



<http://www.medicosdeelsalvador.com>

Este artículo médico salió de la página Web

[Médicos de El Salvador](#)

Fue escrito por:

[Dra. Ana Isabel Avalos](#)

Médico Psiquiatra

<http://www.medicosdeelsalvador.com/doctora/avalos>

Todos los derechos reservados.

Prohibida su reproducción.

# RELACION PACIENTE TERAPEUTA.

DOCENTE DRA. ANA ISABEL AVALOS  
MEDICO PSIQUIATRA.  
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA.  
UNIVERSIDAD DR JOSE MATIAS DELGADO.



# RELACION TERAPEUTA PACIENTE.

- Es una relacion interpersonal que se inicia desde el primer contacto con el paciente, y aun desde antes si se tiene en cuenta los preconceptos con los cuales el paciente y a veces el terapeuta llega a la entrevista.



# RELACION TERAPEUTA PACIENTE.

- **DIAGNOSTICO:** Fundamentado en lo que el paciente describe y relata de viva voz. Lo que nos muestra con sus gestos, actitudes movimientos (lenguaje no verbal)
- Hay una **ACCION TERAPEUTICA** en su actitud frente al paciente (contratransferencia), forma parte de los intentos conscientes y profesionalizados para modificar una situación emocional o mental que aqueja al consultante.
- **NO EXISTEN LIMITES PRECISOS ENTRE LA ACCION TERAPEUTICA Y DIAGNOSTICA.**

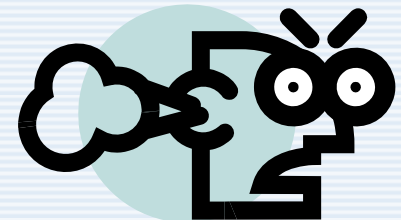


# HAY MAS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS NO DIAGNOSTICADOS DE LO QUE PARECE

- Entre 30 y 60 % de PACIENTES HOSPITALIZADOS tienen trastornos psiquiátricos diagnosticables que pasan inadvertidos por tener no técnicas de entrevista adecuadas.
- Los Trastornos Psiquiátricos:
  - Aumentan los promedios de estancia intrahospitalaria.
  - Aumentan la aparición de patologías orgánicas.
  - Aumentan la mortalidad de los pacientes.
- En Consulta Externa: TODOS los pacientes tienen quejas de SINTOMAS EMOCIONALES que inciden en el CURSO DE LA ENFERMEDAD y en la actitud del paciente frente al tratamiento.
- LOS PACIENTES CONSULTADORES CRÒNICOS, padecen trastornos psiquiátricos no tratados: probablemente enfermedades psicósomáticas.



Dra. Ana Isabel Avalos



# LA ENTREVISTA:

- No ha dejado de ser el principal instrumento para conocer al paciente: sus dificultades, la naturaleza de sus problemas, trastornos médicos o psiquiátricos y sus relaciones de cualquier orden desde una perspectiva histórica.
- Finalmente permite elaborar el examen mental.



# LA EXPLORACION PSICOLOGICA PRETENDE:

- Precisar la conflictiva del paciente.
- Ventilar vivencias, fantasías, sueños para apreciar la dinámica emocional de las personas.
- Todo lo anterior de una manera espontánea y libre.
- ES INDISPENSABLE CREAR UN ESCENARIO FISICO, AFECTIVO Y PROFESIONAL PROPICIO PARA BRINDAR AL PACIENTE LA OPORTUNIDAD DE BRINDARSE A SI MISMO, LEJOS DE CUALQUIER CRITICA O CENSURA.



# DOS ASPECTOS DE LA EVALUACION DEL ESTADO MENTAL Y EL EXAMEN PSIQUIATRICO:

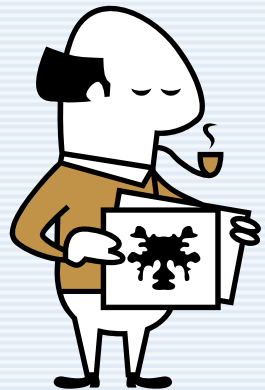
- **SUBJETIVO:** todo aquello que el paciente relata.
- **OBJETIVO:** aquella información que obtenemos de observar la conducta no verbal del paciente y que corresponde a los juicios de valor que da el medico a una condición observada a partir de su propio conocimiento y experiencia, lo cual debe dar la mayor garantía de “objetividad”.





# TECNICA DE ENTREVISTA:

- Una buena actitud profesional por parte del terapeuta es la base:
- GARANTIZA:
- Una ENTREVISTA PRODUCTIVA y un PRONOSTICO POSITIVO PARA EL ÉXITO DE LA RELACION TERAPEUTA PACIENTE.
- Asegura la COLABORACION y ADHERENCIA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA A LAS PROPUESTAS TERAPEUTICAS.



# GENERALIDADES DE LA TECNICA DE ENTREVISTA.

- **DEL CONTEXTO:**
- Un lugar privado, cómodo, con aislamiento de sonidos externos e internos.
- Disponer del tiempo personal y si es necesario advertirle al paciente del tiempo que dispone.
- Mostrar interés y respeto por la persona y sus informantes.
- Mire a los ojos.
- Salude de mano si es posible y hágalo de pie.
- Invite a los participantes a sentarse
- Si es posible que no haya elementos físicos entre el entrevistador y el paciente. Si es necesario un escritorio que este lo mas limpio posible de elementos.
- No permitir interrupciones.



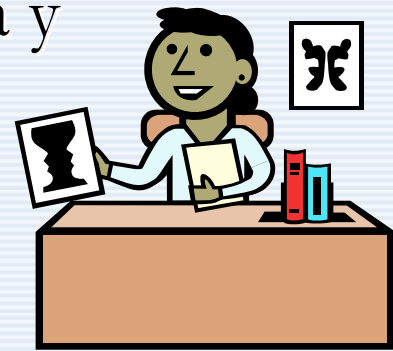
# ENTREVISTA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

- Buscar un espacio privado.
- El paciente sentado, de no ser posible proveer aislamiento con una cortina o un biombo y sentarse al lado de la cama, nunca en ella; de tal manera que la altura de su cara sea inferior a la del paciente.
- Buena iluminación.
- Que el paciente use sus prótesis dentales, anteojos, audífonos.
- A fin de asegurar el respeto por el paciente, facilitan su orientación y expresión y favorecen la conservación de la autoestima.



# PACIENTE AMBULATORIO EN UNIDADES DE SALUD MENTAL O EN EL MANEJO DE PACIENTE PSICOTICO

- La puerta del consultorio debe quedar de fácil acceso al terapeuta en caso de ser necesario evacuar frente a un riesgo de agresión.
- Contar con una caja de pañuelos desechables.
- Reloj de pared discretamente situados detrás del paciente y de cómodo acceso visual a usted.
- Entrevistas iniciales con fines diagnóstico duración de aproximadamente una hora.
- Es importante acordar con el paciente la fecha y duración de las entrevistas posteriores.



# PLANEE LAS ENTREVISTAS

- Unos cinco o diez minutos antes de acabar el tiempo previsto prevenga al paciente de tal manera que sea factible
- REDONDEAR EL TEMA
- FORMULAR LAS INDICACIONES PERTINENTES.
- DAR TIEMPO AL PACIENTE DE RECUPERAR EL CONTROL EMOCIONAL SI ES INDISPENSABLE DAR UNOS POCOS ADICIONALES PARA ELLO



# PREPARE LAS ENTREVISTAS SUBSIGUIENTES

- Revise la historia antes de comenzar: cada paciente espera que usted se acuerde plenamente de el y de su historia.
- Si no habrá nuevas entrevistas dar al paciente un resumen y recomendaciones.
- En los niños y ancianos las entrevistas deben ser mas cortas por tener menor capacidad de concentración.



# DEL ENTREVISTADOR

- Cordial.
- Flexible para adaptarse a la cultura, edad y circunstancias particulares de cada individuo.
- Lenguaje sencillo y sin palabras técnicas.
- Responder de manera franca, sin herir, directamente y en lenguaje comprensible.
- Al terminar la consulta haga un resumen y de su plan terapéutico.
- Procure ponerse en lugar del paciente y brindar la suficiente empatía, consideración y confianza para hablar libremente.
- La neutralidad es esencial, evite juicios de valor o calificaciones alrededor de los relatos y conceptos. No posiciones punitivas, moralizantes, dictatoriales o prejuiciosas
- No discusiones teóricas ni explicaciones técnicas, no demuestre su erudición.
- Adoptar estrategias para disminuir la ansiedad en las primeras entrevistas.
- Si el paciente no desea hablar se puede interrumpir la entrevista y reanudarla posteriormente.



# DEL PACIENTE:

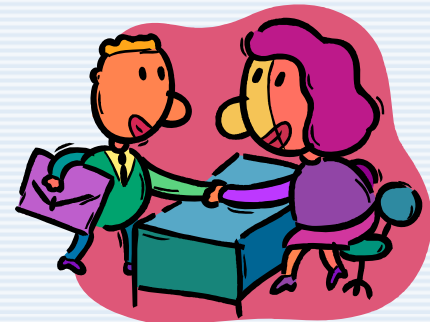
- Tiende a incrementar sus conductas de tipo dependiente y a repetir en la consulta situaciones vividas a lo largo de su vida con personas de importancia (figuras de autoridad, otros médicos) etc. TRANSFERENCIA.
- La gran mayoría de alteraciones emocionales ocasionan modificaciones de los patrones fisiológicos y en la vida cotidiana. Entonces:
- Explorar cambios en apetito, funcionamiento digestivo, sueño, desempeño laboral, las relaciones interpersonales y la vida sexual.





# DE LAS PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

- El paciente relatara de forma libre y sin interrupciones. Si el paciente es muy repetitivo o prolijo ser mas DIRECTIVO.
- Evite el cambio brusco de tema: si es necesario hacerlo con una frase introductoria.
- Explicarle la necesidad de conocerlo lo mejor posible para entenderlo y ayudarlo. El paciente se sentirá mas dispuesto a ser mas comunicativo incluso en temas íntimos.
- Definir en cuales aspectos es mas necesario profundizar e intercales las preguntas.
- Es preferible utilizar preguntas abiertas
- No empiece las preguntas con un ¿Por qué? Suscita una actitud defensiva. Mejor ¿Cómo? O ¿Qué?
- Evite hacer interpretaciones durante las primeras entrevistas, se corre el riesgo de que no sean valida y en general resultan inoportunas. Esperar a que el paciente este preparado.
- Los temas íntimos se pueden introducir al formular otras preguntas de menor carga emocional. Si percibimos al paciente molesto o apenado es mejor no insistir.
- No dejar traslucir la propia vergüenza al tocar estos temas.



# DE LA TOMA DE NOTAS.

- Es deseable no tomar notas durante la entrevista.
- En ocasiones por problemas de tiempo y administrativos es necesario.
- Comentar al paciente esta necesidad pero garantice la privacidad de lo escuchado y escrito.
- Lo ideal es tomar notas de lo imprescindible y redactar la historia tan pronto se termine la consulta.
- Escribir el motivo de consulta en palabras textuales, enfermedad actual con términos médicos. Entre paréntesis o comillas alteraciones del pensamiento o de la sensopercepción.



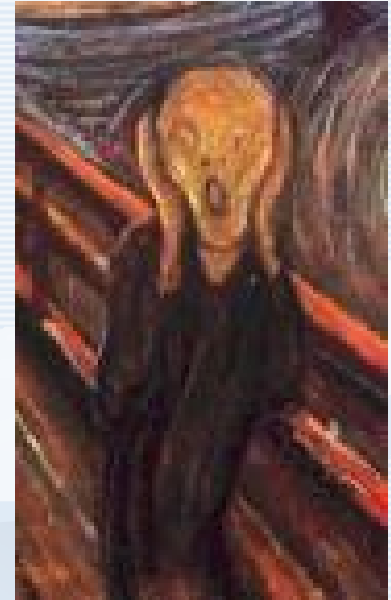
# ENTREVISTAS ESPECIFICAS.

- PACIENTE DEPRIMIDO.
- Falta de interés en lo externo.
- Poca atención, tendencia a la bradipsiquia y bradilalia o incluso mutismo.
- Ser muy tolerante y hacer entrevistas cortas.
- Si llora asegurarle comprensión y permitirle desahogarse hasta que pueda controlarse.
- Ideación suicida indagada y explorada activamente.
- El hecho de hablar de las tendencias suicidas disminuye la posibilidad de su actuación.
- En depresiones reactivas y al conocerse las razones de la depresión preguntar el tema al paciente, si este no lo menciona espontáneamente.



# PACIENTE ANSIOSO

- Inquietud motora.
- Taquipsiquia.
- Taquilalia
- Disprosexia.
- Tendencia a somatizar.
- Procurar tranquilizarlos, asumir una actitud
- serena
- Buscar el origen de la ansiedad: hablar de las ideas que suscitan este afecto y elementos internos y externos que tienden a incrementarla.



# CON EL PACIENTE MANIACO.

- Afecto exaltado
- Gran inquietud motora
- Taquipsiquia en el curso del pensamiento
- Taquilalia
- Es difícil desarrollar un interrogatorio ordenado.
- Probablemente no resiste una entrevista larga.
- Expresan mucha información acerca de su conflictiva (en ocasiones encierra una depresión subyacente).
- Prestar atención al contenido ideativo expresado.
- Afecto eufórico, al contradecirlo puede tornarse agresivo.
- Asumir una actitud receptiva, tranquila y comprensiva.

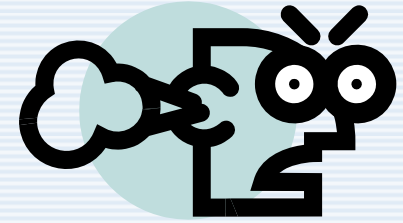


# CON EL PACIENTE DELIRANTE.



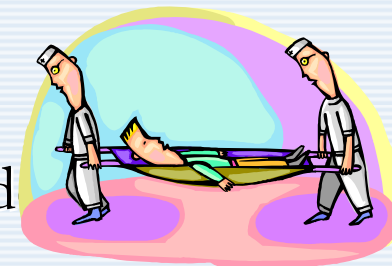
- Actitud de suspicacia y desconfianza.
- Suelen ser fácilmente irritables.
- Pueden involucrarse dentro de sus delirios (auto referenciales o persecutorios).
- Debemos actuar mostrando interés por sus relatos
- Actitud de comprensión y receptividad por lo que manifiestan.
- No permitir que la actitud se manifieste como aprobación de la actividad delirante.
- Posición realista que haga al paciente dudar de la veracidad de sus ideas.

# CON EL PACIENTE AGRESIVO O VIOLENTO.



- Mostrarnos seguros y tranquilos.
- Evitar actitudes de reto y mantener una prudente distancia.
- Posición del terapeuta clara y previsible para el paciente, con movimientos lentos y observables.
- Explique al paciente las conductas que pretenden emprenderse.
- No utilice gestos amenazantes, no de la espalda.
- Sea claro en sus ordenes.
- No asumir conductas que sorprendan al paciente
- Con un paciente agitado realizar la entrevista acompañado.
- Si es necesario inmovilizar, sedarlo para facilitar la entrevista sin arriesgarse a una lucha maltratante.
- Paciente violento y armado: será manejado por los agentes del orden y en ninguno caso por el terapeuta.

# PACIENTE CATATONICO O RETRAIDO.



- Hipoactivo, inhibido, mutista y autista, el medico debe ser mas activo en su interrogatorio.
- Si el paciente no responde a nada de lo que se le pregunta: realizar visitas frecuentes y breves explicándole la disposición de escucharlo y hablar con el cuando lo desee.
- Incrementan su comunicación no verbal.

La mayoría de los pacientes tienen lucidez de conciencia: evitar comentarios impertinentes o descalificadores.

Cuadros con alteración del estado de conciencia: orientarlos permanentemente: reloj, luz encendida, identificaciones, etc.



# PACIENTE GRAVE O MORIBUNDO.



- Combinar las estrategias descritas para los pacientes depresivos y ansiosos.
- Es importante asumir y mantener una actitud de apoyo.
- Permitir que el paciente hable de sus vivencias sobre la enfermedad.
- Permitir expresar sus miedos, rabias y fantasías
- Si desea hablar de su muerte es adecuado permitirse, con actitud de escucha y entendimiento.
- Si no desea hablar de su muerte, no forzar la situación.
- Tomar conciencia de los propios temores sobre la muerte para evitar que el lenguaje verbal no concuerde con el lenguaje no verbal a fin de no generar desconfianza en el terapeuta.