



5º curso actualización
en **Pediatría**
www.aepap.org

Taller
Habilidades comunicacionales
en la consulta del pediatra.
¿Cómo establecer una relación
clínica satisfactoria?

Moderadora:

Rosario Dago Elorza

Pediatra, CS Castilla la Nueva. Fuenlabrada, Madrid.

Ponentes/monitoras:

■ **Rosario Dago Elorza**

Pediatra, CS Castilla la Nueva. Fuenlabrada, Madrid.

■ **M.ª Luisa Arroba Basanta**

Pediatra, CS Emisora Pozuelo de Alarcón. Pozuelo de Alarcón, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Dago Elorza R, Arroba Basanta ML. Habilidades comunicacionales en la consulta del pediatra. ¿Cómo establecer una relación clínica satisfactoria? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 103-12.

Habilidades comunicacionales en la consulta del pediatra. ¿Cómo establecer una relación clínica satisfactoria?

Rosario Dago Elorza

Pediatra, CS Castilla la Nueva. Fuenlabrada, Madrid.

charo_dago@telefonica.net

M.ª Luisa Arroba Basanta

Pediatra, CS Emisora Pozuelo de Alarcón. Pozuelo de Alarcón, Madrid.

RESUMEN

La relación clínica y la comunicación con el paciente y sus cuidadores juegan un papel determinante en el resultado de todas las actividades relacionadas con la asistencia sanitaria.

Este hecho ya era reconocido de manera empírica por los grandes figuras de la medicina clásica y desde primeros del siglo XX culmina con la introducción del "sujeto" en la medicina (Weizsacker, 1920). Sigue con el concepto de "díada relacional" propuesto por Laín (Laín Entralgo, 1960) y cristaliza en el "modelo biopsicosocial" (Engels, 1980), cuya traducción clínica llega con la práctica de la "relación centrada en el paciente" (M. Stewart, 1989).

En la actualidad, el reconocimiento de la importancia de los aspectos relacionales en la atención sanitaria se apoya en datos obtenidos de la investigación. Estos estudios aportan pruebas sobre la efectividad de una buena comunicación clínica en diferentes aspectos:

- **Mejora resultados en salud** (Stewart, 1999).
- **Mayor satisfacción del paciente** (Korsch, 1968; Freeman, 1971; Roter, 1987, 1989, 1997; Williams 1998; Comstock 1982, 1980; Stewart 1984; Henbest 1990; Street 1992).

- **Mayor adherencia terapéutica** (Garrity, 1981; Sanson-Fisher, 1989; Ley, 1985; Wilson, 1995; Backwell, 1996).
- **Menor posibilidad de demandas legales** (Lester, 1994; Penchansky, 1994; Shapiro, 1989; Levinson, 1997).

La puesta en práctica de estos estilos relacionales requiere la conjunción en los profesionales de actitudes, conocimientos y habilidades. Los estudios demuestran que la mera práctica clínica per se no dota al profesional de esta capacidad de comunicar (Kurtz, 1998), e incluso podría, en determinadas situaciones, empeorarla.

El aprendizaje de estos elementos se realiza de forma reglada en la formación pregrado en los estudios de medicina en numerosos países occidentales (Consejo de Facultades de Medicina de Canadá, 1992; Consejo General de Médicos de Reino Unido, 1993; Asociación Americana de Facultades de Medicina, 1998).

En nuestro país se contempla la formación en comunicación clínica en el programa de la especialidad de medicina de familia y comunitaria de forma obligatoria desde 1996. No está recogida de forma expresa esta formación en los programas de otras especialidades médicas, ni tampoco en el pregrado de nuestras facultades de medicina.

I. INTRODUCCIÓN

Los conceptos de relación clínica, entrevista clínica, relación médico-paciente o sanitario-paciente pertenecen a esa clase de aspectos de la práctica clínica entre los que también se encuentran la profesionalidad o los valores. Estamos seguros de que todos tenemos nuestra propia idea sobre lo que es y la repercusión que ello tiene en nuestra práctica clínica, aunque lo hagamos de forma intuitiva. Conviene recordar ciertos aspectos sobre la relación clínica, ya que la relación profesional sanitario-paciente es muy importante.

La relación es una competencia clínica. Las habilida-

des comunicativas y ciertas actitudes y valores que deben mantener los profesionales con respecto a los pacientes y sus familias y a sí mismos son competencias clínicas que, al ser integradas con otras como el conocimiento, las habilidades para solucionar problemas y tomar decisiones, las habilidades para usar recursos y las habilidades de exploración física, favorecen el que una consulta sea efectiva. Puede enseñarse y aprenderse efectivamente. Hasta hace relativamente poco se consideraba que los aspectos relacionales formaban parte de las cualidades innatas del profesional y que, por lo tanto, no podían ser modificados, pues representaban el "arte de la medicina".

Muchas veces identificamos nuestra forma de entrevistar con nuestra forma de ser. Esta actitud nos lleva a sostener que los pacientes "tienen que aceptarnos como somos" y que, cuando un compañero nos hace una observación sobre la inconveniencia de una determinada conducta en el transcurso de una entrevista, nos suele sentar mal o bien respondemos de forma fatalista: "qué quieres que te diga, yo soy así". En la época de formación, durante la carrera de Medicina, los aspectos relativos a la comunicación humana habían caído sistemáticamente en el olvido. En realidad, se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar y es un experto en la relación con cualquier persona, sana o enferma, siendo esta última más complicada. Esta visión, sin duda idealizada, conlleva otra fantasía: pensar que sea cual sea el tipo de pregunta o la forma de preguntar o dialogar con el paciente y las familias, se obtienen resultados similares.

La entrevista clínica (EC) es considerada por algunos como medio para obtener datos significativos, con una total negación de las emociones y los sentimientos que encierra toda relación humana. En el polo opuesto encontraríamos a los defensores del humanismo científico. Sin negar el papel instrumental de la EC entrevistamos, en efecto, para conseguir algo aunque este "algo" sea simplemente el hecho comunicativo o relacional que en sí mismo es terapéutico. Hoy día la propia entrevista es objeto de investigación científica, experimentación y enseñanza, pues la forma de comportarse de los profesio-

nales puede transformarse y mejorarse perdurando estas modificaciones a lo largo de los años.

La relación clínica:

- Es el medio que hace posible el desarrollo efectivo de otras competencias.
- Es la herramienta más utilizada por algunos profesionales.
- Tiene en sí misma poder terapéutico.
- Sus efectos se pueden observar y experimentar con ellos (método científico).

Ocasionalmente, esa relación entre el médico y el paciente se enrarece y es deficiente. Una relación médico-paciente deficiente se asocia con dificultades para detectar el problema del paciente y recoger información clínica, así como para explicar y plantear estrategias de manejo, problemas en el desarrollo y construcción de una relación terapéutica, uso inadecuado de los recursos, desgaste profesional, problemas médico-legales y una menor adherencia a los tratamientos. Cada vez son más frecuentes las denuncias a médicos. En varios trabajos, Lester y Smith han demostrado que una mala comunicación por parte del médico es un factor de riesgo para los litigios. Beckman y cols. han observado que detrás del 70% de las denuncias por mala práctica había problemas de comunicación, como abandonar a los pacientes, devaluar o no comprender sus puntos de vista e informar inadecuadamente. Así pues, por todo lo anteriormente expuesto vamos a pasar a dar unas nociones teóricas sobre la entrevista o relación con un paciente y su familia.

Partimos del hecho de que todos tenemos ya una forma de entrevistar. Los años de práctica profesional sedimentan un conjunto de conductas y, por ello, la lectura de un capítulo de un libro no puede más que ser motivo de reflexión sobre nuestro quehacer diario. Aun así, tras la lectura, se pueden adquirir ciertas técnicas básicas basándose en el entrenamiento de las mismas.

2. GENERALIDADES SOBRE COMUNICACIÓN

En todo proceso comunicativo existe un emisor de la información, un canal por el que se vehicula la misma, que puede ser visual, vocal, gestual, postural, paralenguaje, etc. y un receptor, que interpreta esa información. Entre emisor y receptor existen elementos condicionantes que modifican la misma como ruidos del entorno (repcionista, escasa ventilación, sala de espera deficiente, llantos en la consulta de al lado, entradas y salidas de diferentes profesionales de la consulta, teléfono, etc.), interferencias de tipo cognitivo, emocional y social. Llamamos interferencia cognitiva a la incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible. La interferencia emocional se produce cuando el paciente tiene un trastorno mental (depresión, ansiedad) o emociones extremas (resentimiento, agresividad). La interferencia social se da con una diferencia sociocultural importante entre paciente y profesional de la salud. Otro tipo de interferencia cada vez más frecuente en nuestro medio es la barrera lingüística.

Comunicación no verbal

El poder de la comunicación no verbal es enorme. Algunos autores como Davies y Knapp consideran que gracias a este tipo de comunicación los humanos transmitimos la mayor parte del significado de nuestros mensajes. Con este tipo de comunicación se expresan sentimientos y emociones, se regula la interacción, se validan mensajes verbales, se mantiene la autoimagen y la relación. Existen pruebas científicas que corroboran este hecho.

Dentro del estudio de la comunicación no verbal podemos distinguir diferentes componentes. La proxémica, la kinésica, el paralenguaje y la escenografía. La proxémica incluye territorialidad, distancia y orden, cómo utilizamos el espacio, cómo nos sentamos en una mesa, el acercamiento al paciente y el contacto corporal, la utilización de la mirada y la angulación del cuerpo como señales de aceptación, rechazo y jerarquías, y la distribución de espacios en salas de espera y consultas. Otro componente será la kinésica, que incluye la gestualidad y expresiones

faciales, calidad y cantidad de movimiento. El paralenguaje consiste en la minuciosidad en la pronunciación de las palabras, inflexiones de la voz que transmiten emociones (ansiedad, tensión, seguridad), modulación, timbre y estereotipos de la voz. Y por último, la escenografía o espacio propio, símbolos del entorno como títulos, libros, instrumentos, máquinas, efecto de la decoración, etc...

En la quinésica distinguimos posiciones, gestos y expresiones faciales. En cuanto a la posición, básicamente tenemos posiciones abiertas y posiciones cerradas. Los gestos pueden ser emblemas reguladores, que delimitan el flujo comunicativo; ilustradores, que describen y apoyan los contenidos verbales; y adaptadores, que amortiguan la tensión interior. Las expresiones faciales manifiestan estados emocionales diversos.

Manejo del acompañante

He aquí una de las cuestiones que más cambian con respecto a la relación clínica o entrevista de un adulto con su médico. En la entrevista pediátrica, salvo la relacionada con el adolescente, siempre existe un acompañante, que suele ser la madre o el padre; en definitiva, el adulto que viene con el paciente. Así pues, se puede clasificar al acompañante de esta manera:

El acompañante invasivo o interventor, que es el que dirige en todo momento la entrevista.

Técnicas:

- Vaciado de la interferencia: "¿Qué supone usted que tiene?".
- Frase puente dirigida al paciente: "¿Qué opinas de lo que dice tu madre?".
- Pacto de intervención: "Primero que nos cuente lo que opina y luego me comenta usted".
- Creación de un nuevo entorno: "Probablemente el chico necesita tener un cambio de impresiones conmigo a solas. ¿No le parece?".

El acompañante pasivo, que es el que permanece al margen de la entrevista. Para este caso disponemos de las siguientes técnicas:

- Implicación no verbal: mantener buen contacto visual con ambos.
- Implicación verbal: con facilitadores del tipo de "sí, sí... cuénteme".
- Preguntas directas.
- Frases puente: "¿Y usted cómo lo ve?".

Y el acompañante enfermo, que es el caso en el que la madre es la verdadera enferma y el niño o la enfermedad por la que acude es un síntoma de su enfermedad. Este caso se presenta en la consulta del pediatra con relativa frecuencia, sobre todo con los hiperfrecuentadores. Es necesario abordar esferas psicosociales para tratar de conseguir que el acompañante sea el que pida ayuda.

Características del buen entrevistador

Dentro del marco general sobre comunicación, podemos definir unas características que definen a un buen entrevistador:

- La calidez. Hace referencia a la proximidad afectiva, dando a entender al consultante que es bienvenido y que deseamos comunicarnos con él. Existe un contacto visual facial adecuado, un recibimiento personalizado o una sonrisa oportuna.
- El respeto. Es la capacidad de ser transparentes y honestos en la relación asistencial, preservando los puntos de vista del consultante.
- La comprensión. Es la capacidad para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que ésta se desarrolle en términos comprensibles para ambos, y de forma bidireccional.

- La baja reactividad. La reactividad es el tiempo que transcurre desde que el paciente termina de hablar hasta que el profesional lo hace.
- La empatía. Es la capacidad del entrevistador para comprender las emociones del paciente y darle a entender esta comprensión, y para conectar con el sufrimiento o alegría del paciente. El entrevistador se solidariza con sus emociones. Puede ser verbal o no verbal, como, por ejemplo, un gesto.
- La asertividad. Es la capacidad para cumplir de forma plena y segura los derechos y deberes correspondientes a nuestro rol profesional, sin mostrar inseguridad a la hora de tomar decisiones y haciéndole ver al paciente que se encuentra en buenas manos.

3. OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA

- A. Obtener la información necesaria para llegar a un diagnóstico y conocer el motivo por el que el paciente acude.
- B. Prescribir un tratamiento o recomendar una pauta de conducta.
- C. Establecer una relación asistencial satisfactoria.

4. TIPOS DE ENTREVISTA CLÍNICA

Existen diferentes tipos de entrevista según los objetivos, el método, el receptor de los cuidados de salud o el canal de comunicación.

Según los objetivos, la entrevista puede ser operativa, es decir, con objetivos acordados previamente, o de diagnóstico o de escucha, en la que la finalidad no se ha acordado previamente.

Según el método de entrevistar, tenemos la entrevista libre, con libertad total del entrevistado para escoger los contenidos a explicar; la dirigida o estructurada, en la que

los contenidos están totalmente predeterminados por el sanitario; y la semidirigida o semiestructurada, cuyos contenidos están parcialmente determinados por el sanitario con espacio libre para la narración del paciente.

Según el receptor de los cuidados de salud, la entrevista puede ser dual, en la que el profesional de salud entrevista a un solo paciente, como, por ejemplo, cuando acude un niño mayor o adolescente sin acompañante o bien un familiar a consultar algo sobre el paciente. También puede ser múltiple, cuando establece en una misma consulta diferentes visitas a varios miembros de una familia.

Según el canal de comunicación, se puede dividir en consulta cara a cara, en la que el profesional y paciente están uno frente al otro; y la consulta telefónica, en la que la consulta evidentemente se produce mediante este medio.

Después de hablar un poco sobre los tipos de entrevista, nos vamos a centrar en el análisis de la entrevista semiestructurada o semidirigida, que es la que mejor podemos utilizar, tanto por el tiempo como por los contenidos que se pueden aplicar.

5. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Si diseccionamos o analizamos cuidadosamente cualquier entrevista ordenada, encontramos en todas una sucesión de hechos que beneficia la consecución de los objetivos por ambas partes. Las partes de la entrevista clínica con las que podemos contar son:

- *Parte exploratoria*, en la que intentamos averiguar el motivo o motivos de consulta. Se produce un vaciado de la información preelaborada mediante apoyo a la narrativa, búsqueda de datos específicos necesarios para tomar decisiones y acompañamiento de exploración física o bien técnicas instrumentales.
- *Parte resolutive*, en la que se enuncian y explican los problemas encontrados, o se negocia con el

paciente la individualización de las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas propuestas.

- Y, por último, *cierre de la entrevista* y toma de precauciones.

A continuación comenzaremos a analizar cada parte por separado.

Parte exploratoria

En este taller nos vamos a centrar en esta primera parte de la entrevista.

1.º Recibimiento cordial

La forma habitual de iniciar una relación clínica en la consulta es mediante el recibimiento. Durante éste y en los primeros momentos de la consulta, tienen lugar reajustes conductuales que pueden determinar el resto de la consulta y de la relación. Mediante métodos de análisis conversacional, algunos autores han llamado la atención sobre cómo determinadas secuencias de apertura y reglas usadas en el recibimiento por los médicos pueden también determinar la concordancia entre médico y paciente o el grado en el que ambos van a compartir las decisiones durante el resto de la consulta. A continuación, vamos a describir algunas habilidades:

- a) Saludar al paciente de forma verbal.
- b) Contacto físico. No queremos decir que exista obligación de dar la mano a todos los pacientes que entren en nuestras consultas, pero, si tenemos la posibilidad de tener un contacto cercano, hagámoslo. El contacto físico es muy potente si se emplea con sentido común, y alcanza en la exploración su mayor protagonismo.
- c) Contacto visual-facial. Los aspectos no verbales en los primeros segundos son de gran importancia, entre ellos el mantener la mirada mientras se recibe, lo que indica el grado de atención e interés que ofrecemos a nuestro interlocutor:

En estudios realizados con residentes y pacientes en consultas, esta falta de contacto visual es lo que más se echó de menos, pues en general se enfocaba la atención al ordenador.

- d) Sonreír. Recibir con una sonrisa es un gesto que demuestra buena disposición y que algo nos gusta, por lo que tiene gran valor aunque sea forzada, pues denota un esfuerzo por parte del profesional por agradar (Borrell).
- e) Llamar al paciente por su nombre. Suele demostrar cierta familiaridad y facilita el establecimiento de la relación.
- f) Acomodar. La acomodación denota, además de cortesía, interés por la comodidad del paciente y, en cierta manera, ayuda a transmitir nuestra disposición a compartir con éste los siguientes minutos, sin prisas. La acomodación puede ser gestual o verbal.
- g) Clarificar papeles. Cuando vemos por primera vez a un paciente, la clarificación de nuestro papel en la consulta y en sus futuros cuidados suele ser de gran ayuda para la madre y el paciente. Como médico/pediatra titular o habitual en la consulta no es necesario, pero puede ser útil para residentes, médicos o enfermeros que llegan a un puesto de trabajo nuevo (OPEs recientes), médicos suplentes o estudiantes, que son profesionales que atienden a muchos pacientes nuevos.
- h) Recoger la apertura del paciente. Siguiendo a Roger Neighbour, denominamos "apertura del paciente" a aquel comentario que realiza el paciente justo al entrar en la consulta, el cual, por regla general, no suele estar relacionado con el motivo que le lleva a ésta, ni con lo que tenía pensado decir. Es un comentario espontáneo que puede ser muy revelador.
- i) Invitar a que el paciente exponga sus motivos de consulta, generalmente mediante una pre-

gunta abierta. El error más frecuente es el de presuponer el motivo de consulta haciendo una pregunta cerrada.

Hay algo que choca frontalmente con estas técnicas comunicativas, que es el uso de los sistemas de registro y, en concreto, la utilización de ordenadores en la consulta. Existen estudios que demuestran que los médicos presentan una serie de conductas, cuando usan el ordenador, que afectan negativamente a su relación con los pacientes, en comparación con las conductas que adoptaban cuando usaban registros manuales.

A continuación ofrecemos algunas técnicas útiles para manejar el ordenador en la consulta:

- Antes de que el paciente entre, revise sus registros.
- Termine con un paciente antes de que entre el siguiente.
- Si ya ha entrado, explíquele lo que hace y solicite su permiso para continuar: "permítame un momento y enseguida estoy con usted".
- Cuando el paciente comience su discurso, la mejor actitud que se puede adoptar consiste en olvidarse del ordenador y centrarse completamente en escuchar al paciente.
- Si hay que corroborar algún dato, que esto cause el menor impacto en la narrativa del paciente.
- Al abandonar el contacto visual el paciente suele dejar de hablar; hagámosle alguna señal verbal o gestual para que continúe su narrativa.
- Una vez concluida la fase de obtención de la información, al volver al ordenador es el momento de informar de lo que vamos a hacer con él.
- Evite prestar excesiva atención al ordenador durante periodos largos.

- Utilice el ordenador para fortalecer su relación; por ejemplo, compartiendo información, confirmando actuaciones pasadas, etc...

2.º *Pregunta abierta*

Es una pregunta sencilla, sin coetillas, pues éstas cierran las posibilidades de respuesta: "¿Qué le pasa?", "¿qué tal?", "cuénteme", "usted dirá".

3.º *Técnicas de apoyo narrativo*

Las que crean un clima de confianza: empatía, silencios adecuados y facilitaciones.

- La empatía ha sido definida como una conducta, una dimensión de la personalidad o una emoción, es decir, es algo complejo que tiene varias fases, dimensiones y componentes. Según Rogers y otros autores la empatía constituye una de las más importantes habilidades para construir y mantener una relación terapéutica. Esta habilidad conlleva el poner en juego una serie de conductas que están encaminadas a descifrar los sentimientos y las preocupaciones del paciente y darles una respuesta, de manera que el profesional le demuestre que los ha entendido y aceptado. La empatía supone, por lo tanto, el reconocimiento y reflejo del estado emocional del paciente. Es algo diferente de la simpatía, que es la respuesta emocional paralela a la emoción del paciente y en el mismo sentido. La enfermedad conlleva, generalmente, distintos tipos de sentimientos, como aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, ira, etc. Una comunicación basada en la empatía contribuye a mitigarlos y, por ello, es terapéutica. La actitud de empatía implica una serie de conductas no verbales y otras verbales, siendo en este caso las no verbales de más trascendencia y efectividad. Las habilidades para ser empáticos pueden aprenderse, pero para que éstas sean genuinas, lo que se debe hacer es integrar los elementos de la empatía dentro de un estilo natural de relación. El

proceso de mostrar empatía requiere, como mínimo, pasar por las siguientes fases:

- Darnos cuenta de cuándo se produce un momento afectivo.
- Tratar de entender y apreciar de forma sensible la existencia de la emoción.
- Comunicar al paciente la comprensión de su emoción.
- Ofrecer ayuda y apoyo al paciente.
- Los silencios adecuados, consisten en una ausencia de comunicación verbal, sin mensajes no verbales que limiten la narrativa del paciente. Se trata de proporcionar un tiempo de meditación, ayudar a la concentración del paciente o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.
- Las facilitaciones consisten en conductas, tanto verbales como no verbales, que ayudan a iniciar o proseguir un relato. No se indican ni sugieren contenidos; por ejemplo, “Continúe... sí... mmmm...” Cabeceos.

Y las que favorecen la elaboración de percepciones, ideas o emociones:

- Las frases por repetición. Es la repetición de una palabra o frase que orienta la atención del paciente hacia un determinado contenido.
- La clarificación. Conducta verbal o no verbal que obliga a explicar el sentido de un término o idea. “¿Qué ha querido decir con...?”
- El señalamiento, que ayuda al paciente a clarificar emociones o ideas, evidencia conflictos o áreas de estrés psicosocial, profundiza en las motivaciones del paciente y le muestra sus emociones o conductas. Puede ser gestual, o

conductual. “Desde hace un mes me parece que...”

- La interpretación, que consiste en ofrecer al paciente una visión de lo que le ocurre a partir de variables biográficas importantes que explicarían conductas aparentemente inconexas o poco justificadas.

4.º Técnicas para obtener información específica o concreta

- La pregunta abierta. Es la pregunta que obliga a responder con una frase y no encierra en sí misma sugerencias. Las preguntas abiertas dejan libertad para responder como se crea más conveniente sobre un determinado tema. Nos permiten obtener una gran cantidad de información, a la vez que dejan al paciente contar su propia historia. Estas preguntas abiertas se deben hacer fundamentalmente al comienzo de la entrevista. Conviene evitar la coletilla que cierre la pregunta (por ejemplo: “¿Cómo es el dolor?, ¿punzante?”), así como saltar a una pregunta cerrada sin antes probar un menú de sugerencias.
- El menú de sugerencias. Encierra en su formulación al menos dos sugerencias.
- Preguntas cerradas. Son aquellas que se pueden responder con un monosílabo. Cuando hacemos preguntas cerradas, el paciente cuenta con pocas opciones de respuesta y generalmente responde con un sí o con un no. Estas preguntas son de mayor utilidad cuando se trata de perfilar los últimos detalles de una determinada información. Entre las preguntas abiertas y las cerradas, tenemos las preguntas dirigidas, como por ejemplo: “¿Cómo se le ha aliviado en otra ocasión este dolor?”. Hay que evitar concatenaciones de varias preguntas cerradas, pues el paciente contesta la última y el entrevistador la da por buena. Conviene evitar, asimismo, el basar el examen en este tipo de preguntas, a las cuales tenemos bastante tendencia, y

complementarlo con técnicas de apoyo narrativo y después de probar preguntas abiertas y menús de sugerencias. Generalmente, lo más eficaz es iniciar la recogida de información con preguntas abiertas, luego pasar a las preguntas dirigidas y, por último, acabar con las preguntas cerradas. Esto se denomina la estrategia del “cono”.

5.º La delimitación de la demanda

“¿Algo más”? Conviene hacer esta pregunta tras la narrativa inicial del paciente y siempre antes de la exploración física. Cuando esta pregunta se realiza al final, con el cierre de la entrevista, se producen grandes distorsiones para el entrevistador. Se ha demostrado que las consultas en las que el médico ha redirigido precozmente el discurso del paciente mediante preguntas cerradas, la aparición de nuevos problemas en la fase de cierre fue significativamente más alta que en las que no se redirigía el discurso (un 26% frente a un 13%).

Errores más frecuentes en la parte exploratoria:

- Presuponer el motivo de consulta.
- Alta reactividad del profesional sanitario, sin dejar hablar al paciente.
- Mezclar la exploración con recomendaciones finales.
- Seguridad prematuras.
- Antagonismos o culpabilizaciones.

Conviene evitar comentarios que critiquen, culpabilicen o pongan en cuestión la conducta o las emociones del paciente. Si tenemos que criticar la conducta de un determinado paciente (y ello puede ser conveniente), es preferible hacerlo en la parte resolutive, una vez realizada la exploración física. Las seguridad prematuras, que son respuestas prematuramente tranquilizadoras, también conviene evitarlas, pues sólo tranquilizan a quien las emite.

6.º Comprobación e integración de la información

Comprobar que la información que hemos obtenido es la apropiada constituye una habilidad esencial relacionada con la escucha activa. Tras haber captado las pistas más relevantes y haberlas seguido adecuadamente, debemos hacer una comprobación final y cerciorarnos de que no hemos seguido un camino equivocado, sino que nuestro trabajo nos ha llevado a descubrir el verdadero problema del paciente. Esta técnica se conoce con el nombre de “resumen”. Con esta técnica el profesional ordena en su cabeza la información y puede comprobar en qué medida ha comprendido lo que le ha explicado el paciente durante la consulta. Para esta tarea de comprobar, se recomienda hacer resúmenes concretos y elaborarlos con las propias palabras del paciente. Un esquema válido para exponer los diferentes problemas e integrar la información consiste en:

1. Delimitar los motivos de consulta.
2. Explorar cada uno de los motivos de consulta mediante una secuencia de:
 - a) Preguntas abiertas.
 - b) Escucha activa de intervención mínima con facilitaciones.
 - c) Preguntas cerradas.
 - d) Resumen.

A la hora de integrar la información que nos aporta el paciente es cuando debemos pensar de una forma biopsicosocial. Algunos autores denominan a este proceso el salto a lo psicosocial. Es fundamental en algunas patologías como las psicósomáticas, somatoformes, etc. . .

7.º Actualización de problemas anteriores

Tras saber el motivo de consulta y siempre que haya tiempo suficiente, es recomendable preguntar por algún problema reciente para saber cómo ha evolucionado.

Esto ayuda y confirma algunas ideas o tratamientos puestos anteriormente.

8.º Exploración física

Pedir permiso, explicar lo que vamos a hacer y respetar la intimidad. Aunque sean niños, no se nos debe olvidar. Ellos nos lo agradecen a veces sólo con la mirada.

Memorización de los mensajes informativos que mejoran la atención del paciente, pero no aseguran un éxito automático en la mejora del cumplimiento de los tratamientos.

Siguiendo el análisis que hemos empezado en la parte exploratoria de la entrevista clínica, pasamos a la secuencia de técnicas analizando la parte resolutiva.

Cierre de la entrevista

El cierre del encuentro clínico comparte aspectos con cualquier cierre de un episodio relacional. Aquí tenemos unas recomendaciones de lo que los expertos proponen para que los cierres de las consultas sean adecuados:

- Avisar sobre el cierre.
- Resumir la sesión.
- Revisar los objetivos.
- Planificar próximas visitas y pasos.
- Establecer planes de contingencia o toma de precauciones.
- Preguntar si el paciente tiene otros temas.
- Animar y apoyar al paciente.
- Clarificar el plan.

Las técnicas anteriormente descritas son muy sencillas de entender y comprender, aunque algo más difíciles de practicar. Lo interesante es introducirlas en nuestra práctica habitual sin necesidad de analizarlas cada vez que se utilizan, y ante una relación deficiente preguntarnos cuál puede ser el motivo para subsanarlo.

Bibliografía

- Borrell-Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- Borrell Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: SEMFYC Ediciones; 2004.
- Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: SEMFYC Ediciones; 2004.
- Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma; 1988.
- Tizón JL. Los grupos de reflexión en Atención Primaria de salud I. Su origen. Aten Primaria. 1993;11:309-12.
- Tizón JL. Los grupos de reflexión en Atención Primaria de salud II. Algunos elementos teóricos y técnicos. Aten Primaria. 1993;11:361-6.
- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ed. Libros Básicos; 1961.
- Neighbour R. La consulta interior. Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona): J&C, ediciones Médicas; 1998.
- Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza; 1998.
- Pease A. El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Paidós; 1988.
- Knapp ML. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Barcelona: Paidós; 1988.

- Bernstein L, Bernstein RS. Interviewing. A guide for health professionals (4.ª ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton Century Crofts; 1985.
- Froelich RE, Bishop FM. Clinical Interviewing skills. St. Louis: The Mosby Cia; 1977.
- Thom DH; Stanford Trust Study Physicians. Physician behaviors that predict patient trust. J Fam Pract. 2001;50:323-8.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA. 1997;277:553-9.
- Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. Surgery. 2002;132:5-9.

Películas recomendadas

- El Doctor. Randa Haines. 1991.
- Las confesiones del Dr. Sachs. Michel Deville. 2001.
- Patch Adams. Tom Shadyac. 1998.
- Mumford. Lawrence Kasdan. 1990.