas herramientas para una adecuada comunicación beneficiará al psicólogo a identificar qué tipo de actitud es con la que se presenta el paciente y, así poder manejar la entrevista y al paciente de la manera más óptima para que se concluya de manera favorable la entrevista en sí.

La entrevista inicial permite desde el Rapport la posibilidad de llevar a cabo y, en lo consecuente, la alianza terapéutica entre psicólogo y paciente para establecer la adherencia terapéutica que beneficiará el éxito de la terapia con base a la técnica establecida que son las tareas prescritas por parte del terapeuta hacia el paciente, que éste último llevará a cabo dichas tareas que le ayudarán a lograr tal éxito.

El tomar en cuenta las demandas del paciente, puede ayudar a que éste forme parte activa del tratamiento, fomentando en el paciente, la motivación adecuada que le permita avanzar con el tratamiento para su beneficio.

La finalidad de ésta investigación es el proveer de información, para futuras investigaciones, sobre la entrevista inicial y su influencia en el proceso del tratamiento psicológico, los beneficios de la información otorgada por parte del psicólogo hacia el paciente para aterrizar las expectativas de éste último y lograr la alianza terapéutica y lograr el éxito terapéutico.

En ésta investigación se concluye que la actitud del terapeuta también es un factor predominante en el vínculo entre éste y el paciente, se identifica que, si el terapeuta no lleva a cabo una entrevista adecuada, su actitud negativa y la falta de información proporcionada por el terapeuta, el paciente puede no volver a presentarse ocasionando en él una negativa a ese psicólogo o, a la psicología en sí.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, A., & López, F. (2014). *El proceso de la entrevista conceptos y modelos*. México: LIMUSA.
- Álvarez, G., & Campos, A. (2013). Sócrates útil en la práctica médica. *Acta médica del centro*, 109-111.
- Aznar, B., Pérez, C., Davins, M., Aramburu, I., & Salamero, M. (2014). LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN TRATAMIENTO CONJUNTO DE PAREJAS: EVALUACIÓN DE LA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18(1), 17-52. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339631789001>
- Baekeland , C. (11 de 03 de 2014). *Consulta Baekeland* . Obtenido de ¿Qué es el diagnóstico psicológico?: <http://www.consultabaekeland.com/p/es/psicoanalista-madrid-blog/que-es-el-diagnostico-psicologico.php>
- Bleger, J. (1983). *Temas de psicología, entrevista y grupos*. México, D.F. : Nueva Visión Buenos Aires .
- Cardenas, M., & Castillo, B. (15 de Abril de 2011). *TECNICAS DE LA ENTREVISTA: CARACTERISTICAS DEL ENTREVISTADOR*. Obtenido de <http://tecnicasentrevista.blogspot.mx/2011/04/caracteristicas-del-entrevistador.html>
- Caro, I. (2009). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Colín, M. E., Galindo, H., & Saucedo, C. (2013). *Introducción a la entrevista psicológica*. México, D.F.: Trillas.
- Cornelio, J. (29 de Noviembre de 2012). *Ciencias de la comunicación: ¿Entrevistador y Entrevistado?, características que los diferencian*. Recuperado el 09 de Mayo de 2016, de <http://cienciasdelacomunicacionjacg.blogspot.mx/2012/11/entrevistador-y-entrevistado.html>
- Correa, J. (05 de Mayo de 2011). *mailxmail.com Cursos para compartir lo que sabes; Capítulo 2: Entrevista familiar. Objetivos y fases*. Recuperado el 09 de Marzo de 2016, de <http://www.mailxmail.com/curso-terapia-familiar-programa-capacitacion-formacion/entrevista-familiar-objetivos-fases>
- DEFINICIÓN.DE.* (s.f.). Obtenido de DEFINICIÓN DE AMBIVALENTE: <http://definicion.de/ambivalente/>
- Díaz Portillo, I. (2008). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. México, D.F.: Pax México.
- Escobar, C. (2011), *Adherencia y Resistencia de los pacientes hipertensos al tratamiento médico que incluye cambios en el modo de vida*. (Tesis de Maestría), Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num2/329/calidad-de-la-sesin-ajuste-en-las-tareas-ES.pdf>

- Ezama, E., Alonso, Y., González, S., Galván, S., & Fontanil, Y. (2011). TAREAS TERAPÉUTICAS: ¿QUÉ CLASE DE AYUDA SE BUSCA EN LAS CONSULTAS DE PSICOTERAPIA? *Psicothema*, 23(4), 566-572. Recuperado el 25 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727222232005>
- Ezama, E., Fontanil, Y., & Alonso, Y. (Junio de 2012). Calidad de la sesión, ajuste en las tareas y efectividad de las sesiones psicoterapéuticas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 245-260. Recuperado el 19 de Abril de 2016, de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num2/329/calidad-de-la-sesin-ajuste-en-las-tareas-ES.pdf>
- Fajardo, N. (23 de 09 de 2014). *Activación energética para el cambio según el modelo ecosistemico clínico: Tipos de entrevista por finalidad*. Obtenido de <https://books.google.com.mx/books?id=pX2nBAAQBAJ&pg=PT50&lpg=PT50&dq=entrevista+de+informacion+complementaria&source=bl&ots=I3rnM5ElwT&sig=Hw4EuoiJF1r15U901EFNyLTHCJE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiquOipm9XKAhXIRiYKHdh1DpIQ6AEIPDAF#v=onepage&q&f=false>
- Froján, M. (2011). ¿Po qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3), 201-204. Recuperado el 25 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180621195001>
- Galor, S., & Hentschel, U. (2013). EL USO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA COMO HERRAMIENTAS DE AFRONTAMIENTO POR VETERANOS ISRAELIES DEPRIMIDOS Y CON TEPT. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17, 118-133. Recuperado el 28 de Febrero de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630261005>
- García, E. (2014). *Introducción al concepto de psicología*. México, D.F.: Patria.
- García, J., García , Á., & López, C. (2014). CONCEPTO DE ADHERENCIA PREVENTIVA EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES. *Health and Addictions salud y drogas*, 14(2), 89-98. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/233/232>
- González, Y., Herrera, L., López, J., & Nieves, Z. (2011). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Psicología Científica.com*, 13(20). Recuperado el 09 de Mayo de 2016, de <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>
- Greenson, R. (2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Argentina: Siglo XXI editores.
- Hall, C. (2012). *COMPENDIO DE PSICOLOGÍA FREUDIANA*. España: PAIDÓS.
- Hernández, M. Á., & Lodoño, N. H. (Enero-Abril de 2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 47-63. Recuperado el 14 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171004>

- Hernández, M., & Londoño, N. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 47-63. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21323171004>
- Idareta-Goldaracena, F. (2013). Ética y alianza terapéutica en Trabajo Social. *Portularia*, XIII, 1-13. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161028683001>
- INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRIA POR UN ENEJECIMIENTO SANO Y ACTIVO: ENVEJECIMIENTO. (30 de Septiembre de 2015). Obtenido de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html>
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (s.f.). *Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica*. (M. panamericana, Ed.) Recuperado el 11 de Mayo de 2016, de [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/PROGRAMAS\\_DOCENCIA/psicopatologia\\_experimental/TEMA3-Evaluacion\\_clinica-Examen\\_Estado\\_Mental\\_\(Kaplan\\_et\\_al.,\\_Cap.7\).pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/PROGRAMAS_DOCENCIA/psicopatologia_experimental/TEMA3-Evaluacion_clinica-Examen_Estado_Mental_(Kaplan_et_al.,_Cap.7).pdf)
- Keats, D. (2012). *La entrevista perfecta*. México, D.F.: Pax México.
- Lacunza, A. (Diciembre de 2012). Las intervenciones en habilidades sociales: revisión y análisis desde una mirada salugénica. *Psicodebate psicología, cultura y sociedad*, 12, 63-84. doi:<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v12i0>
- Malde, I. (s.f). *Psicología Online: Qué es la familia. Definición e implicaciones del concepto*. Recuperado el 07 de Marzo de 2016, de <http://www.psicologia-online.com/monografias/separacion-parental/que-es-la-familia.html>
- Mancilla, B. (2011). *Manual para elaborar los informes psicológicos*. (M. E. Gómez, Ed.) México.
- Martín, L., Grau, J., & Espinosa, A. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 225-238. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. Estado de México: Red tercer milenio.
- Nahoum, C. (1968). La entrevista psicológica. En C. Nahoum, *Clasificación de los tipos generales de entrevista* (págs. 9-10). Buenos Aires: Kapelusz.
- Núñez, L. (08 de 04 de 2013). *Entrevista de panel. ¿Qué es y cómo funciona?* Recuperado el 26 de 12 de 2015, de El Universal.mx BLOGS: [http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs\\_detalle18176.html](http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle18176.html)
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 10 de Mayo de 2016, de [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2015). *Organización Mundial de la Salud: Discapacidad y salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la entrevista psicológica Saber escuchar, saber preguntar*. Madrid: Piramide.
- Piaget, J. (1995). *Seis estudios de Psicología*. Colombia: Labor, S.A.
- Rodarte, R. (09 de 2015). *FORBES MÉXICO 8 maneras de prepararte para las entrevistas en línea*. Obtenido de <http://www.forbes.com.mx/8-maneras-de-prepararte-para-las-entrevistas-en-linea/>
- Rodríguez , M., & Salinas, J. (Julio-Diciembre de 2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 211-225. Recuperado el 21 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29222521001>
- Santibáñez , P., Román, M., & Vinet, E. (2009). EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA Y SU RELACIÓN CON LA ALIANZA TERAPÉUTICA. *INTERDISCIPLINARIA REVISTA DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS AFINES*, 26(2), 267-287. Recuperado el 26 de Abril de 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827006>
- Sarlé, M. (s.f.). *Entrevista diagnóstica con el adolescente*. Obtenido de [http://www.paidopsiquiatria.cat/files/entrevista\\_diagnostica\\_con\\_el\\_adolescente.pdf](http://www.paidopsiquiatria.cat/files/entrevista_diagnostica_con_el_adolescente.pdf)
- Serrano , S. (2013). *SABINA SERRANO COACH DE DESARROLLO DIRECTIVO*. Obtenido de <http://www.mejorartucv.com/dinamicas-de-grupo-en-las-entrevistas/>
- Serrano, I. (21 de Enero de 2014). *Web psicólogos: Ir al psicólogo: expectativas*. Recuperado el 09 de Mayo de 2016, de <http://www.webpsicologos.com/blog/expectativas-de-ir-al-psicologo/>
- Soria, R., Ávila, D., Vega, Z., & Nava, C. (Febrero-Marzo de 2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología* (26). Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://alternativas.me/index.php/numeros-anteriores/26/24-8-estres-familiar-y-adherencia-terapeutica-en-pacientes-con-enfermedades-cronicas>
- Vargas, F. (2014). Adherencia al tratamiento: un reto difícil pero posible. *Rev Osteoporos Metab Miner*, 6(1), 5-7. Recuperado el 16 de Marzo de 2016, de <http://scielo.isciii.es/pdf/romm/v6n1/editorial2.pdf>
- Vega, V. (Junio de 2012). *La entrevista Motivacional: una valiosa herramienta de Promoción de la Salud*. Obtenido de <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/864/VegaTocaV.pdf?sequence=1&isAllowed=y>