

# La entrevista médica con un enfoque terapéutico

**Gerardo Campo-Cabal<sup>1</sup>**

**Jennifer Álvarez<sup>2</sup>**

**Aura Marcela Morales<sup>2</sup>**

## **Resumen**

*Introducción:* La entrevista médica, tradicionalmente, se ha utilizado como una herramienta para obtener información que permita al clínico no psiquiatra formular un diagnóstico y decidir un manejo terapéutico. *Objetivo:* resaltar la importancia de la entrevista médica como elemento terapéutico *per se*. *Métodos:* Aun cuando entrevistar es una competencia muy compleja, sólo puede ser desarrollada a través de su práctica continuada durante años, por ello el artículo señala, por un lado, los aspectos involucrados, como *rapport*, empatía, ciclo de la empatía, transferencia, contratransferencia, comunicación verbal y no verbal, relación médico-paciente, etc., y, por el otro, los elementos técnicos que se deben considerar: lugar, tiempo, apariencia, etc., así como aquellos que pueden interferir con su normal flujo. *Resultados:* Estos elementos se constituyen en el marco conceptual básico con base en el cual el profesional de la medicina interesado y el médico general que inicia su entrenamiento en psiquiatría pueden iniciar su adquisición.

**Palabras clave:** entrevistas, diagnóstico, relaciones médico-paciente.

**Title:** A Therapeutic Perspective of the Medical Interview.

## **Abstract**

*Introduction:* The medical interview has been traditionally used as a tool to obtain information that helps the clinician establish a diagnosis and decide on a treatment. *Objective:* The present article highlights its importance as a therapeutic element. *Method:* Such a complex skill as interviewing can only be developed by years of constant practice in order to be knowledgeable about the aspects involved in it, such as rapport, empathy, cycle of empathy, transference, countertransference, nonverbal and verbal communication, medical-patient relationship, as well as technical elements like place, time, appearance, etc. *Results:* The elements that can interfere with the normal flow of an interview are the basic conceptual frameworks that allow any interested physician and the general practitioner beginning training as a psychiatrist, to have a successful practice.

**Key words:** Interviews, diagnosis, physician-patient relations.

---

<sup>1</sup> Psiquiatra, MMEd, jefe del Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle.

<sup>2</sup> Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad del Valle.

## **Introducción**

Toda persona que llega como paciente a una consulta médica trae consigo el deseo de recibir atención y ayuda para resolver un problema de salud, al que por sí mismo no ha encontrado solución.

La entrevista médica no sólo es el medio por el cual el médico trata de identificar ese problema, sino que en el proceso debe procurar entender y conocer a su paciente con sus respectivas normas características de vida y la manera en que éstas han contribuido a la génesis y mantenimiento del problema. Si se tiene en cuenta este enfoque, es posible comprender la necesidad de realizar una entrevista efectiva y confiable como herramienta básica para elaborar una historia clínica apropiada y como el efecto terapéutico potencial que conlleva esta interacción.

No obstante, adquirir esta competencia precisa, durante años, un aprendizaje continuo, y sólo cuando se acompaña de práctica constante, es posible acercarse a la perfección. Como un punto de partida razonable, se propone empezar por conocer los aspectos más relevantes que están en juego dentro de la entrevista médica: su definición, sus elementos clave, los aspectos técnicos, sus obstáculos y sus fases. Este texto es eso, una revisión de estos aspectos, a partir de artículos escritos por reconocidos expertos en la materia y de la experiencia obtenida por uno de los autores durante algo

más de dos décadas de ejercicio profesional.

## **Definición**

La entrevista es una situación de comunicación verbal y no verbal entre dos personas que interactúan activamente, y cuya conducta determina su resultado. Una de ellas, en este caso, es el médico experto en materia de relaciones interpersonales, y la otra es el entrevistado, el paciente o el cliente, y quien espera sacar algún provecho de tal entrevista.

Reunidas estas personas más o menos voluntariamente sobre una base de experto-cliente, el propósito es obtener información semiológica del entrevistado, que permita aproximarse a un diagnóstico presuntivo sobre su enfermedad actual, identificar y aclarar pautas características de su vivir y revelar las normas experimentadas como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas.

En la revelación de tales pautas o normas se espera obtener algún beneficio, donde el médico como persona es el principal instrumento de observación, y los datos recogidos no son producidos ni por el entrevistador ni por el entrevistado, sino por la interacción entre ambos (1-5).

## **Elementos de la entrevista médica**

Para que la *entrevista médica* se lleve a cabo de una manera ade-

cuada hay que tener en cuenta varios elementos: el médico o entrevistador, el paciente o entrevistado, la comunicación y relación que se establece entre ellos, el abordaje del otro como un ser integral y, por último, algunos procesos psicológicos, como la transferencia y la contratransferencia.

### **Entrevistador**

El médico es la persona que encarna el papel de experto en relaciones interpersonales y quien aporta sus antecedentes personales y profesionales. Debe comprender que todas aquellas personas quienes llegan en su busca son, por definición, relativamente inseguras; por ello, él, como experto al servicio de ellas, debe poseer conocimientos suficientes sobre las relaciones interpersonales, los problemas personales, la clínica médica, etc., y tener presente que se encuentra particularmente inhibido de buscar satisfacciones propias o prestigio a costa de ellos, así como que definitivamente no puede interesarle lo que el paciente pueda tener para ofrecerle, sino en cómo puede ayudarlo. Sólo así el profesional podrá consolidar fácil y de forma rápida las relaciones entre él y su paciente (1,4,5).

### **Entrevistado**

El paciente es un individuo que necesita el conocimiento del experto y aporta su personalidad y su

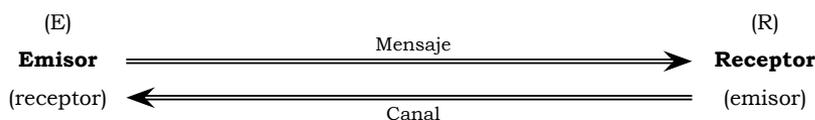
“problema”. Llega a la consulta con una serie de expectativas sobre la labor del clínico y el resultado final de la entrevista, así como con temor al rechazo, a no sentirse aceptado, a no ser comprendido o a que no se le pueda brindar la ayuda que necesita (1,4).

### **Comunicación**

El entrevistador y el entrevistado interactúan en un tipo especial de relación interpersonal, llamada clásicamente *relación médico-paciente*, que influye mutuamente y que se basa en la comunicación. Aquí actúan un *emisor*, que envía una información codificada; un *receptor*, que percibe la señal transmitida, y la *interpretación*, que cada uno de ellos le dé al *mensaje*, que a su vez depende de la naturaleza, el contenido y el contexto de éste (véase Gráfico 1) (6).

Se podría pensar que durante el proceso de comunicación en la entrevista el médico es quien cumple un papel exclusivamente de *receptor*, y el paciente, de *emisor* de la información sobre su problema; pero la comunicación es un proceso dinámico y flexible en el que ambos desempeñan continuamente los dos papeles (emisor y receptor), de tal forma que el producto final de la entrevista depende de la interacción conjunta y de los procesos que se van elaborando dentro de ella, y no sólo de lo que refiere el paciente.

Gráfico 1. Modelo de comunicación



Aun cuando el clínico no debe mostrar de manera exagerada sus propias emociones o sus juicios frente a lo contado por el paciente, esto no significa que deje de participar del proceso y que sea insensible ante las respuestas de la otra persona. La entrevista se va elaborando paso a paso entre ambos participantes, y el clínico debe estar atento ante la información o mensaje de cualquier tipo que le esté dando su paciente, y encaminarla de acuerdo con esto, sin dejar de lado su papel de conductor de la situación (1,5).

Al mensaje enviado durante el proceso de la comunicación se le pueden dar dos significados: el *impuesto*, dado por el emisor, y el *captado*, entendido por el receptor. Este concepto es importante si se tiene en cuenta que distintas personas pueden interpretar de forma particular una la misma frase, lo cual da lugar a confusiones y malos entendidos. Por esto, es necesario asegurarse de que la otra persona está entendiendo lo que se quiere decir.

De igual manera, las afirmaciones o declaraciones del paciente no tienen un solo significado, sino que únicamente son aproximaciones de lo que está queriendo decir. De ahí que el entrevistador deba formularle

preguntas continuamente que le permitan asegurarse de que sabe y comprende lo que se le está diciendo, o incluso para ayudar al paciente a darse cuenta de que puede estarse autoengañando desde hace mucho tiempo.

Este mensaje es enviado no sólo a través de las palabras, ya que la comunicación en la entrevista no es exclusivamente *verbal*, sino que el médico, además, debe estar atento a todos los componentes *no verbales* de la comunicación. Entonces, la información se clasifica de dos maneras (4,7,8):

#### *Información verbal*

En la información verbal el médico tiene en cuenta el contenido del discurso, el estilo del lenguaje, la jerga y la fluidez con la cual se comunica el paciente. Algunos autores también la llaman *datos introspectivos*, que comprenden lo que informa el paciente acerca de sus sentimientos, pensamientos y experiencias.

#### *Mensaje no verbal*

También llamado *datos inspeccionales* (resultado de la observación

o inspección), el mensaje no verbal comprende la conducta del paciente y del entrevistador. En el primero es en gran parte inconsciente y abarca las respuestas emocionales, clave para la comprensión de la entrevista. Es imprescindible una observación atenta y detallada que evalúe las expresiones emocionales y la manera como reacciona ante determinados temas.

De igual forma, el médico es constantemente valorado de acuerdo con su actitud, por lo que debe estar consciente del tipo de mensajes que está enviando con su gesticulación y comportamiento en general. En esta comunicación no verbal se pueden incluir los siguientes componentes:

- *Apariencia.* La primera impresión es muy valorada en las relaciones interpersonales, pero en la entrevista médica alcanza un significado muy valioso, que determina en gran parte la disposición con la que el paciente la inicia; por lo tanto, es indispensable tener una presentación personal que le indique al entrevistado que será tratado por un profesional; así mismo, la apariencia del paciente nos puede mostrar mucho, por ejemplo, si se ve decaído, si está limpio, si está bien vestido según su origen socioeconómico, edad, etc.
- *Contacto visual.* Es uno de los componentes con mayor significado en este tipo de comunica-

ción. Del paciente es importante tener en cuenta cuándo se inicia, qué tanto se mantiene y por qué se interrumpe. Por ejemplo, si evita el contacto visual al hablar de su madre o al preguntarle sobre algún tema en especial que le pueda generar algún tipo de angustia.

- *Contacto físico.* En este componente cobra importancia el espacio personal que maneja el paciente. Éste corresponde a un área virtual que cada individuo delimita y que depende de la cultura, del sexo y de la edad; por ello sólo se puede invadir en determinadas situaciones. Durante la entrevista, el terapeuta debe ubicarse a una distancia prudente de la persona, de tal forma que ésta no se sienta ni sofocada ni evitada. El contacto físico en la práctica médica está permitido en dos situaciones: (i) aquellas relacionadas con un diagnóstico o un tratamiento donde se palpa e inspecciona de acuerdo con la patología (examen físico) y (ii) cuando se utiliza en la entrevista para significar apoyo o empatía; por ejemplo, el saludo de mano o el toque en el hombro como signo de comprensión. Esto debe manejarse con cuidado, porque para algunos pacientes puede significar una invasión de su espacio, un acto agresivo o incluso interpretarse como un gesto erótico.

- *Postura.* Tanto en el médico como en el paciente es un buen indicador del grado de estrés, disposición hacia la entrevista, actitud defensiva, estado emocional, etc.
- *Gestos.* Complementan el lenguaje verbal y, en ocasiones, comunican por sí solos, por ejemplo, fruncir el ceño como gesto de contrariedad.

Además de las dos clases de información que se reciben, en el proceso de entender al paciente se cuenta con la *intuición*, y aunque no se puede dejar que limite —al dimensionarla exageradamente—, tampoco se debe desdeñar por completo. Así mismo, en el paciente existen ciertos elementos intuitivos que le permiten elaborar una idea sobre la posible personalidad del médico, lo que puede determinar su aceptación o rechazo.

El médico puede ser un experto en la materia y, sin embargo, no ser aceptado; pero el profesional puede facilitar un ambiente que le permita a la persona hacerse una idea positiva sobre él, y para esto debe basar la relación en el respeto, lo cual se logra cuando no critica ni cuestiona las opciones vitales de sus pacientes y no se vuelve un juez ni da lecciones de moral.

Es importante, además, que esté atento a todo lo que el paciente tiene para contar, trasmitiéndole la impresión de que desea comprenderlo y conocerlo como persona. En la entrevista no existen datos puramen-

te objetivos ni subjetivos, por lo que es la inferencia lo que realmente se utiliza (1,5,7).

### ***Relación médico-paciente***

Los pacientes pueden llegar a la entrevista con diferentes grados de voluntariedad: desde los que se ven forzados legalmente hasta los que verdaderamente se muestran interesados en beneficiarse de los servicios médicos. La actitud del profesional también puede variar desde el gran entusiasmo hasta la marcada indiferencia, que son extremos infortunados, bien por la curiosidad desmedida hacia ciertas áreas o el desinterés hacia lo que le ocurre al paciente.

La actitud más apropiada del médico debe ser la de recordar, comprender y aceptar que se está ganando la vida a través de un trabajo complejo escogido libremente, y que la actitud que trae el paciente a la consulta puede guiar al entrevistador a intentar amoldarse a ella inicialmente, pero sin olvidar que las personas pueden cambiar rápidamente esta actitud según se desarrolle la relación con el médico (1-5,8,9).

También es importante recordar que los pacientes llegan con alguna esperanza de recibir un beneficio como resultado de todos los actos médicos, entre ellos la entrevista. Esta esperanza se refuerza en la medida en que el profesional logra transmitir la convicción de que no sólo está

intentando aprender sobre cómo experimenta sus dificultades de salud, sino sobre quién es el otro.

El entrevistador tiene que estar seguro de que su paciente sale beneficiado de algún modo de la entrevista, en especial, que alcanza cierta claridad sobre sí mismo, de su modo de vivir con los semejantes y de su enfermedad (objeto esencial de la entrevista y lo que la convierte en una herramienta terapéutica).

Sólo es posible entender sus problemas en la medida en que se logren comprender las características referentes a su trato e interacción con los demás y sus rasgos de personalidad. Por lo tanto, el propósito de la entrevista es aclarar sus normas características de vida, pues algunas de ellas pueden crear las dificultades o explicar las diversas actitudes que puede exhibir ante las acciones terapéuticas propuestas.

### *Ciclo de la empatía*

El grado en que el paciente y el médico desarrollan un sentimiento de comprensión mutua o *rapport* es un indicador importante del éxito de la entrevista. Para llegar a este estado de comprensión es indispensable que haya *empatía*, es decir, la habilidad de conectarse con el paciente a fin de que seamos capaces de sentir cuanto él siente sin perder nuestra propia identidad.

Un buen *rapport* favorece un adecuado proceso de comunicación, que permite comprender mejor al

paciente y mostrarle las motivaciones que lo impulsan a realizar determinadas acciones. Esta sensación que se genera (que está aprendiendo algo sobre su modo de vivir) va a permitir, como ya se mencionó, que perciba que ya está obteniendo un beneficio (9).

Shea, en su libro *La entrevista psiquiátrica, el arte de comprender* (10), resalta los conceptos de la empatía y el establecimiento de un compromiso recíproco (*rapport*). A lo ya dicho acerca de la empatía, hace hincapié en la necesidad de evitar la identificación, y para ello recomienda que mientras reconocemos con exactitud la perspectiva emocional inmediata del paciente, debemos ser capaces de mantener la nuestra. Identificarse con el paciente puede conducir hacia la aparición de sentimientos que pueden destruir rápidamente el proceso terapéutico; además, la mayoría de los pacientes no buscan a alguien que se sienta igual que ellos, sino alguien que intente entender cómo se sienten y les brinde tal reconocimiento.

Más interesante resulta su planteamiento de cómo en el establecimiento de la empatía intervienen tanto el entrevistador como el entrevistado, al forjarse entre ellos lo que denomina el *ciclo de la empatía*, un ciclo constituido por cinco fases: (i) la expresión por parte del paciente de un sentimiento, (ii) el reconocimiento por parte del clínico ese sentimiento, (iii) la transmisión de tal reconocimiento al paciente, (iv) la recepción

del paciente de dicho reconocimiento y (v) la retroalimentación del paciente hacia el clínico de que el conocimiento se ha recibido. La empatía se puede romper en cualquiera de estas cinco fases, como se ejemplifica a continuación (2):

Los mecanismos psicológicos de defensa del paciente, que buscan preservar su autoestima y disminuir la ansiedad, pueden constituir un obstáculo para que exprese sus sentimientos; por ejemplo, en el caso de un paciente expuesto a ser diagnosticado con una enfermedad catastrófica, mecanismos como la negación y la racionalización pueden hacerse presentes con regularidad durante el transcurso de la entrevista y dificultar que la persona exprese sus verdaderas emociones.

Los problemas también pueden presentarse cuando el clínico carece de la habilidad para reconocer los sentimientos del paciente o cuando él mismo presenta defensas que le impiden ver lo que realmente sucede con su entrevistado. En este caso es fundamental recordar que el entrevistador sólo se tiene a sí mismo como instrumento de medida y de referencia.

Es importante que el clínico esté en una disposición de escucha, por ello a veces es necesario que trate de sentir el mundo del paciente, dejando a un lado actitudes analíticas que le pueden servir para otros instantes de la entrevista, pero que a veces se deben refrenar para enfocarse en tratar de escuchar a

su paciente. Durante el transcurso de la entrevista se deben intercalar períodos de escucha intuitiva con los de pensamiento analítico, de tal forma que ambos procesos se guíen el uno con el otro, y viceversa.

Es preciso que el clínico transfiera el reconocimiento que hace de los sentimientos del paciente a través de intervenciones empáticas, que permitan establecer de forma adecuada el compromiso recíproco. Un comentario empático es un intento de transmitir la idea de que el entrevistador comprende sentimientos de la persona y su punto de vista.

Frases como: “Comprendo que se siente muy triste por la amputación sufrida...”, “Me da la impresión de que fueron unos momentos muy duros para usted” o “Es difícil poner fin a un matrimonio después de diez años” pueden ayudar al paciente a sentirse comprendido.

La empatía se puede bloquear en la cuarta fase, cuando el paciente tiene limitaciones para reconocer la intervención empática, debido a la presencia de psicopatología subyacente. En algunos pacientes, los comentarios empáticos pueden entenderse como insultos o humillación. Un ejemplo de esto son los pacientes desconfiados, en quienes comentarios por parte del médico como: “Entiendo que se siente muy dolido” pueden provocar respuestas del tipo “¿Cómo puede usted saber lo que se siente?, ¿alguna vez le ha pasado lo mismo?”, que generan situaciones en las que el entrevistado siente su mun-

do invadido y desafía la capacidad del clínico para entenderlo.

Finalmente, algunos pacientes no generan retroalimentación ante el reconocimiento del clínico, pero esto no indica que hayan dejado de recibir la intervención empática, sino que por su patología se les dificulta transmitir la recepción de estas intervenciones. Tal puede ser el caso de pacientes con depresión grave, estupor u otros estados alterados de conciencia, afasia expresiva, etc.

En la entrevista, la empatía permite establecer un proceso de compromiso recíproco, esto es, el desarrollo de una sensación de seguridad y respeto a partir de la cual los pacientes se sienten paulatinamente más libres para compartir sus problemas, al tiempo que adquieren mayor confianza en el potencial del clínico para atenderlos.

### *Integralidad del ser humano*

Es importante conocer que el objetivo general de la entrevista clínica se basa, al igual que la medicina, en el hombre y su naturaleza. De la claridad que tenga el médico de este concepto dependerá el éxito de la entrevista. Por lo tanto, hay que evitar enfocarse exclusivamente en la patología y tener siempre en cuenta que el paciente es un ser integral y dinámico.

Por consiguiente, la enfermedad no debe tomarse únicamente como un trastorno biológico, sino como

una percepción psicológica y social del individuo, que se debe tratar buscando un equilibrio de todos estos aspectos (11).

Entonces, para poder lograr una adecuada conexión con el paciente es necesario entenderlo como individuo, y esto implica descubrir su personalidad o aspectos relativamente estables y duraderos de su comportamiento y que permiten predecir su conducta, un “estilo” o forma consistente de actuar que se manifiesta en gran número de circunstancias diferentes.

Necesariamente, todo ser humano tiene características psicológicas propias que lo diferencian de sus semejantes. Después de descifrar estas características del paciente, es útil conocer cómo se estructuran, teniendo en cuenta que esta personalidad es el resultado de las interacciones del individuo con su entorno, con factores que actúan desde la infancia, y entre los cuales se pueden resaltar: los *factores hereditarios*, donde adquieren importancia las características genéticas que predisponen e incrementan el riesgo hacia ciertas patologías; los *factores somáticos*, que tienen en cuenta la estructura fisiológica del individuo; las *experiencias*, sobre todo en la infancia, ya que se convierten en el punto de referencia para evaluar los eventos posteriores de la vida, y la *influencia social y cultural*, que nos imponen patrones de conducta y categorizan lo que es y no es normal, o salud y enfermedad (12).

### *Transferencia*

Cuando se tienen en cuenta los factores mencionados, comienzan a cobrar importancia algunos conceptos que desempeñan un papel esencial en toda entrevista. El primero es la *transferencia*, que es el proceso mediante el cual el paciente crea un vínculo afectivo inconsciente con el entrevistador, basado en experiencias y emociones pasadas y que, en cierta forma, se reexperimentan en el momento, es decir, es una proyección que hace el paciente sobre el terapeuta de las ideas y sentimientos que le provocaron personas significativas en su pasado, por lo regular en su infancia.

En el momento en que el terapeuta identifica esta transferencia, la usa para indagar en los conflictos del pasado que posiblemente hacen parte del problema actual del individuo, bien generándolo o perpetuándolo; sin embargo, el médico debe procurar regular estos sentimientos y lograr una visión más objetiva por parte del paciente. No puede olvidarse que si bien la transferencia nace de los apegos infantiles, también está influida por la conducta real desplegada por el terapeuta o por el otro significativo en el presente; en otras palabras, la relación terapéutica es una mezcla de la relación real y del fenómeno de la transferencia (12).

### *Contratransferencia*

La *contratransferencia* es un proceso similar a la transferencia,

pero experimentado por el médico, es decir, responde al paciente como si se tratara de un personaje importante de su pasado. Aunque es preciso tener en cuenta esta contratransferencia, el profesional no debe dejar que estas emociones generadas por la interacción con el paciente interfieran en el curso de la entrevista, porque pueden considerarse un impedimento para el proceso terapéutico, ya que los conflictos sin resolver del médico se introducen en la relación, con la consiguiente reducción de su capacidad objetiva.

Tampoco es recomendable que deje que los sentimientos negativos, como el enojo o la rabia, sean percibidos por el paciente o interfieran con la calidad de la atención brindada. La reacción del médico está constituida tanto por el pasado del profesional como por los sentimientos objetivos inducidos por el comportamiento del paciente en la actualidad (por ejemplo: si el paciente es maleducado y patán, es objetivo que el terapeuta experimente enfado y rechazo) (1,12,13).

### **Aspectos técnicos**

Los aspectos técnicos están constituidos por aquellas condiciones indispensables para el adecuado desarrollo de la entrevista, como las características del lugar donde se realiza, el horario y tiempo asignado, el momento para registrar la información obtenida, el tipo de preguntas que se formulan y el

tiempo indicado para ellas y su conducción a través del uso apropiado de las transiciones y manejo de los silencios.

### **Lugar**

Para la entrevista es indispensable que se disponga de un ambiente adecuado, tranquilo y confortable, que le garantice confidencialidad al paciente; además, que tenga buena iluminación, ventilación y temperatura. Debe ser un espacio que el entrevistador conozca y maneje, a fin de evitar situaciones incómodas y confusiones, donde no se vea gente pasar y que, en lo posible, no permita interrupciones. Es preferible que no haya objetos móviles en el lugar, para evitar distracciones.

El sitio debe estar organizado de tal forma que el médico esté ubicado a cierta distancia del paciente, a efectos de no invadir el espacio vital de este último. Es importante salvaguardar la integridad del médico en caso de un paciente agresivo o peligroso, por ello debe ubicarse de tal forma que al percibir agitación del paciente, pueda salir fácilmente de la habitación o pedir ayuda.

En cuanto a la ubicación de los asientos, se aconseja una distancia aproximada de 1,20 a 1,50 metros, con las sillas orientadas en dirección al otro, pero no directamente cara a cara, ya que esta posición fomenta una sensación de confrontación. Esta posición de las sillas facilita un buen contacto visual, pero también

permite romper este contacto, para que no resulte incómodo.

Ante la presencia de un escritorio, éste debe utilizarse de forma creativa, a fin de que no interfiera con la comunicación; por ejemplo, ubicándolo de tal manera que únicamente sobresalga una esquina entre el médico y el paciente o poniendo la silla del entrevistador de lado, para evitar un poco la sensación de confrontación (8).

### **Tiempo**

Aun cuando es importante que el entrevistado conozca sus derechos y le sean debidamente respetados, no se debe olvidar que también tiene deberes, y uno de ellos es asistir puntualmente a la cita. Cuando el paciente llega tarde a la consulta y más aún si lo hace en varias oportunidades sin mostrar preocupación alguna, se debe explorar si se origina en una renuencia a asistir o por otros factores externos.

El profesional también debe organizar el tiempo en que va a programar la consulta, ya que un descuido en este aspecto puede indicar un problema de contratransferencia. También hay que considerar la extensión en el tiempo de la entrevista, aunque, claro está, depende del tratamiento y la complejidad del paciente. De cualquier forma, es necesario transmitirle al paciente una idea del tiempo que se dispone, pero teniendo en cuenta que no sea muy extenso, pues se vuelve fatigante tanto para el

médico como para el paciente y limita la producción de buenos resultados. Es importante proporcionar un tiempo adecuado, sin afanes (9).

### **Anotaciones**

Generalmente, los pacientes se tornan más ansiosos si ven que el entrevistador está tomando anotaciones simultáneamente a la realización de la entrevista, por lo que no es aconsejable hacerlo. Además, para hacer una buena historia clínica (por ejemplo en cuanto a los aspectos que se van a consignar como enfermedad actual y antecedentes personales) es importante tener toda la información para escribirla de la mejor forma posible, a fin de que permita dejar en claro cada una de las descripciones en las diferentes secciones de la historia y, en lo posible, que guarde una descripción cronológica para su mayor entendimiento.

Adicionalmente, mientras se toman las anotaciones se pierden datos importantes que se dejan pasar y da la sensación de que el médico no le está prestando la suficiente atención. Lo mejor es esperar a terminar la consulta para consignar toda la información sin dejar pasar mucho tiempo, pues se pueden olvidar cosas necesarias (1).

### **Tipos de pregunta**

La entrevista terapéutica estudia el comportamiento humano del individuo, por lo que debe tener

en cuenta cómo, a quién y qué se pregunta. Con la forma de realizar la pregunta condicionamos de alguna manera la respuesta. Así, tenemos:

#### *Preguntas abiertas*

La preguntas abiertas posibilitan respuestas no limitadas. Este tipo de preguntas, llamadas por algunos autores como *no sugestivas*, facilita que el paciente amplíe el tema con libertad. Son muy útiles en el inicio de la entrevista; sin embargo, no se deben usar durante toda la entrevista, porque lleva a que el paciente desvíe el curso de la entrevista. Ejemplos de preguntas abiertas son: ¿qué planes tiene para el futuro?, ¿qué piensa del matrimonio?

#### *Preguntas cerradas*

Las preguntas cerradas limitan las respuestas, puesto que hay pocas alternativas para responder. Con esta fórmula se dirige la respuesta a conseguir la información que se necesita y considera relevante, para orientar mejor el diagnóstico. Son útiles, ya que evitan las divagaciones, pero quitan espontaneidad al discurso del paciente. Por ejemplo, ¿cree que su hijo aprobará?, ¿se siente triste, feliz o enfadado? (9).

Ahora, en relación con las preguntas en general, es conveniente tener en cuenta que se debe preguntar con sutileza y tratando de profundizar lo más posible, que no

se debe dar la respuesta en la pregunta, que no se debe influenciar al paciente para que dé la respuesta buscada y que no es recomendable hacer varias preguntas en una —ya que el paciente no sólo debe buscar cada uno de las respuestas, sino además combinarlas y ubicarlas temporalmente, por lo que se pierde precisión—. Ejemplos de estas preguntas son:

- Cuénteme, ¿sobre qué quiere hablar? (No hay efecto sugestivo).
- ¿Duerme bien o tiene dificultades? (Se da la alternativa).
- ¿Le duele la cabeza? (Sugestiva pasiva).
- ¿Ha tenido dificultades con la erección, verdad? (Sugestiva activa).
- ¿Alguna vez se sintió triste, desganado, irritable, durante más de dos semanas? (Varias en una).

### **Transiciones**

La forma de realizar las transiciones se refiere a cómo debe actuar el médico. Para ello el entrevistador debe indicar una senda, con el propósito de alcanzar el objetivo que se pretende, pero consciente y alerta para detectar y manejar las muchas ocasiones en que el paciente abocará temas irrelevantes y evitará otros más importantes. Estos cambios de tema pueden ser manejados, al menos, de tres maneras:

- *Transiciones suaves.* Esto es, cuando el entrevistador desea cambiar el tema de conversa-

ción, lo logra a través de una declaración adecuada y lo más veraz posible, por ejemplo, “sí, lo comprendo, y esto me lleva a preguntarle sobre...”.

- *Transición acentuada.* En ésta la cortesía descrita en la anterior transición es abandonada y el entrevistador introduce enfáticamente un nuevo tema, sin olvidar el previo, pero intentando que no ejerza influencia sobre el nuevo tema, lo que permite un uso adecuado del tiempo y aclarar situaciones. Por ejemplo, una paciente que durante varios minutos ha estado haciendo alarde de cuán independiente y moderna es. El médico súbitamente le dice: “Hábleme de su decisión de vivir en la casa paterna cuando se casó...”.
- *Transición abrupta.* Es utilizada frecuentemente por malos entrevistadores, con errores en la técnica, pero es deseable que la empleen profesionales expertos, para evitar una ansiedad peligrosa o para provocar ansiedad cuando se considera que de otra manera no es posible llegar adonde se pretende. Por ejemplo: a un paciente quien habla insistentemente de su sintomatología depresiva sin establecer ninguna asociación potencialmente causal, abruptamente se le dice: “Hábleme de su separación matrimonial acontecida hace dos meses...” (1).

## **Obstáculos de la entrevista**

Es innegable que muchos factores pueden actuar contra el desenvolvimiento fluido de la entrevista médica. Entre ellos es importante considerar:

### ***Incertidumbre ante lo desconocido***

Tanto médico como paciente llegan con la incertidumbre de lo que será la entrevista. El primero, por considerar al entrevistado una incógnita que está por resolver, dado lo cual debe comparar lo observado con sus conocimientos. El paciente, porque coloca al terapeuta en un nivel superior, en la ubicación del que “sabe” y puede resolver lo que él no pudo, lo cual genera esperanza, pero paralelamente está presente la duda: ¿lo podrá resolver? Estas dos vivencias contrarias influyen en la entrevista hasta que el paciente encuentra las señales necesarias que hacen prevalecer una de ellas.

Es decir, existen dudas de ambas partes, y esto genera *ansiedad*, que en el caso del médico va cediendo a medida que encuentra las claves semiológicas que lo ayudan a ubicar los signos y los síntomas que padece el paciente, al encontrar una orientación diagnóstica. De igual forma, la ansiedad del entrevistado va cediendo a medida que capta que su problema es comprendido. Todo esto se transmite a la relación y permite lograr una mejor empatía (13).

A medida que se van examinando los elementos semiológicos y la sintomatología que el paciente va expresando, el médico va encontrando distintas claves de acuerdo con su experiencia y va orientando mejor la entrevista. Mientras tanto, el paciente va midiendo constantemente las reacciones del terapeuta; juzga cada cosa que hace, cada elemento verbal que usa, el tono y la postura. Así como el terapeuta lo estudia a él, él estudia al terapeuta, la respuesta que le da, qué tanto lo comprende, qué tanta atención e interés le está poniendo, por lo que es indispensable que el médico esté atento y controle su comportamiento, porque cualquier descuido puede dañar irreversiblemente la relación interpersonal (1).

### ***Estereotipo***

También es importante el *estereotipo* o *patrón de conducta* que desempeña socialmente cada persona, ya que ayuda a predecir la conducta de otros y la propia. Estas categorizaciones afectan tanto al paciente como al médico; no obstante, se debe aprender a manejar, en primera instancia, la que indica qué esperar del paciente, pues es posible que esto se convierta en prejuicios hacia las personas con quienes se va a trabajar. Así, los médicos se dejan influenciar, cambian la perspectiva y ven lo que no existe o pasan por alto lo que es evidente (7).

## **Resistencia**

La resistencia es la actitud del paciente que se opone a los objetivos terapéuticos de la entrevista. Freud describió cinco tipos, de los cuales tres corresponden a la resistencia que proviene del yo, y los dos restantes, a las resistencias resultantes del superyó y del ello. Entre las primeras (resultantes del yo) se encuentran:

- *Resistencia de represión.* El paciente elude impulsos amenazantes y los mantiene fuera de su conciencia, lo que impide que identifique el conflicto subyacente a su enfermedad. Por eso se debe tener en cuenta que entre más convencionales sean las respuestas del paciente más dudosas serán, pues es posible que sean algún autoengaño.
- *Resistencia de transferencia.* Se desprende de cualquier actitud de transferencia o vinculación de algún aspecto de la entrevista con algo pasado, lo cual impide resolver los conflictos básicos.
- *Resistencia de ganancia secundaria.* El paciente no acepta renunciar a los beneficios secundarios que lleva consigo su patología, como recibir atención y simpatía, por lo que prefiere seguir enfermo.

Entre tanto, la *resistencia que proviene del superyó* aparece por la culpa o necesidad inconsciente de castigo del paciente. Por último,

la *resistencia resultante del ello* (repetición-compulsión) es la manifestación de un aspecto biológico del organismo que lleva consigo un beneficio primario del propio síntoma.

## **Inexperiencia**

Otro obstáculo para realizar una adecuada entrevista es la *inexperiencia*. La mejor herramienta para aprender a entrevistar es la práctica; sin embargo, el paciente exige unos aspectos básicos que muestren técnica y, aunque no experiencia, profesionalismo. Esto se consigue con una adecuada información y una detallada observación. Si el médico tiene bien planteados sus objetivos y es consciente de sus capacidades y dificultades, la entrevista será más espontánea y se logrará más confianza. Claro está, no se debe en ningún momento abandonar la posición de terapeuta, pues se perderá el control de la entrevista.

Es común que los médicos principiantes se encuentren más ansiosos que un experto, y los mecanismos que se utilizan para dominar esta ansiedad no permiten percibir los sutiles cambios en las respuestas emocionales del paciente. También es común interrumpir al entrevistado con preguntas y no permitirle que concluya la respuesta anterior. En el otro extremo, se puede ser pasivo y no saber cuándo se debe ofrecer apoyo, explicaciones o interpretaciones (13).

## **Comunicación, lenguaje y jerga**

El médico siempre debe tener en cuenta el contexto cultural, la educación y las creencias del entrevistado, con el fin de lograr una comunicación más precisa y acertada, de tal forma que tanto médico como paciente sepan de qué se está hablando, sobre todo cuando se explica el diagnóstico y el tratamiento. Es necesario evitar en todo momento los términos técnicos, pero esto no significa dejarse llevar al punto de caer en términos “vulgares”.

La comunicación implica que así como se debe aprender a manejar las características del individuo, hay que aprender a respetarlas (cultura, creencias y valores), a pesar de que vayan contra la cultura propia: “Es posible que la imagen religiosa que el enfermo tiene debajo de su almohada le sirva más que la penicilina que se le aplica”. Todo esto se puede resumir en “trata a tu paciente como quisieras que te trataran a ti” (11).

### ***Tipos de paciente***

Otros obstáculos para el desarrollo de la entrevista los constituyen cierto tipo de pacientes, como los mencionados a continuación (14):

#### ***El paciente que no habla***

Si se tienen en cuenta los elementos de la comunicación descritos (emisor, receptor y mensaje), es

fácil entender cuán difícil se vuelve la comunicación cuando uno de los participantes no desea o no puede cooperar. Los mecanismos de defensa del paciente pueden mantenerlo en una situación en la cual se hace imposible que suministre información de manera verbal. En tal caso es preciso que el clínico acuda a sus habilidades de observación, para estar atento a la mímica, a los gestos, a la postura, al movimiento, a la conducta en general y a todos los aspectos que puedan indicar la reacción emocional del paciente.

Cuando no hay una falla orgánica que impida la comunicación, puede intentarse estimular una respuesta por parte del paciente formulando preguntas acompañadas de las respuestas correctas con base en información brindada por la familia. Tras varias respuestas correctas, se incurre voluntariamente en un error, lo cual puede ser suficiente para que el paciente corrija la equivocación cometida por el entrevistador y empiece a interactuar aumentando su producción ideoverbal, de tal manera que pueda desarrollarse de manera adecuada la entrevista.

#### ***El paciente agresivo***

Es difícil manejar una situación en la cual el paciente dirige comentarios agresivos al entrevistador. Es importante, ante todo, que el médico reconozca la rabia del paciente, haciéndole saber que lo

entiende y pidiéndole, si es posible, que diga más sobre la causa de su disgusto.

No se pueden tomar como personales las agresiones del paciente, y es necesario evitar a toda costa contestarle con enojo o agresividad, bien sea que el enojo esté motivado por una actitud similar por parte del paciente o por nuestra contra-transferencia en el transcurso de la entrevista.

Si el paciente se encuentra agitado, si se empieza a mover de un lado para otro o a hacer gestos que denoten un comportamiento violento, es aconsejable no aumentar el tono de voz, ni hacer movimientos bruscos que puedan significarle una amenaza al paciente, como tratar de tocarlo.

Cuando la entrevista se está dirigiendo hacia una situación de estas características, es aconsejable interrumpirla suavemente, ofreciendo reanudarla después, e incluso buscando ayuda con los auxiliares de enfermería u otro personal de salud que colabore en su contención.

### *El paciente seductor*

Sin excepción, nunca se debe establecer una relación con el paciente más allá de la terapéutica. Es preciso ser cordial y amable, pero siendo respetuoso y estableciendo una posición como terapeuta, ya que el paciente puede malinterpretar y se presentaría una situación algo incómoda. Si el paciente empie-

za a hacer preguntas sobre la vida del terapeuta, es necesario aclararle que el motivo de la entrevista es ayudarlo a resolver sus problemas y que, por lo tanto, no es momento para hablar de la vida personal del entrevistador.

Es vital no subvalorar la importancia de la información que los familiares del paciente puedan suministrar, sobre todo en aquellos casos en que el paciente está imposibilitado física o mentalmente para ofrecer datos certeros. No sólo en estas situaciones se puede recurrir a la familia, sino en cualquier circunstancia, ya que ellos pueden brindarle al médico información valiosa que el paciente haya podido omitir; así mismo, es necesario conocer la red de apoyo con la que cuenta el entrevistado, para darse una visión aproximada de su entorno y de su modo de vida.

A pesar de esto, hay que ser cuidadosos en la forma de acercarse a los familiares, evitando que el paciente se sienta amenazado o que piense que no se confía en él. En ambos casos podría afectarse seriamente la relación médico-paciente.

## **Fases de la entrevista**

### ***Comienzo formal***

La relación médico-paciente comienza desde el primer encuentro; por ello el saludo es parte importante tanto para la evaluación que el terapeuta hace al entrevistado

como para la predisposición que va a mostrar el paciente. Lo primero es recibirlo, invitarlo a seguir, saludarlo e indicarle dónde sentarse, buscando aliviar la ansiedad. Si es la primera cita, el profesional debe presentarse con su nombre y especialidad.

Mientras esto se da, el médico debe estar evaluando los signos semiológicos del paciente, como la presentación personal, el contacto visual, el saludo de mano, la marcha, el estado nutricional, la presencia de discapacidad y, en general, la actitud frente a la interacción con el médico. Luego se tomarán estos datos y se integrarán al resto de la información del examen para dar la formulación diagnóstica.

En esta etapa, y a lo largo de toda la entrevista, se produce una evaluación mutua. El paciente valora el grado de interés que demuestra el entrevistador, su habilidad para crear un ambiente adecuado, la forma y tono que utiliza para hacer las preguntas, y por lo regular trata de estimar los conocimientos del médico. Entonces, la impresión inicial que deja el entrevistador es de suma importancia para establecer la relación médico-paciente y, por lo tanto, para el éxito de la entrevista y del tratamiento. El profesional debe recordar siempre: ser cordial sin ser efusivo y no otorgarse confianzas que no se le han dado, por ejemplo: "Siga, mijita".

Al referirse al paciente, es recomendable usar expresiones socialmente admitidas (señor, señora),

que muestran respeto; además, algunos autores muestran lo acertado de dirigirse al entrevistado por el apellido, pero, si se prefiere, se le puede preguntar directamente cómo se siente más cómodo. En el caso de niños y jóvenes, es mejor que se les llame por el nombre para desarrollar más confianza.

Teniendo en cuenta que el paciente llega ansioso, el médico debe empezar la conversación con comentarios sociales, mientras va haciendo la identificación, pues esta es una manera en que los dos se pueden relajar. Por ejemplo, "... entonces usted trabaja en... ¡Qué interesante!".

La toma de estos datos puede usarse para iniciar la conversación con el entrevistado, quien por lo regular llega un poco reprimido. Además, datos generales, como edad, estado civil, ocupación y procedencia sugieren con qué tipo de paciente se encuentra el clínico, ya que independientemente del área que se maneje, las características sociodemográficas brindan un panorama.

De tal manera, la identificación es apoyarse en algo y sirve para distender un poco el clima, aunque se debe cuidar de no prolongarla mucho, ya que "enfriá" la relación y es contraproducente, más si el paciente está muy ansioso o presenta un cuadro médico agudo.

También es útil hacerle saber que todo lo que se trate en la entrevista es confidencial, así como darle un preámbulo de cómo va a ser la entrevista y qué se espera de ella,

es decir, cuáles son las expectativas del médico frente al paciente: qué datos necesita sobre su problema; cómo percibe el entorno; qué actitudes tiene hacia la vida; cuáles son sus expectativas, valores, temores, capacidades e intereses, y cuál es la interpretación que él le da a lo que le sucede.

Hay que tener en cuenta que el terapeuta es dependiente de su paciente, pues es él quien conoce el problema. Sus opiniones, ideas y cooperación son determinantes para el éxito del trabajo médico, y así se debe expresar en esta fase: ¿por qué estamos allí y por qué necesitamos su ayuda?

### ***Interrogatorio detallado***

El interrogatorio detallado comienza con la descripción del problema de salud actual (junto con el comienzo formal es primordial para lograr un buen *rapport*). En esta fase, la autoestima del entrevistado toma importancia, ya que determina lo que se revelará, teniendo en cuenta que los mecanismos de defensa empiezan a actuar de tal forma que filtrará todo aquello que atente contra su autoimagen.

En esta etapa se recomienda empezar con una pregunta abierta, de tal forma que el paciente diga exactamente lo que le preocupa; se le da la amplitud para que desarrolle su problema. Estas preguntas abren el panorama y dan la impresión de que el terapeuta se pone al

servicio de la persona, en actitud de ayuda.

Es posible que el entrevistado limite la información aportada o que sea escasa, entonces es necesario utilizar expresiones de afirmación o de continuación como interjecciones que apoyen el discurso “Ajá...”, “Hum...”, “y, ¿entonces...?” o repetir las últimas palabras del paciente. De esta manera, se demuestra atención y se estimula a continuar el discurso sin provocar sugerencias, con lo cual termina su relato con la menor intervención del médico. Este interrogatorio debe ser flexible de acuerdo con el paciente, aunque cabe resaltar que también depende del médico y de la patología por la que consulta.

La entrevista inicial, tal vez por su dinamismo, por lo irreplicable del encuentro, por lo particular de cada participante, por las múltiples variables que intervienen, en muchos aspectos es un estilo propio de cada entrevistador, pero manejar un esquema básico facilita la tarea.

No se trata de seguir ordenadamente un libreto rígido y establecido, ni tampoco dejarla librada a la improvisación. Se intenta lograr un punto intermedio que posibilite el relato libre del paciente, modulado por las intervenciones del entrevistador para extraer los datos significativos.

Hay que tener siempre presente que estamos tratando a pacientes, a personas, no enfermedades; esto se lo transmitimos cuando lo llamamos por su nombre, con el contacto

visual, respetando su pudor en los exámenes y haciéndolo participe de todo lo concerniente a su problema. El médico debe evitar usar preguntas como “¿qué le pasa?, ¿qué le ocurre?”, pues precisamente para contestarlas se motiva la consulta. Tampoco es conveniente usar el modo imperativo del tipo: “Hable”, “Comience”, ya que transmite un regaño.

Así se realiza la presentación y se analiza el problema. El objetivo prioritario es obtener la información necesaria para llegar a un diagnóstico presuntivo. Sin este requisito, la entrevista se convierte en una simple charla.

La atención debe estar focalizada en el paciente, observando gestos y actitudes; escuchando el contenido verbal de la exposición, su tono afectivo y los silencios; así como tratando de captar la personalidad del entrevistado y los síntomas y signos de valor semiológico. Cuando el significado de la idea del paciente no es claro, aunque se tengan en cuenta todos estos componentes, se debe explorar e indagar más hasta que se comprenda perfectamente el mensaje.

El objetivo general es abstraer los signos y síntomas significativos del conjunto de lo expuesto y observado. Mientras se da la exposición de la enfermedad actual, es importante no sólo consultar al paciente sobre sus aspectos débiles, mórbidos o negativos, sino también los elementos fuertes de su personalidad, salud o puntos positivos.

Así mismo, es fundamental que el médico evite tener una orientación exclusiva hacia una determinada enfermedad y empezar a tener en cuenta los factores psicodinámicos de la persona, ya que inevitablemente un trastorno fisiológico tiene una influencia psicosocial.

El paciente evalúa también la conducta del médico, y esto lo hace basándose en tres aspectos principalmente: sensibilidad ante la respuesta que se le brinda, espontaneidad ante las emociones que le presentan y consistencia en su comportamiento.

Por esta razón es recomendable que el entrevistador no se muestre inexpresivo, pues disminuye la percepción de sensibilidad y espontaneidad y, por el contrario, transmite rigidez y desconexión. Esto podría traducirse en que no hay empatía ni comodidad con el paciente. Se debe tener humildad y jamás ponerse en la posición de “el que se las sabe todas”.

El terapeuta debe estar en una posición acrítica, interesada, preocupada y amable, porque su objetivo es tratar de ayudar. Se debe respetar la privacidad del entrevistado, pues si bien hay datos que son necesarios revelar en la entrevista, hay otros que trascienden la curiosidad, por lo que el médico, como experto, debe omitir. Para ello se pueden usar dos métodos: (i) privarse de manera pasiva, es decir, evitar las preguntas, y (ii) privarse activamente, cuando al conseguir la información necesaria

cambia de tema, a pesar de que el relato que continué sea de mucho interés.

De todas formas, hay que procurar conseguir la mayor información útil posible, pues la ausencia de ciertos datos suele ser un grave error iatrogénico por omisión. También es frecuente ver la comisión, es decir, transmitir información innecesaria, abundar en irrelevancias que lo único que logran es dificultar el diagnóstico.

Para evitar esto, no debemos dejar caer la entrevista en una relación paternalista, donde el médico es quien controla totalmente la situación; ni en una relación autónoma, donde el terapeuta se convierte en un simple espectador. Lo adecuado es lograr una *relación responsable*, donde el médico busca guiar al entrevistado sin que éste pierda su individualidad.

### **Final de la entrevista**

Si aún no se tiene una orientación diagnóstica, aspecto frecuente en la primera entrevista, se continúa en una segunda, pero se le señalan al paciente los hallazgos semiológicos significativos que puedan ser de utilidad, para que él se lleve la impresión que ha sido comprendido y que el médico está encaminado hacia un diagnóstico. Desde luego, esto requiere tacto, a fin de no ser alarmistas, ni generar temor y tampoco improvisar diagnósticos (otro error iatrogénico).

El paciente nunca debe salir peor que como ingresó; lo ideal es que la persona se retire de la entrevista con una cierta medida de claridad sobre ella misma, sobre la entidad nosológica que lo aqueja y sobre su modo de vivir.

El clínico debe ser muy cuidadoso al recetar fármacos, de tal manera que se asegure de que su manejo quede claro. Para que no haya complicaciones, se puede reunir a la familia y explicarle los motivos de la toma de medicación, sus beneficios y sus efectos secundarios más frecuentes, corroborando que la información se haya entendido completamente.

Lo más importante es la buena relación médico-paciente, conseguida en la entrevista, y la claridad con que se le explique a la persona el porqué de la medicación y sus efectos beneficiosos, sin asegurar jamás el éxito del tratamiento, ya que no todos los fármacos actúan igual en cada individuo. Así mismo, se le ofrecerá la oportunidad de realizar las preguntas que estime pertinentes en relación con su caso.

Antes de la despedida, es recomendable generar una esperanza argumentada, sin asegurar nada ni dar falsas esperanzas. Es mejor remarcar los elementos positivos de la persona y del tratamiento, provocando optimismo. También se deben hacer unas recomendaciones finales, como “siga el tratamiento como está indicado”, o si se ha estimado la necesidad de un examen

paraclínico u otro elemento extra, debe indicársele lo importante de su realización a tiempo y lo vital que es para su mejoría.

La despedida nunca debe ser abrupta: “Ya es la hora”, “aquí terminamos”. Debe sugerírsele con anticipación, siendo breve, pero con cortesía con frases como: “Bien, finalizando...”, “Para terminar, ¿desea realizar alguna pregunta?” o “Este tema lo analizaremos en detalle en la próxima consulta” (5,9,10).

### **Conclusión**

La entrevista médica es una competencia difícil de adquirir, que requiere un amplio conocimiento y gran experticia por parte del médico. Se espera que este texto ayude a emprender este camino, a través de los conceptos aquí expuestos: la definición de la entrevista médica; los papeles del entrevistador y del entrevistado; el modelo de comunicación, donde tanto el entrevistador como el entrevistado funcionan alternativamente como emisor y receptor de un mensaje, y donde se hace hincapié en la información verbal y la no verbal; la relación médico-paciente y la necesidad de establecer *rapport* y empatía; la aproximación al paciente como un ser humano integral con elementos biológicos, sociales y psicológicos involucrados; la influencia de la transferencia y la contratransferencia en la relación; los aspectos técnicos que se deben considerar, como lugar donde se lle-

va a cabo la entrevista, manejo del tiempo asignado, toma de apuntes, tipo de preguntas y momento más aconsejable de realizarlas y uso de transiciones; las dificultades presentadas frecuentemente, como la ansiedad ante lo desconocido, los estereotipos o patrones de conducta asignados socialmente, la aparición de la resistencia, la inexperiencia del entrevistador, las dificultades en la comunicación, sin olvidar ciertos tipos de entrevistados “problema”, y, por último, la descripción de cada una de las fases de la entrevista: comienzo formal, interrogatorio detallado y terminación.

La experticia, por su lado, se desarrolla desde las primeras entrevistas supervisadas durante los años de formación universitaria y debe continuarse a través de la práctica profesional, teniendo como referente los conceptos aquí enunciados.

### **Referencias**

1. Sullivan HS. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Psique; 1964.
2. Shea SC. La entrevista: las reglas detrás del arte (transmitir empatía: estrategias y peligros). En: La entrevista psiquiátrica, el arte de comprender. Barcelona: Harcourt; 2002. p. 14-27.
3. Velásquez ML. Métodos de evaluación del paciente psiquiátrico. En: Manual de semiología psiquiátrica. Cali: Universidad Libre, Departamento de Publicaciones; 2001. p. 34-5.
4. Fierro M. Semiología del psiquismo. Bogotá: Multiletras Editores; 2001.
5. Fromm-Reichman F. Principios de psicoterapia intensiva. Buenos Aires: Paidós; 1980.

6. Fielding R. Components of communication. En: Fielding R. Clinical communication skills. Hong Kong; Hong Kong University Press; 1995.
7. Fielding R. Basic psychological processes in communication. En: Fielding R. Clinical communication skills. Hong Kong; Hong Kong University Press; 1995.
8. Shea SC. Conducta no verbal: la mímica de la entrevista. En: La entrevista psiquiátrica: el arte de comprender. Harcourt; 2002. p. 169-75.
9. León C. Entrevista psiquiátrica, actitudes y métodos para la obtención de datos: técnicas de observación y manejo de pacientes [Material impreso del curso Psicopatología]. Cali: Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle; 1998.
10. Shea SC. Estructura dinámica de la entrevista. En: La entrevista psiquiátrica: el arte de comprender. Barcelona: Harcourt; 2002.
11. Vélez LA. Relación médico-paciente-sociedad. En: Ética médica: interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. 2nd ed. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas; 1996.
12. Gabbard GO. Basic principles of dynamic psychiatry. In: Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 3rd ed. London: American Psychiatric Press; 2000. p. 3-27.
13. Arango de MV. Principios de entrevista. En: Climent C, editor. Lo esencial en psiquiatría. Cali: Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle; 1989.
14. Thompson JW. Comunicación terapéutica. En: Climent C, editor. Lo esencial en psiquiatría. Cali: Departamento de Psiquiatría, Facultad de Salud, Universidad del Valle; 1989.

*Recibido para evaluación:* 3 de junio de 2006

*Aceptado para publicación:* 18 de octubre de 2006

Correspondencia  
Gerardo Campo-Cabal  
Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle  
Cali, Colombia  
[gercampo@univalle.edu.co](mailto:gercampo@univalle.edu.co)