

LA ENTREVISTA: TÉCNICA PARA LA COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN

AUTORA: María Silvia Giordano²⁰

El presente texto es un resumen de la obra de Conxa Perpiñá ²¹acerca de la técnica de la entrevista.

En el desarrollo del texto se observará que el autor se refiere al entrevistado, en algunas ocasiones como paciente y en otras como cliente.

Usar el término paciente o cliente no son sinónimos, sino que muestran que el rol del profesional está marcado por la demanda que hace quien lo requiera (paciente o cliente). Mientras que los pacientes demandan del especialista o psicólogo que lo lleven a una rehabilitación de un estado que él supone óptimo que llama salud. En cambio un cliente demanda un accionar técnico, basado en el conocimiento del profesional con un objetivo concreto y de corto plazo, como es por ejemplo mejorar las habilidades para comunicarse con las personas o poder realizar una entrevista de selección de personal (Alvarez, 2017, comunicación personal).

ENTREVISTA: definición y aspectos conceptuales.

El autor plantea que el término «entrevista» deriva de la palabra francesa *entrevoir*, que significa «verse el uno al otro». La manera más directa de saber lo que le pasa a una persona es preguntarle, y en esto consiste básicamente la entrevista. Es una técnica de recolección de datos muy utilizada y compleja. Esta técnica ha sido y sigue siendo utilizada para muchas funciones (por ejemplo para evaluación e intervención) y en distintos ámbitos (salud, educación, investigación, etc.)

La definición que propone es la clásica de Bingham y Moore (1924; en Bingham y Moore, 1973):

La entrevista es una conversación con un propósito.

²⁰ Profesora adjunta encargada de la cátedra de Psicología Evolutiva. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba

²¹ Perpiñá, C. (2012). **Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar.** Ed. Pirámide. Madrid. España.

Por tanto, los elementos que se encierran tras esta afirmación son:

- ⇒ Conversación: «COMUNICACIÓN».
- ⇒ La conversación se da, al menos, entre dos personas: «INTERACCIÓN»
- ⇒ Propósito: «OBJETIVO», FINALIDAD. (Perpiñá, 2012 p. 26).

La «COMUNICACIÓN» cuenta con las siguientes características:

- ⇒ La entrevista es una conversación entre dos o más personas pero en la que uno —el entrevistador— es el que pregunta (con un objetivo predeterminado).
- ⇒ La vía es de comunicación simbólica, preferentemente oral y bidireccional, pero también hay un importante componente no verbal.
- ⇒ Tanto la información verbal como la no verbal son registradas y analizadas para realizar la evaluación, el diagnóstico, el asesoramiento o la intervención (Perpiñá, 2012 p. 26).

En cuanto a la «INTERACCIÓN», hay que destacar:

- ⇒ Proceso bidireccional. Los participantes comparten actividad en el curso de la entrevista, y se influyen el uno al otro, siendo la información recabada en la entrevista el resultado de esta interacción.
- ⇒ Entrevistador y entrevistado pueden ser una o varias personas.
- ⇒ Entrevistador y entrevistado ejercen dos roles diferenciales y asimétricos.
- ⇒ En el campo de la salud, se trata de una relación de ayuda en la que uno es un profesional y el otro es un cliente. En ese sentido, no es una relación entre iguales. Es en el entrevistador en el que recae la responsabilidad de conducir la entrevista, no al contrario. Esta asimetría evita que se convierta en una charla entre amigos.
- ⇒ En definitiva, la entrevista, en su aspecto de interacción, se define como una situación asimétrica: «relación interpersonal asimétrica» en la que cada uno tiene un rol diferente. El entrevistador es reconocido como experto en la materia, es el que pide información. El entrevistado es el que origina la demanda esperando sacar provecho de tal relación, y es quien proporciona la información (Perpiñá, 2012 p. 26-27).

con respecto al «PROPÓSITO» u objetivo:

- ⇒ Las personas en la entrevista dialogan con arreglo a ciertos esquemas o pautas de un problema o cuestión determinada y persiguen un propósito profesional, que, en el campo de la clínica, tiene que ver con la relación de ayuda.
- ⇒ El objetivo y motivo de la entrevista parten del entrevistado, pero el objetivo último de la misma es conocido al menos por el entrevistador, pudiendo o no coincidir con el del cliente-paciente, y puede comunicarlo o no al paciente-cliente según considere adecuado para obtener información o proporcionarle ayuda.
- ⇒ Las preguntas e intervenciones verbales se realizan en función de ciertas pautas y están relacionadas con el problema o la demanda que hace el entrevistado.
- ⇒ En el ámbito clínico, es una técnica longitudinal mediante la cual se realiza todo el proceso clínico, es decir, es el instrumento a través del cual se establece la evaluación, la intervención y la evaluación de la intervención. (Perpiñá, 2012 p. 26-27).

Si bien define a la entrevista como una conversación, las diferencias entre ambas se exponen en el siguiente cuadro:

**Diferencias entre conversación y entrevista
(Basada en McConaughy, 2005).**

CONVERSACIÓN	ENTREVISTA
Informal, casual.	Se planifica en el tiempo y se realiza con «cita previa».
Espontánea. Sobre tópicos de mutuo interés.	Tiene un propósito y una intencionalidad.
Los conversadores llevan a partes iguales el peso de la conversación.	Los «conversadores» tienen roles y funciones diferentes, siendo uno de ellos el que elige el tema. El
No hace falta llegar a ninguna	entrevistador pregunta, o plantea

<p>conclusión. Puede ser simplemente por pasar el tiempo o divertirse.</p>	<p>temas sobre los que reflexionar, y el entrevistado contesta o reflexiona.</p> <p>El entrevistador acepta las expresiones de sentimientos y los hechos narrados por el entrevistado sin juzgarlos o discutirlos.</p> <p>El entrevistador está obligado a mantener confidencialidad y a no revelar la información obtenida.</p>
--	--

De este análisis se desprende como conclusión que la diferencia entre una conversación ordinaria y una entrevista la marca, fundamentalmente, la interacción entre los participantes y el objeto o finalidad de tal interacción.

CLASIFICACIÓN DE LA ENTREVISTA

Existen muchos tipos de entrevista y diferentes criterios para su clasificación. Siguiendo a Perpiñá, tomaremos la clasificación en función de su:

Estructura

“Por estructura de la entrevista se suele entender el grado de especificación y estandarización de sus distintos elementos/componentes, tales como: preguntas, respuestas, secuencia de las preguntas (fijación de una secuencia), registro y elaboración de la información e incluso la interpretación de la información. En ese sentido, hay entrevistas no estructuradas, estructuradas y semiestructuradas.

a) No estructurada

La entrevista sólo se realiza en función de algunas líneas muy generales; es el propio proceso de interacción el que determinará el orden de preguntas y su tipo, por lo que permite tratar a cada entrevistado de manera idiosincrásica” (Segal & Hersen, 2010).

b) Estructurada

“Aquella entrevista en la que los elementos anteriormente mencionados,

en su totalidad o en parte, tienen un formato prefijado; es decir, las preguntas están previamente establecidas, el orden de formulación y las posibilidades de respuestas del entrevistado están acotados y restringidos, hay una orden de dirección de la entrevista a través de sus secciones y la combinación de ciertos criterios ayuda a la interpretación de las respuestas del entrevistado. Según Segal y Hersen (2010), en las entrevistas estructuradas se pregunta de una manera y con una secuencia predeterminada”.

c) Semiestructurada

“Las preguntas tienen algún tipo de estructuración: el guión está formado por áreas concretas, dentro de las cuales el entrevistador puede hacer las preguntas que le parezcan oportunas, siguiendo algún tipo de orientación algo detallada”.

Grado de dirección o participación

Grado en que el entrevistador determina el contenido y el desarrollo de la entrevista. Ello afectará a la manera de formular las preguntas o sus intervenciones verbales, cuándo hablar, cuándo escuchar y cuándo cambiar de foco o de tema. En este sentido, se habla de entrevistas directivas y no directivas.

Veamos en un cuadro comparativo los dos estilos de dirección o participación:

	ESTILO DIRECTIVO	ESTILO NO DIRECTIVO
PROPÓSITO	Obtener la máxima cantidad de información fiable, válida y útil.	Conseguir una relación y ambiente que potencien la disponibilidad del entrevistado a reflexionar y elaborar sus pensamientos.
ENTREVISTADOR	Lleva el peso de la conversación. Hace preguntas específicas, elige temas, explica. Activo: propone áreas a explorar o modificar.	Muestra explícitamente aceptación y comprensión. Anima a la expresión de emociones, actitudes y reflexiones sobre comportamientos

PELIGROS	Convertir la conversación en un interrogatorio. Se puede incurrir en sesgos (temas precipitados, selección inapropiada de información, etc.).	Derivar a una conversación trivial. La información relevante puede diluirse.
----------	--	---

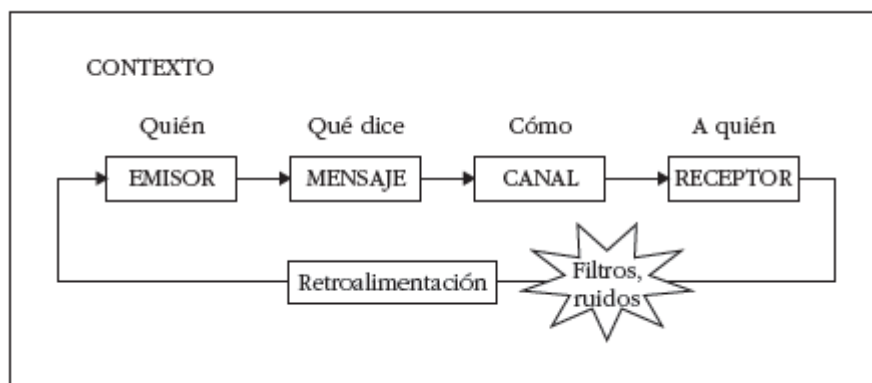
(Perpiñá, 2012, Pag.30-33).

LA COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA

Características de la comunicación humana

“Comunicar significa poner en común, participar, entrar en una relación de intercambio de pensamientos, de emociones; implica una relación bidireccional y recíproca (Ibáñez, 2010). La Real Academia Española define «comunicación» como «transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor», y «comunicar» como «descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo. Transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor»” (Perpiñá, 2012 p. 78).

En el siguiente cuadro se puede observar una síntesis de los elementos que intervienen en el proceso de la comunicación humana.



Elementos y red de comunicación. [FUENTE: basada en Robbins (1999). (En Perpiñá, 2012, p. 78).

El autor, siguiendo a Watzlawick, Beavin y Jackson establece los siguientes principios básicos de la comunicación:

- *Es imposible no comunicarse:* Toda conducta tiene valor de mensaje y no podemos dejar de comunicar. El silencio también transmite un mensaje.
- *Toda comunicación tiene un contenido y un nivel relacional.* En la comunicación entre personas hay un contenido (qué se dice) y una relación (a quién y cómo se dice).
- *Los seres humanos se comunican tanto de manera verbal (digital), y no verbal (analógica).*
- *Todos los intercambios comunicativos son simétricos si se basan en la igualdad; o complementarios si se basan en la diferencia.* En el caso de la entrevista la relación es complementaria ya que el entrevistador tiene un rol diferenciado del rol del entrevistado.

La comunicación verbal

La herramienta principal de la comunicación es el habla. A través de ella podemos *“aportar datos, ideas, describir sentimientos, argumentar razones, acuerdos y desacuerdos, hacer peticiones, hacer alabanzas o ridiculizar. Y además todo ello puede estar haciendo referencia al presente, al pasado o al futuro e, incluso, a deseos o ficciones”* (p. 82).

En la entrevista, en cuanto a la comunicación verbal, es muy importante saber preguntar. En el siguiente cuadro se ejemplifican qué tipo de preguntas pueden facilitar la obtención de información (preguntas que abren), y cuáles pueden dificultarla (preguntas que cierran).

Preguntas de apertura-abiertas/de clausura-cerradas

PREGUNTAS QUE ABREN	PREGUNTAS QUE CIERRAN
¿Qué? ¿Cómo? ¿Cuál? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Qué te apetece hacer esta noche? ¿Cómo se sintió en esa ocasión?	¿Puede? ¿Acaso? ¿No es? ¿Es? ¿Le parece? ¿Quieres ir al cine o al teatro? ¿Sintió miedo en esa situación?

(Perpiñá, 2012 p. 84).

Otro tema que destaca el autor es el uso del humor durante la entrevista, considerándolo como facilitador de la comunicación, en cuanto alivia la tensión y crea vínculos de complicidad entre entrevistado y entrevistador, siempre y cuando se utilice en connivencia con el entrevistado y no a su costa.

En el siguiente cuadro se ejemplifican las formas verbales que facilitan o interfieren la comunicación.

FACILITAN	INTERFIEREN
Palabras fáciles. Repetir y aclarar. Resumir y retroalimentar. Responder al mensaje. Refuerzos verbales. Dar información adecuada. Dar información suficiente. Transmitir mensajes de comprensión y respeto.	Jerga, lenguaje técnico. Cháchara: temas intrascendentes. Expresiones de «colegueo» que diluyen la relación asimétrica. Sobrestimar, dar por sabido. Minimizar, quitar importancia. Saturar con información. Generalizaciones: <i>todo, nunca, nada, siempre, ninguno.</i> Superlativas: <i>genial, total, increíble, fabuloso, maravilloso.</i> Negativas: <i>de ningún modo, nunca, jamás, imposible.</i> Expresiones vulgares: palabras malsonantes, groseras, sexistas, racistas, ofensivas. Impersonales: <i>se agradece, se siente.</i>

(Perpiñá, 2012 p. 86).

La comunicación no verbal.

Este tipo de comunicación trasciende la palabra hablada o escrita y tiene que ver con cómo se dice lo que se dice. Es difícil controlarla conscientemente y es más espontánea.

Más del 60% de la información que se interpreta en un proceso comunicativo llega por el canal no verbal. A través de ella se transmite información emocional, importante para establecer una buena relación y es muy importante en relación con el contexto.

La comunicación no verbal se clasifica en tres categorías:

QUINÉSICA	Todo tipo de movimiento corporal: gestos, expresiones faciales, contacto ocular y postura. También se consideran aquí otros elementos más estables, como el aspecto físico, el estilo de vestir, etc., puesto que esta información nunca es neutra y da claves al interlocutor sobre características del otro comunicante.
PARALINGÜÍSTICA	La manera de decir el mensaje verbal. Incluye aspectos vocales no lingüísticos, es decir, calidad de la voz, vocalizaciones, velocidad, volumen, silencios, pausas, fluidez de pronunciación y errores del habla.
PROXÉMICA	Uso del espacio personal y social, es decir, la distancia interpersonal, la manera de sentarse, la forma de disponer la habitación, etc.

(Perpiñá, 2012 p. 87).

Los componentes de la comunicación no verbal más importantes en una entrevista serían:

⇒ Expresión facial: la cara es la parte más expresiva de nuestro cuerpo.

La mímica de las emociones se produce por la combinación de las cejas-frente, los ojos y la boca-barbilla. Con ellos denotamos las emociones básicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco.

La coloración de la piel de la cara también aporta información: el rubor se asocia a sorpresas extremas. En cuanto entrevistadores, el uso de una sonrisa amable es un buen instrumento para invitar a participar y crea un clima relajado. En general, la mejor manera de mostrar nuestra cara como entrevistadores es estableciendo un contacto ocular frecuente, con una sonrisa amable pero contenida y, sobre todo, no ocultando nuestros gestos con las manos.

⇒ Ojos: El que una persona mantenga contacto ocular (participación) o no (evitación, inhibición) con el profesional es un dato informativo de primera mano. Igualmente, es fundamental que el entrevistador mantenga un buen y frecuente contacto ocular con el entrevistado, ya que va a ser un elemento central en la participación de la escucha activa. Así que cuidado con tomar notas si eso supone apartar demasiado tiempo la vista del entrevistado; ahora bien, si la mirada es fija e incisiva, viene a significar reto y desafío. Por otra parte, los ojos también tienen un importante papel en la regulación de las intervenciones verbales de los interlocutores.

⇒ Postura corporal: Tener una postura erguida indica confianza y dominio, mientras que mostrarse cabizbajo y con los hombros caídos denota tristeza y abatimiento. Reclinarse hacia el interlocutor denota interés, y moverse en el asiento muestra, sin embargo, aburrimiento y desinterés. En la postura corporal cobran especial relevancia las extremidades superiores e inferiores. Así, cruzar los brazos sobre el pecho indica clausura, rechazo o necesidad de defenderse, mientras que los brazos hacia delante indican apertura y énfasis. Las piernas cruzadas y en movimiento indican impaciencia o frustración.

⇒ Gestos: los movimientos de las manos aportan mucha información.

Los puños cerrados denotan enfado o tensión, y retorcerse las manos, tristeza o ansiedad. Tocarse repetidamente la nariz o la oreja puede indicar dudas e incomodidad, y tocarse continuamente los cabellos o la barba, nerviosismo o galanteo. (Según el contexto). Además, los movimientos con las manos (aunque también de la cabeza y los hombros) sirven para enfatizar lo que decimos verbalmente o suplirlo.

⇒ Distancia interpersonal: aunque hay diferencias culturales en cuanto a la distancia que debe separar a las personas para que se encuentren cómodas sin sentirse invadidas, en una situación de entrevista hay que mantener en general una distancia que no interfiera en la «zona íntima» y que, por tanto, implique un continuo roce sino que se mantenga en la llamada «zona personal» (normalmente el largo de un brazo), en la que ambos interlocutores se encuentran cómodos pero no distantes. En situaciones excepcionales de «crisis» o catástrofes, si la persona que requiere atención lo consiente y se siente cómoda, se puede pasar a esa zona íntima (tomándole la mano o abrazándola).

⇒ Respiración y variables paralingüísticas: la respiración agitada indica excitación, bien sea por miedo, por enfado, etc. El ajuste del volumen en la entrevista es de particular interés. El entrevistador ha de elegir un volumen adecuado y una tonalidad cálida en su expresión verbal. Los asentimientos guturales (el conocido efecto greenspoon) facilitan la demostración de la escucha activa (Perpiñá, 2012 pp.87-89).

En el siguiente cuadro se ejemplifican las formas no verbales que facilitan o dificultan la comunicación:

FACILITAN	DIFICULTAN
Contacto ocular frecuente. Cuerpo orientado hacia el entrevistador. Acomodar tono verbal. Acomodar volumen. Administrar los silencios.	Contacto ocular infrecuente. Posición del cuerpo en 45°. Echar el cuerpo hacia atrás. Optar por posiciones de «bloqueo» o «cerrarse». Actuar con prisas.

(Perpiñá, 2012 p. 89).

Aspectos emocionales del mensaje

En la comunicación humana, se intercambian tanto datos como emociones y sentimientos. La emoción se puede comunicar verbalmente, pero fundamentalmente, como ya vimos, se hace de manera no verbal. El entrevistador debe estar atento a la expresión emocional del entrevistado, como así también a sus propias emociones.

Es importante manejar y tener un rico vocabulario emocional, a los fines de facilitar la explicitación de las emociones durante la entrevista.

En el siguiente cuadro se ejemplifican vocablos representativos de sentimientos positivos y negativos.

SENTIMIENTOS NEGATIVOS	SENTIMIENTOS POSITIVOS
Ansioso	Tranquilo
Agresivo	Amigable
Apático, indiferente	Entusiasmado, interesado
Asustado	Tranquilo
Asombrado	
Aburrido	Entretenido
Avergonzado	Orgullosa
Celoso	
Confundido, perplejo, desconcertado	Seguro, convencido
Culpable	
Decepcionado	
Desesperado, atrapado, indefenso	Esperanzado
Despreciado	Valorado
Enfadado	Encantado
Envidioso	
Frustrado	Exitoso
Humillado	Halagado
Indeciso, dudoso	Determinado, resuelto
Indignado	

Insatisfecho	Satisfecho
Inútil	Útil
Molesto	
Odiado	Querido
Pesimista	Optimista
Rechazado	Aceptado
Solo, aislado	Acompañado, contenido
Temeroso, miedoso, aprensivo	Seguro
Tenso	Relajado
Tímido, inseguro	Confiado, seguro
Triste, infeliz, deprimido, angustiada	Alegre, contento, eufórico
Vulnerable, débil	Fuerte

Escucha activa

En una entrevista, para establecer una comunicación eficaz es importante desarrollar habilidades de “escucha activa”. Escuchar no es un proceso pasivo. El entrevistador debe hacer un esfuerzo mental y físico para captar el mensaje tanto referencial como emocional del entrevistado, y hacerle ver a este que está siendo escuchado, atendido y entendido.

“Escuchar es algo que se debe aprender; conlleva prestar atención a lo que se dice y a lo que no se puede decir, o no se dice. Son estrategias verbales y no verbales que consisten en la comprensión correcta del mensaje del emisor y en la retroalimentación de que hemos comprendido su mensaje de manera correcta” (Perpiñá, 2012 p. 95).

Barreras, conflictos y distorsiones en la comunicación

En el mismo momento en que se inicia el proceso de comunicación se produce paralelamente el llamado «arco de distorsión», formado por:

- ⇨ Lo que el emisor cree que está diciendo.
- ⇨ Lo que en realidad dice.
- ⇨ Lo que oye el receptor.
- ⇨ Lo que el receptor piensa que oye.
- ⇨ Lo que el receptor dice que ha entendido.
- ⇨ Lo que el emisor piensa que el receptor ha dicho que ha entendido.

En el proceso de la comunicación existe una pérdida de información desde quien recibe y desde quien emite: se piensa decir un 100 por 100, se trasmite un 80 por 100, se recibe un 60 por 100, se interpreta

un 50 por 100 (Ballenato, 2009). A todo esto habría que añadir qué porcentaje aceptará y pondrá en práctica el receptor de lo que propone el emisor.

Si analizamos las posibles fuentes de distorsión, conflictos y barreras según los componentes, tendríamos:

⇒ En el emisor: poca formación, desconocimiento, dificultades de expresión, inseguridad.

Actitudes hacia sí mismo, hacia el tema a tratar, hacia el receptor.

Comunicación verbal y no verbal inapropiada.

Deficiente empatía.

⇒ En el mensaje: desestructurado, incompleto, inoportuno, excesivo en información.

Aunque habría que matizar el contexto y el objetivo, en principio, los siguientes mensajes dificultan la comunicación:

✓ Formas ineficaces de comunicar el propio punto de vista.

✓ Mensajes prescriptivos.

Ordenar, mandar, dirigir: sal a trabajar; deja de comer.

Advertir, amenazar: si haces eso te irá mal.

Moralizar, sermonear: no debes hacer; deberías; tranquilízate.

Aconsejar; solucionar: lo que tienes que hacer es...

Mostrar posturas categóricas: porque sí y punto, porque lo digo yo;

no estoy dispuesto a hablar contigo de esto o a discutirlo contigo.

Proporcionar falsa confianza, o falsas esperanzas: le aseguro;

puede creerme; no te preocupes, eso no es nada.

✓ Mensajes que humillan.

Juzgar, criticar: qué mal lo hiciste.

Ridiculizar, avergonzar: eres subnormal.

Interpretar, describir hechos basándose en inferencias: lo estás haciendo para enfadarme.

Agresivas: estás equivocado; eso es mentira; no tienes ni idea.

Culpabilizadoras: ya te lo dije; esto es malo.

✓ Mensajes contradictorios. ¡Sé espontáneo! Has de tomar la iniciativa.

Atención, no lea esta frase. ¡Tonto el que lo lea!

⇒ En el receptor: no estar atento, no estar motivado para hablar, estereotipos, efecto de halo, inferencias, falsas expectativas, experiencias anteriores, sentirse amenazado o presionado por la situación de comunicación.

Al arco de distorsión hay que sumar las «suposiciones» que cada uno de los interlocutores normalmente tienen con respecto al proceso de comunicación:

⇒ Que la otra persona percibe la situación como nosotros.

⇒ Que la otra persona hace las mismas inferencias que nosotros.

⇒ Que lo que está sucediendo debe tener una lógica desde nuestro punto de vista.

⇒ Que la otra persona está experimentando los mismos sentimientos que nosotros.

⇒ Que la comunicación es independiente de nuestros sentimientos anteriores.

⇒ Que la comprensión de la situación por parte de la otra persona debe basarse en nuestra lógica más que en sus sentimientos.

El entrevistador, como profesional, sabe que ello no es así, pero es más que probable que el entrevistado considere que las afirmaciones anteriores constituyen el funcionamiento habitual de la comunicación.

Por ello es importante que en una entrevista el entrevistador tenga presente que «lo verdadero no es lo que dice el emisor, sino lo que entiende el receptor», y es responsabilidad absoluta del entrevistador conseguir una comunicación correcta con el entrevistado. Cuando se hace una entrevista, conviene no olvidarnos de esas barreras y saber cómo sortearlas; será un buen ejercicio tener siempre en mente que entre lo que se quiere decir y lo que va a entender el interlocutor existe todo un abismo que hay que remediar y salvar. (Perpiñá, 2012 pp.98-100).

Comunicación de diagnósticos y estrategias para la derivación.

Cuando ha finalizado la etapa de diagnóstico, se debe hacer una devolución de lo evaluado o diagnosticado.

La devolución o comunicación de diagnóstico entra en el plano de los “derechos de los pacientes y obligaciones de los profesionales” (Perpiñá, 2012)

La finalidad y objetivos de estas entrevistas, según el autor, son:

- Ofrecer al paciente una opinión profesional sobre su problema.
- Enseñar y explicar al paciente, todo sobre su situación de salud de manera que conozca cómo esto afecta su salud y qué puede hacer para afrontarlo.
- Consensuar un plan de tratamiento motivando al paciente para que se involucre activamente en él.

“La devolución no consiste en la comunicación de una etiqueta o un diagnóstico formal, sino en una explicación sencilla, comprensible y justificada de lo que le sucede a un cliente-paciente, incluyendo los síntomas y los determinantes biopsicosociales que intervienen en su inicio y/o en su mantenimiento (formulación del caso). Para que esa explicación sea comprensible y asumida por el paciente, es necesario incorporar la teoría o explicación que él mismo mantiene sobre el problema, así como dar respuesta de manera realista a las expectativas que tiene sobre su solución y el plan de tratamiento que nos parece más eficaz y coherente (contenidos, agenda, duración, etc.). Incorporar estos últimos aspectos en la entrevista de devolución es fundamental, pues permite negociar con el cliente el mejor modo de abordar sus problemas” (Perpiñá, 2012 p.270).

Para lograr esto, el autor propone seguir el **Modelo de toma compartida de decisiones (TCD)** (Charles et al. 1999), que se muestra en la siguiente tabla:

Principios en los que se sustenta el modelo de toma de decisiones compartida

1. Asegurarse de que el cliente comprende la naturaleza de su problema.
2. Asegurarse de que el cliente comprende la utilidad, necesidad o alcance de los procedimientos de diagnóstico adicional que se requieren, en caso de que sean necesarios.
3. Asegurarse de que el cliente entiende las diversas posibilidades y/o alternativas de tratamiento que existen.
4. Conseguir un consenso adecuado entre clínico y cliente en relación con los tres objetivos anteriores.
5. Obtener el consentimiento informado del cliente.
6. Mejorar los mecanismos de afrontamiento de que dispone el cliente, incluyendo su capacidad para tolerar la ambigüedad o incertidumbre asociada con el tipo de problemas que le aquejan y su tratamiento.
7. Asegurar que el cliente va a realizar cambios en su estilo de vida habitual, si éstos son necesarios para el afrontamiento del problema.
8. Facilitar la motivación para el cambio del cliente hacia comportamientos y actitudes más saludables, adaptativas o funcionales que los que posee en este momento.

Cómo motivar.

Muchas personas consultan con profesionales pero en realidad no tiene ninguna motivación para ello. El profesional es quien deberá poner en juego estrategias para motivar al entrevistado, comunicadas fundamentalmente en el contexto de entrevista.

Se debe tener en cuenta que las personas son capaces de tomar sus propias decisiones y son responsables de ellas, siempre que:

- ⇒ Tengan sentido y un significado para la persona.
- ⇒ Partan de ellas.
- ⇒ Les compense el esfuerzo
- ⇒ Se vean capaces: Autoeficacia (Perpiñá, 2012).

La autoeficacia es la creencia por parte de la persona en sus posibilidades o habilidad para realizar o llevar a cabo el cambio y constituye un elemento clave en la motivación para el cambio (Bandura, 1997; Rogers & Mewborn, 1976).

Por lo tanto, para aumentar la motivación, el cambio debe surgir desde adentro, y no se debe imponer desde afuera. Se parte del supuesto de que *“No es el/*

profesional quien motiva al paciente, sino que la motivación está en éste y el trabajo del profesional consiste en ayudar a que saque el máximo provecho de ella, la movilice” (Perpiñá, 2012).

LA INTERACCIÓN EN LA ENTREVISTA:

En cuanto a este tema el autor plantea que para que en una entrevista la comunicación fluya adecuadamente y para lograr sus objetivos, es necesario que se dé una adecuada interacción entre entrevistado y entrevistador.

La interacción es un proceso que se caracteriza por la relación de reciprocidad que se da entre los participantes, en un momento y lugar concretos, con un objetivo en particular.

“En toda entrevista se produce una corriente de interacción constante entre entrevistador y entrevistado.

Uno y otro constituyen fuentes de información específica para el otro, como sucede en el ámbito general de las relaciones humanas: cada uno de nosotros somos una fuente peculiar y distinguible de estímulos para los demás, al tiempo que percibimos a los otros como fuentes de estímulos e información. Es precisamente ese proceso de flujo constante de información de ida y vuelta, que conlleva una retroalimentación continuada, lo que constituye propiamente la interacción. Si el entrevistador, como profesional, es capaz de controlar y dirigir esa interacción, la entrevista cumplirá sus objetivos. De lo contrario, el resultado final no será el deseado” (Perpiñá, 2012 p. 142).

Entrevistador y entrevistado, roles asimétricos.

“Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan (2009) enfatizan también el hecho de que la entrevista clínica se produce siempre en el contexto de una relación profesional, que se basa en el respeto mutuo entre un entrevistador (terapeuta, clínico, etc.) y un cliente (o enfermo, o paciente), que trabajan de mutuo acuerdo para establecer y conseguir metas previamente acordadas entre ambos.

En ese contexto de relación profesional mutuamente acordada, ambos protagonistas interactúan tanto verbalmente como de manera no verbal, pero el entrevistador debe aportar además sus conocimientos y habilidades técnicas específicas para evaluar, comprender y ayudar al cliente a conseguir sus

objetivos. Esto incide directamente en que los roles que cada uno desempeña en el contexto de la entrevista no sean simétricos, como sucedería por ejemplo en una interacción entre amigos o colegas o en una conversación social entre personas que acaban de conocerse. No se espera que el cliente disponga de recursos o habilidades específicas para propiciar una interacción fluida y productiva, pero sí se debe esperar y exigir del profesional. Es éste, y no el cliente, quien tiene la obligación de haber adquirido las habilidades y capacitación técnica específicas para que la entrevista discorra por los cauces profesionales adecuados, de tal modo que el resultado final sea el óptimo. Y para ello debe conocer las reglas que gobiernan una interacción eficaz a través de todo el proceso de la entrevista. A esto es a lo que nos referimos cuando hablamos de «relación profesional».

Para muchos clínicos, incluso experimentados, profesionalidad viene a ser sinónimo de distancia emocional y objetividad. Sin embargo, en la definición de entrevista clínica que antes recogimos, aparecen términos como «calidez» y «reciprocidad», que para algunos pueden ser incompatibles con «profesionalidad». El reto está, precisamente, en hacerlos compatibles.

En una entrevista clínica se producen muchas interacciones que, sin dejar de ser profesionales, contienen muchos de los aspectos que aparecen en cualquier relación social o, incluso, de amistad. Pero el clínico debe aprender a controlar el grado de amistad que mantiene con un cliente o paciente. Como acertadamente señalan Sommers-Flanagan y Sommers-Flanagan (2009), parte de lo que significa convertirse en un profesional experto consiste en aprender a ser afable, cálido y abierto con los clientes-pacientes, manteniendo al mismo tiempo todo eso dentro de los límites de lo que constituye una relación profesional.

Confundir el tipo de interacción entre paciente-clínico con la que se puede producir en un contexto no profesional suele tener efectos iatrogénicos sobre el cliente.

Cuando asumimos que entrevistador y entrevistado tienen roles asimétricos, no nos referimos a que el entrevistador desempeñe un rol paternalista y sobreprotector, ni tampoco a que el entrevistado esté simplemente a merced del experto, y que su rol sea por tanto el de confianza y sumisión pasivas. Especialmente en el contexto específico de la entrevista clínica, pero también en otros ámbitos, el modelo tradicional de relaciones clínico-paciente según el cual el primero es el experto en lo que le sucede a su paciente y, por tanto, sabe a priori qué datos necesita saber y cuáles no son relevantes mientras que

el entrevistado es un absoluto ignorante y, en consecuencia, es un receptor pasivo y silencioso, que debe permanecer atento a los cuidados y orientaciones del clínico, ha dado paso en las últimas décadas a un modelo relacional de manejo compartido o enfoque centrado en el paciente (por ejemplo, Smith 2002). En este enfoque resulta imprescindible la interacción activa entre clínico y paciente pues se considera que éste es un agente activo en el proceso de su malestar o enfermedad. Los clínicos son expertos en trastornos y enfermedades, en los procedimientos diagnósticos y en las opciones terapéuticas disponibles que más se adecuan a los problemas de los pacientes. Por su parte, estos son quienes verdaderamente han experimentado y experimentan la enfermedad o el malestar, viven cotidianamente el impacto que tiene en su vida, conocen su contexto social y personal y por todo ello son los genuinos expertos en su enfermedad. Tener en cuenta las experiencias y puntos de vista de los clientes y promover una interacción que permita conocer estos aspectos a lo largo de todo el proceso de la entrevista implica recoger la información también desde la propia perspectiva del cliente, intentando ver la enfermedad o el malestar «a través de sus ojos», y no sólo desde la perspectiva técnica del clínico. La escucha activa, las preguntas abiertas, los comentarios que reflejan empatía, promover y facilitar que el cliente haga preguntas sobre todo aquello que le preocupa, y cualquier otro recurso técnico que permita mantener una interacción de colaboración a lo largo de toda la entrevista, son por absolutamente imprescindibles. Como señalan Goss, Rossi y Moretti (2011), la buena práctica profesional exige que el clínico explore y recabe información no sólo desde el punto de vista técnico (por ejemplo, síntomas, duración, gravedad, etc.) sino también desde la perspectiva del paciente. Cuando una persona acude a una entrevista clínica, suele tener en mente los temas que quiere abordar, pero también mantiene una serie de expectativas, creencias, temores y preocupaciones sobre dichos temas de los que no siempre es consciente. El clínico debe mantenerse especialmente atento y receptivo a todos esos aspectos y propiciar su desvelamiento en la entrevista, pues de lo contrario no sólo no será capaz de entender lo que le sucede al cliente sino que además no promoverá una relación de colaboración activa, imprescindible para diseñar un adecuado plan de tratamiento que el paciente se sienta motivado a seguir.

En definitiva, tanto el entrevistador como el entrevistado deben comprometerse de manera activa en el proceso, lo que implica abandonar una interacción totalmente asimétrica y situarse en otra más equilibrada en la que sea posible

una relación de colaboración. Lograr este tipo de interacción en una entrevista es responsabilidad, fundamentalmente, del entrevistador, y es sólo en este sentido en el que cabe recordar que en una entrevista los roles del entrevistado y el entrevistador son asimétricos” (Perpiñá, 2012 pp.142-147).

EMPATÍA Y RAPPORT.

Son caracterizados por el autor como los dos requisitos indispensables para cualquier intervención que conlleve interacción entre profesional y cliente o paciente.

Empatía

“Histórica y conceptualmente se ha relacionado con la actitud de simpatizar con el otro (More, 1994), lo que conlleva conexión personal y sentimiento de complicidad. Un simpatizador es alguien que está en armonía con los sentimientos y/o experiencias de otro y además se siente afectado emocionalmente por ello. **La empatía es análoga a la simpatía, pero sin el matiz de afectación emocional personal.** Es decir, la simpatía conlleva un elemento de compromiso afectivo-personal, o una inclinación hacia el otro basada ante todo en el afecto y el agrado que suscita, mientras que en la empatía el compromiso no es, necesariamente, afectivo ni de agrado, sino más bien neutral en ese sentido y, por el contrario, más basado en un aprecio o consideración racional. Por tanto, en la empatía la afectación o implicación emocional-personal es menos (o nada) relevante. Dicho de otro modo: cuando simpatizamos con alguien nos sentimos inclinados afectivamente hacia esa persona porque nos agrada su modo de ser, mientras que empatizar con alguien significa que somos capaces de ponernos en su lugar, de comprender lo que le sucede, de entender sus sentimientos, aunque no nos agrade como persona o no nos sintamos inclinados afectivamente ni de ningún otro modo hacia ella. Además, en la empatía, pero no necesariamente en la simpatía, el compromiso con el otro conlleva una motivación para actuar con una finalidad específica: ayudar a aliviar el sufrimiento o malestar. En suma, empatizar significa comprender al otro, aunque eso no signifique simpatizar con él. Por ejemplo, si alguien nos cuenta un problema, una respuesta de simpatía sería algo así: «siento mucho que hayas pasado por eso, lo lamento mucho», mientras que una de empatía sería más bien esta otra: «comprendo que te sientas mal por eso». Responder empáticamente a un cliente significa intentar

pensar con él, y no en su lugar o sobre él (Brammer, Abrego y Shostrom, 1993).

Entre las muchas definiciones de empatía que se pueden encontrar, resulta obligado mencionar a Carl Rogers, que definió la empatía, en el contexto de la psicoterapia, como «la capacidad, sensibilidad y disposición para comprender los pensamientos, sentimientos y debates internos desde el punto de vista del cliente (p. 85) [...] entrar en el mundo perceptivo privado del otro, ser sensible, en todo momento, a los sentimientos cambiantes que fluyen en la otra persona... dar sentido a aquello de lo que él o ella son escasamente conscientes» (Rogers, 1980, p.142). Otra definición más sencilla, pero que incide en el mismo aspecto central que la anterior, es la que ofrecen Cormier y Nurius (2003): «habilidad para comprender a las personas desde su propio marco de referencia, y no tanto desde el de uno mismo» (p. 65).

En suma, el desarrollo de la capacidad empática implica aceptar, comprender y confirmar la visión del mundo que tiene un cliente sin hacer juicios de valor sobre ese mundo ni sobre el cliente. Y, en la medida en que se trata de una capacidad, está abierta a la posibilidad de desarrollarla y/o mejorarla mediante el aprendizaje. Entre las habilidades a desarrollar y/o potenciar para aumentar la empatía con los clientes, se suelen destacar, entre otras, la tolerancia a la ambigüedad, evitar llegar a conclusiones prematuras o hacer inferencias inadecuadas, la disposición abierta para escuchar y aprender del otro, la receptividad hacia las ideas, sentimientos y comportamientos ajenos y la disposición para la escucha atenta". (Perpiñá, 2012,p 163-164)

Rapport

Se define al rapport como sinónimo de colaboración y compenetración entre entrevistador y entrevistado, como la alianza o establecimiento de una relación de trabajo en la que ambos expresan abiertamente sus pensamientos y sentimientos.

Según diversas investigaciones se definió la calidad del rapport como una relación agradable y de compromiso mutuo, con alto nivel de afecto positivo, atención mutua, relación armoniosa, comunicación tranquila, alto grado de sincronía y simetría en la relación.

El autor propone en el siguiente recuadro los pasos para establecer un buen rapport.

1. **Saludar, presentarnos** y preguntar al cliente **cómo prefiere** que le llamemos.
2. Dedicar unos minutos a **charla informal** (por ejemplo, «¿le ha resultado fácil llegar?», «¿encontró aparcamiento?»).
3. Observar si se siente molesto/a con el **tuteo**. En ese caso (o si hay dudas), preguntar cómo prefiere que nos hablemos (tuteo o de usted).
4. Pedirle **que se siente** en un lugar concreto o dejarle que escoja. Si el lugar lo permite, sentarse sin obstáculos (mesas) entre ambos.
5. Explicar los **objetivos**, el **formato** y la **duración** de la entrevista, así como la confidencialidad de la información que vamos a tratar. En caso de que los resultados vayan a ser comunicados a terceros, pedir su **consentimiento** explícito y explicar los motivos.
6. Preguntar al cliente por sus **expectativas** con respecto a la entrevista, aclarar los aspectos que no comprenda o que le puedan preocupar y **ajustar** sus expectativas a los objetivos reales de la entrevista.
7. Poner de manifiesto que **comprendemos la incertidumbre** del cliente hacia nosotros. Por ejemplo: «comprendo que le pueda resultar difícil hablar con alguien a quien acaba de conocer».
8. **Ayudar al cliente a expresarse**. Muchos clientes tienen dificultades para explicar lo que les sucede, o no saben por dónde empezar, o ignoran si lo que están pensando será relevante, o temen estar olvidando algo que puede que a nosotros nos parezca importante. Una indicación de ayuda podría ser: «muchas veces es difícil saber qué decir para empezar. ¿Qué le parece si empezamos por hablar sobre... qué tal le va en el trabajo... si ha tenido algún problema recientemente con... (etc.)?».

El rapport es la base para establecer una buena “alianza terapéutica” y se debe establecer y mantener en todos y cada uno de los encuentros.