

UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA ACTUACIÓN DEL TERAPEUTA DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA

Maura A. N. Góngora¹
Universidad Estatal de Londrina (Brasil)

Introducción

La entrevista clínica, entendida como interacción verbal entre terapeuta y cliente es, con seguridad, la actividad ejercida con más frecuencia por la mayoría de los psicoterapeutas. Paradójicamente, parece que debido a su familiaridad, la entrevista clínica dejó de llamar la atención sobre su complejidad e importancia como instrumento técnico profesional. Balleweg (1990), Bellack y Hersen (1988) y Sturmey (1996) alertan sobre el hecho de que en los programas de investigación y de docencia de Psicología Clínica, en general, no se le ha dedicado a la entrevista la atención que merece, teniendo en cuenta su relevancia en la práctica de esa área.

Este trabajo pretende ser una contribución para los que se interesan o actúan en la docencia de la entrevista clínica, ya sea en la formación de profesionales del área de la Psicología o en el área de la salud en general. Primero, son presentados algunos conceptos que aclaran la actividad de entrevistar, destacando las dimensiones, contenido y proceso. A continuación se describe la metodología de construcción de un instrumento de evaluación, lista de ítems, incluyendo su configuración final. Se trata de un instrumento que se ha mostrado apropiado para evaluar la actuación de los alumnos, en los programas docentes y de investigación, en aquellas áreas.

La actividad de entrevistar: «contenido» y «proceso»

Al entrevistar, el psicólogo desarrolla dos actividades interrelacionadas: obtener, junto con el entrevistado, las informaciones de interés al mismo tiempo que va estableciendo con éste un cierto tipo de interacción verbal. La primera actividad ha sido denominada «recogida de datos o contenido» y la segunda, «proceso».

¹ *Correspondencia:* Maura A. N. Góngora, Universidade Estadual de Londrina, Dpro. De Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Cx. Postal 6001, 86051-990, Londrina – PR (Brasil).

Estudios desarrollados en el campo de la enseñanza de la Medicina, entre ellos Lovett, Cox y Abou-Saleh (1990), Thiel, Kraan y Vleuten (1991), Whitehouse, Morris y Marks (1984) y de la Psicología (Balleweg, 1990; Duckworth, Radhakrishnan, Nolan y Fraser, 1993; Gongora, 1996; Miltenberger y Fuqua, 1985) han demostrado que la entrevista clínica es un instrumento bastante sofisticado que exige del entrevistador un conjunto de complejas habilidades sociales y técnicas, que pueden ser aprendidas. Por lo tanto, la enseñanza de la entrevista clínica parece implicar, primero, la comprensión de la misma en las dimensiones de contenido y proceso y, segundo, la forma en la que puede ser aprendida y perfeccionada. Puede implicar, además, investigar la mejor forma de enseñarla.

Contenido

En Psicología, la entrevista se ha conocido como instrumento para recoger datos, siendo caracterizada como uno de los instrumentos de relato verbal semejante a los cuestionarios, a los inventarios y a las escalas, recibiendo también todas las críticas tradicionalmente dirigidas a ese tipo de instrumento. Sin embargo, en la situación clínica, cuando se compara con otra alternativa de recogida de datos como la observación directa, la entrevista ha presentado algunas ventajas. En Silvares y Gongora (1998) se describen algunas de las dificultades más importantes de la observación directa en la situación clínica: puede demandar mucho tiempo y un elevado costo mientras suministra, proporcionalmente, pocas informaciones; es posible que no detecte comportamientos de baja frecuencia y que no se adecúe para la detección de aquellos de naturaleza más íntima, como los sexuales. Además, no se aplica directamente a los comportamientos encubiertos, reconocidos, de gran importancia clínica. Debido a estos y otros límites, se dió, en la opinión de Bellack y Hersen (1988), un cierto desencanto con la observación directa entre los terapeutas comportamentales.

La entrevista clínica, a su vez, ha sido indicada por psicoterapeutas comportamentales como extremadamente necesaria y adecuada para establecer los primeros contactos con el cliente, identificar sus problemas y objetivos, obtener datos para formular hipótesis, indicar otras formas de evaluación y acompañar al propio proceso terapéutico (Sturme, 1996), (Keel et al., 2000). Además, puede constituirse en el propio instrumento de intervención terapéutica (Kohlenberg y Tsai, 1991).

Ollendick y Hersen (1984) recuerdan que la entrevista es un instrumento muy flexible, ya que permite tanto la obtención de informaciones muy amplias como muy específicas. Esta flexibilidad, sumada a la posibilidad de autocorrección inmediata, característica de los intercambios verbales, confieren a la entrevista un grado apropiado de confianza como instrumento de recogida de datos. Es el proceso de entrevistar que garantiza la fiabilidad de los datos obtenidos e incluso permite al entrevistador detectar cuando esto no se está produciendo (Silvares y Góngora, 1998).

En lo que se refiere a la especificidad de las informaciones clínicamente relevantes, estas se encuentran ampliamente sugeridas en los manuales que enumeran qué

datos deben ser obtenidos con la entrevista clínica. En el caso de la entrevista comportamental, los principales datos deben ser aquellos que permitan al psicoterapeuta desarrollar un análisis funcional de los problemas presentados por el cliente.

Proceso

Los estudiosos del enfoque no directivo fueron los primeros en llamar la atención sobre la complejidad de lo que ocurre durante la entrevista clínica en la relación terapeuta-cliente. La década de los 70 fue especialmente rica en ese tipo de estudios, representados, entre otros, por Benjamin (1978), Mucchielli (1978) y Rogers y Rosenberg (1977).

Cuando nos referimos al proceso, se entiende que entrevistar involucra una interacción, predominantemente verbal, entre el entrevistador y el entrevistado. Es muy diferente a hacer preguntas, como en un cuestionario. Aunque implique la utilización de estrategias previamente planeadas, la entrevista mantiene un cierto grado de improvisación propio de las situaciones de interacción entre personas. De esta forma, cada entrevista es única.

Desde el punto de vista del análisis del comportamiento, es importante recordar que el proceso de entrevistar puede ser interpretado de acuerdo con un paradigma operante (Kanfer y Phillips, 1974). En este caso, la dimensión proceso se refiere a la forma en que se desarrolla cada entrevista en particular; un proceso que resulta de una compleja interacción entre variables de la situación, del terapeuta y del cliente.

En la evaluación de la fiabilidad de las informaciones obtenidas en la entrevista hay que considerar la interferencia de esas variables. Tratándose de la entrevista clínica, los comportamientos específicos del terapeuta determinarán, en gran parte, el tipo de material verbal que será producido por el cliente. Siendo así, sería un error interpretar los resultados de una entrevista como la simple expresión del pensamiento, de la personalidad o de la experiencia del cliente (Kanfer y Phillips, 1974). Las variables que controlan el comportamiento verbal (y, por lo tanto, las interacciones verbales que constituyen la entrevista) se encuentran analizadas ampliamente en Skinner (1957).

Concluyendo, Silvares y Gongora (1998) recuerdan que los conocimientos actuales sobre el comportamiento verbal y las principales variables que pueden interferir en el proceso de entrevistar, permiten a los psicoterapeutas trazar límites en la aplicación de ese instrumento y, también, perfeccionarlo. Ese esfuerzo ha resultado en la elaboración de numerosas técnicas de entrevista, que representan la lucha de los profesionales por controlar variables extrañas y, así, maximizar la fiabilidad de los datos obtenidos.

Habilidades para entrevistar

La literatura sobre esta área, habilidades para entrevistar, es bastante rica en la descripción de estrategias de entrevista, que, en su conjunto, han sido referidas

como método de entrevista. Dichas estrategias no son nada más que comportamientos presentados, de forma sistemática, por el terapeuta (entrevistador), los cuales acaban en la obtención, conjuntamente con los clientes, de los resultados esperados de la entrevista. Por ello esas estrategias se denominan «habilidades» del terapeuta. Entre las categorías de habilidades más conocidas se encuentran las *empáticas*; las *no verbales*, tales como el contacto visual, la postura corporal el tono de voz; las de *preguntar*, principalmente en relación con la elaboración de preguntas abiertas o cerradas; las de *operacionalizar informaciones*; las de *reflejar sentimientos*; las de *parafrasear*; las de *resumir informaciones*; las de *controlar la entrevista*; las de *secuenciar*; las de *oír*, entre otras (Silvares y Gongora, 1998).

Algunas habilidades se refieren más a la dimensión proceso, por ejemplo, «reflejar sentimientos», mientras otras se refieren más a la dimensión de contenido, por ejemplo, «operacionalizar la información».

En resumen, la expansión de los estudios sobre las habilidades de entrevistar se derivan de la constatación de que comportamientos verbales y no verbales del terapeuta tienen efectos significativos sobre el comportamiento del cliente y sobre las informaciones suministradas por él. Por medio de la identificación y definición de los comportamientos más apropiados para conseguir los resultados esperados con la entrevista, se puede especificar los comportamientos más indicados para componer el repertorio de habilidades del terapeuta. Como consecuencia de eso, son necesarias condiciones apropiadas y sistemáticas de docencia para desarrollar el complejo repertorio de habilidades para entrevistar, esperado de ese profesional.

Programas para la enseñanza

Investigaciones realizadas en cursos de graduación en Medicina y en Psicología han demostrado la eficacia de cuatro componentes de programas para la enseñanza de la entrevista clínica: 1) manuales escritos, para los alumnos, presentando conceptos e instrucciones básicas sobre el asunto; 2) desarrollo, por todos los alumnos, de la entrevista en una situación simulada; 3) puesta en práctica también en una situación natural; 4) los alumnos reciben retroalimentación inmediata de su actuación en ambas situaciones. Además de los cuatro elementos mencionados, listas de ítems relevantes para la retroalimentación, acompañados de escalas de evaluación, han sido útiles para agilizar los programas docentes (Thiel, Kraan y Vleuten, 1991; Duckworth, Radhakrishnan, Nolan y Fraser, 1993; Góngora, 1996). Esas listas de ítems posibilitan, al mismo tiempo, informar al alumno, con precisión, la actuación que se espera de él y la recogida de datos para la investigación.

El trabajo que se presenta aquí, fue desarrollado por la autora, en un programa de investigación y docencia con alumnos del curso de graduación en Psicología, en una disciplina introductoria a la Psicología Clínica, con enfoque en el Análisis del Comportamiento. El programa investigado incluye todos los elementos menciona-

dos anteriormente, pero, como no había un instrumento de evaluación apropiado, se pasó a elaborar la lista de ítems aquí descrita.

En este informe no se pretende describir los elementos del programa docente, ya que gran parte de ellos se encuentran publicados en Góngora (1996) y en Silveira y Góngora (1998). Simplemente se trata de presentar la lista de ítems, incluyendo el método con el que fue elaborada y sus características como instrumento de evaluación.

Metodología

Procedimientos preliminares

Inicialmente, en los procedimientos de retroalimentación del programa anteriormente referido, fueron utilizadas hojas de respuesta en las que cada alumno marcaba, en dos columnas separadas, sus retroalimentaciones positivas y negativas, antes de presentárselas, oralmente, al alumno entrevistador. Esa era una forma de sistematizar las retroalimentaciones, en un intento de agilizar esa actividad que suele ser muy demorada cuando toda la clase presenta retroalimentaciones al final de cada entrevista observada, como era el caso. Este procedimiento sistemático disminuyó el tiempo utilizado, aunque seguía siendo muy largo y muchas veces se mostraba poco productivo, ya que era frecuente que diversos alumnos repitieran la misma retroalimentación, cambiando simplemente las palabras. Por otro lado, se verificó en la réplica de ese procedimiento, con varios grupos, que algunos temas se repetían con mucha frecuencia y se notó, también, que a pesar de la variabilidad, las retroalimentaciones, en general, se distribuían en torno a determinadas actuaciones que se esperaban del alumno terapeuta. Se decidió, de esa forma, sistematizar las retroalimentaciones más frecuentes o más semejantes en temas, transformándose después en una lista con ítems definidos. Las hojas de respuesta de 40 alumnos, distribuidos en dos grupos diferentes, proporcionaron el contenido de donde fueron seleccionados los ítems de la primera versión de la lista de comprobación. Esta, después de ser aplicada a más 50 alumnos de cinco grupos diferentes, recibió diversas reformulaciones, produciéndose, como resultado, el instrumento final presentado en el cuadro I. Es importante destacar que las retroalimentaciones fueron hechas por los alumnos, basadas, grandemente, en las informaciones de un manual con fundamentación en la literatura del área.

Configuración del instrumento

La elección del instrumento

La lista de ítems demostró ser el tipo de instrumento más apropiado para atender a las metas referidas de agilizar los procedimientos de retroalimentación y, además,

hacerlos lo suficientemente objetivos para permitir su utilización no sólo en la docencia sino también en la investigación.

Validez interna

Aunque las listas de ítems al no ser instrumentos normatizados, no exigen validez externa, no pueden prescindir de la validez interna, es decir, sus ítems deben cubrir los comportamientos de interés que se desean evaluar. Las fuentes a partir de las que obtuvieron los ítems, hojas de respuestas con las retroalimentaciones de los alumnos y revisión de la literatura, le dan al presente instrumento la validez interna necesaria.

La elaboración de los ítems

Los ítems no siempre se refieren a una única variable o a variables discretas. Muchos de ellos describen, o simplemente citan, una amplia clase de respuestas. En este caso, su utilidad está en localizar e, incluso, cuantificar las áreas o clases de comportamiento de interés (tanto para retroalimentaciones positivas como negativas). Sin embargo, estas se deberán explicar mejor oralmente, cuando se presenten al alumno durante la evaluación; es decir, se trata de un instrumento auxiliar de las retroalimentaciones.

La composición de los ítems

Se incluyeron tanto aquellos ítems obtenidos de retroalimentaciones positivas como de las negativas. Esto significa que los ítems no representan, necesariamente, las dificultades de los alumnos; no obstante, intentan destacar las habilidades que se mostraron importantes para un entrevistador.

Los ítems del número 1 al 27 se refieren al «proceso» de entrevistar, del 28 al 35 al «contenido» y el ítem número 36 a la «autoevaluación» del nivel de ansiedad del entrevistador. Los ítems de proceso y contenido describen habilidades esperadas de los alumnos terapeutas. El proceso se refiere a la forma de conducir la entrevista y relacionarse con el cliente; el contenido se refiere al tipo y calidad de las informaciones que se buscan, es decir, aquello que se quiere saber con la entrevista. De esta forma, tratan de obtener datos apropiados a una evaluación comportamental.

El número de ítems

El número de ítems que compone la lista, 36, demostró ser un número razonable, ya que un instrumento conteniendo más de 40 ítems podría ser poco práctico para ser aplicado en la rutina de una disciplina regular, mientras que un número infe-

rior a 30 podría no cubrir las habilidades mínimas necesarias para el entrenamiento de una entrevista inicial completa.

La escala

El instrumento final contiene un total de 36 ítems. De estos, del 1 al 35 son evaluados en una escala de tres puntos, con los conceptos «inadecuado», «regular» y «adecuado». Fue escogida la escala de 3 puntos para 35 de los 36 ítems por ser considerada de fácil discriminación y respuesta.

La dimensión escogida para la puntuación de la escala, «grado de adecuación» de la actuación del alumno pareció apropiada para un programa de enseñanza de habilidades cuyas retroalimentaciones intentan indicar la dirección en la que la actuación debe mejorar. No sería adecuado, por ejemplo, una evaluación del tipo correcto o equivocado.

Los examinadores

Todos los ítems del 1 al 35 pueden ser evaluados tanto por observadores como por el propio entrevistador. Pero el ítem 36, «nivel de incomodidad», que mide el grado de ansiedad del entrevistador, sólo puede ser evaluado por él mismo.

La cuantificación de los resultados

Es posible realizar el cálculo de un índice general de la actuación del alumno que permite comparar los resultados cuantitativos de diferentes aplicaciones. Esto puede realizarse atribuyendo diferentes valores a las respuestas —adecuado, regular e inadecuado— por ejemplo, 0, 0,5 y 1 respectivamente. El total de puntos se constituye en el índice general de la actuación.

Finalmente, aunque no se trate de un instrumento normatizado, se pueden definir algunos índices aceptables para la actuación evaluada por la lista de ítems. Así, hasta un 20% de dificultades, o sea, de ítems señalados como regulares o inadecuados, puede ser considerada como una buena actuación; del un 20% a un 30% de dificultades ya es una actuación regular que merece más entrenamiento y superior al 30% de dificultades puede ser considerada una actuación insuficiente que necessita entrenamiento intensivo. Nótese que, desde un punto de vista cualitativo, toda evaluación como inadecuada precisa de más entrenamiento.

Cuadro 1

Lista de ítems para la retroalimentación de la actuación en la entrevista clínica

ENTREVISTADOR: _____

EVALUADOR: _____

SEÑALAR:

- I** = Inadecuado
- R** = Regular
- A** = Adecuado

Fecha ____/____/____
Duración _____min.

	I	R	A
1.- Saludo inicial y forma de presentarse al cliente	()	()	()
2.- Comportamientos referentes a las anotaciones de los datos	()	()	()
3.- Calidad de las interacciones iniciales	()	()	()
4.- Transición de la fase inicial hacia el desarrollo de la entrevista: forma de entrar en el asunto	()	()	()
5.- Informaciones sobre la clínica, proporcionadas al cliente: precisión y suficiencia	()	()	()
6.- Demostración del control emocional ante las informaciones y comportamientos presentados por el cliente	()	()	()
7.- Utilización de preguntas cerradas y abiertas: adecuación del momento y de la cantidad	()	()	()
8.- Postura(s) adoptada(s) durante la entrevista	()	()	()
9.- Voz del terapeuta: volumen, entonación, ritmo	()	()	()
10.- Expresión facial presentada en el transcurso de la entrevista (Cuando sea posible observar, sería indicado incluir aquí el contacto visual)	()	()	()
11.- Gestos presentados durante la entrevista	()	()	()
12.- Grado en que la situación de entrevistar estuvo bajo el control del terapeuta	()	()	()
13.- Introducción de consejos: oportunidad y adecuación	()	()	()

- 14.- Mantenerse dentro de los objetivos de la entrevista: pertinencia de los contenidos abordados () () ()
- 15.- Duración dentro del límite de tiempo () () ()
- 16.- Formulación de preguntas completas () () ()
- 17.- Utilización de lenguaje accesible () () ()
- 18.- Comportamiento de «escucha»: no interrumpir conversaciones pertinentes del cliente () () ()
- 19.- No formular preguntas inductoras () () ()
- 20.- Grado de interferencia de los valores personales del terapeuta () () ()
- 21.- Tipo de interferencia del humor del terapeuta () () ()
- 22.- Grado de atención y concentración del terapeuta () () ()
- 23.- Utilización de recursos variados al entrevistar () () ()
- 24.- Presentación de empatía en el transcurso de la entrevista () () ()
- 25.- Mantener la secuencia en la entrevista: continuidad entre la conversación del cliente y la del terapeuta () () ()
- 26.- Resumir () () ()
- 27.- Calidad de la terminación y de la despedida () () ()
- 28.- Obtención de datos personales y familiares del cliente: suficiencia . () () ()
- 29.- Identificación de la naturaleza del problema o de la queja () () ()
- 30.- Grado de operacionalización de las informaciones obtenidas () () ()
- 31.- Obtención de aspectos históricos del problema: suficiencia () () ()
- 32.- Obtención de datos referentes a los acontecimientos y circunstancias relacionados con el problema () () ()
- 33.- Obtención de datos referentes a las dimensiones del problema () () ()
- 34.- Obtención de datos referentes a las condiciones generales de salud del cliente () () ()
- 35.- Formulación de preguntas que piden causas: adecuación () () ()
- 36.- Nivel de incomodidad: autoevaluación del entrevistador. Señalar: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ó 10.

Consideraciones finales

El predominio, en la lista de ítems, de habilidades de proceso, ha sido útil por tratarse de los primeros pasos del entrenamiento clínico. Es de señalar que la validez de los datos obtenidos en la entrevista clínica depende, fundamentalmente, del proceso de entrevistar. Por otro lado, enseñar a los alumnos las habilidades de proceso ya es una forma de prepararlos para las complejas habilidades presentes en la relación terapéutica. Además, ese aprendizaje les ayuda a diferenciar la entrevista clínica de la simple aplicación de un cuestionario; a la hora de entrevistar no es suficiente ni apropiado, la simple formulación de preguntas.

Es preciso destacar, además, que esta lista de ítems fue elaborada para uso interno de una materia, siendo utilizada después de la lectura de un texto (manual) que facilita la comprensión de sus ítems. Por eso, la redacción de los mismos se presenta bastante sucinta. No sería adecuado, por lo tanto, utilizarla sin el acompañamiento de un texto, a no ser que sus ítems vinieran acompañados de una explicación.

La lista de ítems, aquí presentada, se ha mostrado útil como instrumento auxiliar para los procedimientos de retroalimentación, tanto con finalidad docente como de investigación, en programas para la enseñanza de la entrevista clínica inicial. Además de agilizar los procedimientos de retroalimentación, ha sido importante para definir a los alumnos la actuación que se espera de ellos.

Referencias

- Balleweg, B. J. (1990). The Interviewing Team: an exercise for teaching assesment an conceptualization skills. *Teaching of Psychology*, 17, 241-243.
- Bellack, A.S. y Hersen, M. (1988). *Behavioral assesment: a practical handbook*. Nueva York: Pergamon.
- Benjamin, A. (1978). *A entrevista de ajuda*. São Paulo: M. Fontes.
- Duckworth, M. S., Radhakrishnan, G., Nolan, M.E. y Fraser, W. I. (1993). Initial encounters between people with a mild mental handicap: an investigation of a method of evaluating interview skills. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 263-276.
- Gongora, M.A.N. (1996). Desempenho dos alunos en entrevista de triagem de uma clínica-escola. En R.M.L.L. Carvalho (dir.). *Repensando a formação del Psicólogo: da informação a la descobert* (pp. 155-168) Campinas: Átomo.
- Iwata, B. A., Wong, Riordan, M.M., Dorsey, M. F. y Lau, M.M. (1982). Assesment and training of clinical interviewing skills: analogue analysis and field replication. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 191-203.
- Kanfer, F. y Phillips, J.S. (1974). *Princípios da aprendizagem en la terapia comportamental*. São Paulo: EPU.
- Keel, P.M., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L. y Crow, S.J. (2000). Social adjustment over 10 years following with bulimia nervosa diagnosis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 21-28.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- Lovett, L.M., Cox, A. y Abou-Saleh, M. (1990). Teaching psychiatric interview skills. *Medical Education*, 24, 243-250.

- Miltenberger, R.G. y Fuqua, R.W. (1985). Training behavioral interviewers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 323-328.
- Miltenberger, R. G. y Veltum, L.G. (1988). Evaluation of an instructions and modeling procedure for training behavioral assesment interviewing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 31-41.
- Mucchielli, R. (1978). *A entrevista no-diretiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ollendick, T. H. y Hersen, M. (1984). *Child behavioral assesment: principles and procedures*. Nueva York: Pergamon.
- Rogers, C. R. y Rosenberg, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU.
- Silvares, E.F.M. y Góngora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserción da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Skinner, B.F. (1957). *Verbal behavior*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Thiel, J.V., Kraan, H. F. y Vleuten, C. P. M. V. (1991). Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. *Medical Education*, 25, 224-229.
- Sturmey, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Nueva York: Wiley.