

REPASANDO EN AP

La entrevista clínica al adolescente en atención primaria

Pírez Mora G

Psiquiatra Infanto-Juvenil. Psicoterapeuta y terapeuta familiar. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Vecindario, Las Palmas, España

CORRESPONDENCIA

Guillermo Pírez Mora
E-mail: guillermo.pirez@hotmail.es

Recibido el 02-06-2021; aceptado para publicación el 06-07-2021
Med fam Andal. 2021; 2: 100-103

Realizar una entrevista clínica a un/una adolescente supone un sobreesfuerzo para conseguir **captar la atención** de aquella persona a quien queremos ayudar, y generar un ambiente de **confianza** necesario para que la entrevista no se limite de forma ineficiente respondiéndonos con monosílabos. El máximo exponente del fracaso sería que nos responda única y exclusivamente aquello que nosotros queramos oír.

Los jóvenes serán nuestros pacientes más **exigentes**, ya que se caracterizan por tener una sensibilidad exquisita para identificar en nosotros nuestra aceptación o rechazo, incluso antes de que nosotros/as mismos podamos ser conscientes de ello. Sus **intereses**, objetivos vitales, aficiones, temas de conversación e ideologías, en la mayoría de los casos distarán enormemente de los nuestros. Incluso en ocasiones, podremos llegar a estar en total desacuerdo con sus motivaciones.

Algunos autores parten de la premisa de que es necesario que nos guste y deseemos tratar con adolescentes¹, cuestión ampliamente debatible, dado que en muchas ocasiones ninguna de las dos partes tiene capacidad de elección.

No obstante, resulta incuestionable el hecho de que para que podamos lograr captar adecuadamente su atención efectiva y conseguir una adecuada relación terapéutica, es condición *sine quanon* conocer las herramientas necesarias y saber aplicarlas.

DEL "PASADO" AL "PRESENTE"

Pasado

El enfoque clásico de entrevista (que en muchas ocasiones puede emanar instintivamente de nuestro interior), estará abocándonos al fracaso más absoluto. Éste nace de la experiencia vital y laboral, de nuestras vivencias y nuestro conocimiento profesional como expertos en Medicina, habituados a realizar numerosas entrevistas clínicas diariamente. Hablamos de la **relación terapéutica en vertical**. Este se fundamenta en considerar al individuo a entrevistar (paciente) como el portador de un problema, o incluso en muchas ocasiones, como el problema en sí mismo. Así se erige al profesional sanitario como experto del conocimiento, y el adolescente pasaría a ser un sujeto pasivo de nuestra intervención. Según este enfoque, inconscientemente nuestro objetivo primario será obtener la información necesaria para emitir un diagnóstico y pautarle un tratamiento (bien sea farmacológico o no).

Este tipo de intervención está abocada a la ineficacia terapéutica desde su base².

Presente

En contraposición, los nuevos modelos de entrevista (ya aplicados desde hace varios lustros) conciben a los individuos (también denomina-

dos pacientes, y quienes en nuestro caso serán los adolescentes), como una parte activa de su propio proceso de cambio. Se trata de una **relación terapéutica horizontalizada**: el médico es un profesional sanitario (nunca un “colega”) y el adolescente busca información para poder tomar las decisiones más correctas para su salud. Este es el **modelo colaborativo**. Es el paradigma de la eficacia en la entrevista al adolescente. Sus características se describen a continuación:

- En el modelo colaborativo se favorece el **empoderamiento**, ayudando al adolescente a alcanzar varios targets:
 1. Identificar adecuadamente su problema y los condicionantes del mismo,
 2. Analizar las posibles soluciones y
 3. Guiarle para que realice la elección idónea.
- La existencia de un **flujo de información bidireccional** será un requisito básico. Se proporciona la información útil y necesaria para el adolescente, teniendo en cuenta que él/ella mismo/a nos orientará acerca de qué información le resulta útil. Se concibe al adolescente como un/a experto/a en sí mismo/a.
- La entrevista es un **proceso dinámico**, en constante evolución: el médico va modulando la información clínica que le comunica al adolescente, en función a las respuestas obtenidas del mismo. La información que vamos recibiendo, será procesada por nuestra parte para así poder individualizar de la forma más precisa posible nuestras intervenciones.
- En el caso de que ofrezcamos algún consejo, siempre se fundamentará en las **necesidades del/la adolescente**.

Los objetivos para alcanzar y los beneficios que nos reportará son:

- Nos permite recopilar información válida
- Genera cercanía y confianza con el paciente, ofreciéndole información personalizada, fomentando su autonomía.

- Crearemos adolescentes operativos, con una adecuada capacidad para tomar sus propias decisiones de forma razonada¹. Lo opuesto, sería intentar tratar de persuadirle.
- En resumen, nuestro principal objetivo será ayudarle a decidir por sí mismo.

CONDICIONES NECESARIAS

Los ingredientes necesarios para que nuestra intervención sea exitosa son:

- Interés genuino por ayudar,
- Tiempo (tan frecuentemente escaso en nuestro día a día en la consulta) y escucha activa, intentando fomentar la espontaneidad del discurso, dejándole hablar libremente (con las interrupciones mínimas necesarias)¹, y
- Experiencia profesional (conforme más nos esforzamos, ésta irá incrementándose exponencialmente).

FACTORES DECISIVOS

1. CONFIDENCIALIDAD Y DERECHO A LA INTIMIDAD

Sin esta premisa, no habrá relación terapéutica. Nos encontraremos ante un/una adolescente “bloqueado/a” que no participará de forma activa en nuestra valoración. Se limitará a responder monosilábicamente “sí” o “no”, o incluso puede llegar a negarse a respondernos. Obviamente la encrucijada como terapeutas se creará cuando la demanda de los progenitores vaya en contra de la intimidad del/la adolescente. El/la adolescente, ha de tener diáfano claro que nunca romperemos la confidencialidad; únicamente nos veremos en la obligación legal de transgredirla cuando se priorice un riesgo vital hacia el propio adolescente o a terceros.

Se recomienda que, previamente a la devolución con los padres, **consensuemos** con el adolescente la información que vayamos a proporcionarles a ellos.

2. CONFIANZA

La RAE la define como la “*Esperanza firme que se tiene de alguien o algo*”³. Obviamente, el/la adolescente deberá confiar en nosotros; si no, no existirá eficacia alguna en nuestra intervención. Pero no debemos olvidarnos de confiar también nosotros en él/ella, **aceptándole/a incondicionalmente** (conviene destacar que esto no implica dar por válida su conducta, sino a él/ella como individuo). Si ambos dos factores sí se presentan, finalmente el propio adolescente podrá confiar en sí mismo/a.

Debemos hacerle saber que sí somos capaces de entender lo que le sucede, independientemente de nuestra opinión acerca de su conducta⁴.

3. EMPATÍA

Según la RAE, empatía significa: << *Sentimiento de identificación con algo o alguien*>>⁵. Si nos limitamos a cumplir con la definición de la RAE, fracasaremos ya que estaremos poniéndonos en su lugar, pero razonando en relación con nuestras propias vivencias. Ser empático supone “*acceder a la subjetividad de la persona con la que estamos trabajando*”; así conseguiremos convertirnos “*en la caja de resonancia de sus emociones... haciéndonos eco de sus vivencias*”⁶. No conviene confundir la empatía (nos ayudará) con la simpatía (nos sesgará en nuestra intervención). Para ser empático debemos “ponernos en la piel” del otro, con sus vivencias; en cambio, el hecho de ser simpático conlleva una inclinación afectiva a favor de alguien, y esto inevitablemente nos dificultará realizar una correcta entrevista clínica y por ende una adecuada valoración^{7,8}.

4. VÍNCULO TERAPÉUTICO

Es la esencia de la relación terapéutica. A pesar de que serán los padres del adolescente quienes decidirán en primera instancia si nuestra intervención tendrá continuidad o no; serán los propios adolescentes quienes nos permitirán que seamos sus profesionales sanitarios de referencia. Para ayudar al menor, hemos de obtener la aceptación de los padres, pero nuestro objetivo real ha de ser ganarnos la plena **confianza** del/la adolescente.

TÉCNICAS ÚTILES

A continuación se describen las técnicas de entrevista más relevantes:

Preguntas facilitadoras:

Con ellas le hacemos saber que otras personas también han pasado o están pasando por la misma situación anómala. Saber que “todo lo malo no sólo me pasa a mí”, en ocasiones puntuales alivia bastante. Son específicamente útiles a la hora de tratar temas delicados para el adolescente (sobre todo aquellos con gran carga emocional)¹.

Reflejo simple o paráfrasis:

Es una técnica de escucha activa que consiste en repetir o reformular una idea que previamente ha expresado nuestro/a paciente. Ayuda a sentirse entendido, reforzando la conexión médico-paciente y la confianza entre ambos^{8,9}.

Clarificación:

Consiste en aclarar un concepto ambiguo, pidiéndole a nuestro/a adolescente que especifique el significado concreto de una palabra o concepto^{8,9}.

Resumen:

Sintetizar lo referido por el/la paciente enfatizando lo más importante. Especialmente útil al final de las entrevistas, así nos aseguraremos de haberle entendido correctamente y además nos proporcionará un resumen de los puntos estratégicos^{8,9}.

RECOMENDACIONES BÁSICAS APLICABLES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Las **preguntas abiertas** al comienzo de la entrevista le ayudarán al adolescente a realizar una adecuada toma de contacto, que incrementa su confianza hacia nosotros, conformándose un entorno amable y directivo, no cuestionador. De esta forma conseguiremos que las respuestas no se limiten a simples “sí” o “no”; no nos encontraremos ante un “interrogatorio” y el adolescente se podrá explicar libremente e incluso reflexionar en voz alta⁹.

- **Huir del modelo directivo** de información: posiciona al médico como experto, crea distancias irreversibles y nos hace perder información relevante.
- La previsión de cualquier adolescente es que le vayan a “**dar la chapa**”; están esperando que les “echemos la bronca” o les “comamos la bola”, del mismo modo que ya han hecho sus padres previamente. Convertirnos en simples repetidores del discurso de sus padres es un error imperdonable que inevitablemente hipertrofiará las barreras intergeneracionales preexistentes, más todavía. Evitar caer en este error tan común, nace de la empatía.
- **No confundir** relación terapéutica con **amistad**¹⁰.
- “**Rodar con las resistencias**” intrínsecas de los adolescentes nos ayudará a reforzar el vínculo terapéutico. Se sentirán escuchados de forma genuina (quizá por primera vez en mucho tiempo). Reconocer y reflejarle sus propias objeciones a nuestra intervención, potenciará un pensamiento crítico. Esta nueva perspectiva le ayudará a concebir con más realismo la posibilidad real de cambio, fomentándose así una búsqueda activa de soluciones¹.
- Las **preguntas concretas** nos ayudarán (a lo largo de la entrevista) a perfilar el tema, generar confianza e incluso favorecer la comunicación de temas sensibles (miedo, culpa, vergüenza...)⁹.
- **No enjuiciar**, ya que la adolescencia se rige por la ambivalencia. Por ejemplo, para nosotros resulta una obviedad que las conductas de riesgo se deben evitar; el adolescente, dudará acerca de la posibilidad de cambio.
- No **etiquetar** al adolescente, ofreciéndole un espacio en el que resolver sus dudas sin ser cuestionado ni criticado, le será de gran ayuda.
- No **diagnosticar** antes de finalizar la entrevista. Será la propia evolución de la entrevista la que nos guiará en el proceso diagnóstico. Al final del proceso evaluador determinaremos la existencia o no de un trastorno, su intensidad y repercusión, la concomitancia clínica y la necesidad de tratamiento y/o derivación a otro especialista.
- Fomentar y aprovechar la **motivación**: Los deseos (como motor de cambio), y la búsqueda incesante de una proyección vital (desarrollo personal), serán el combustible del cambio. “*Trabajar con adolescentes es ser cultivadores de deseos*”¹.

FINANCIACIÓN

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Lázaro PJ. La entrevista clínica al adolescente. JANO. 2009. https://www.academia.edu/6910916/Desarrollo_profesional_La_entrevista_cl%C3%ADnica_al_adolescente [Consultada el 14 de mayo de 2021]
2. World Human Organization (WHO). Sabaté E et al. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 2003. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1. [Consultada el 14 de mayo de 2021]
3. Real Academia Española (Asociación de Academias de la Lengua Española). <https://dle.rae.es/confianza>. [Consultada el 21 de mayo de 2021].
4. Covey S. La velocidad de la confianza. Paidós; 2012
5. Real Academia Española (Asociación de Academias de la Lengua Española): <https://dle.rae.es/empat%C3%ADa>. [Consultada el 21 de mayo de 2021].
6. Ortigosa Quiles JM, Méndez Carrillo FX. Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya); 2014.
7. Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. Med Clin. 2011;136(9):7. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.06.032>
8. Miller W, Rolnick S. La Entrevista Motivacional: Ayudar a las personas a cambiar. Paidós; 2013.
9. Rodríguez Vega B et al. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.; 2004.
10. Kanfer FH, Goldstein AP. (Eds.). Pergamon general psychology series, Vol. 52. Helping people change: A textbook of methods (4th ed.). Pergamon Press; 1991.