



# QUADERN D'APUNTS D'ENTREVISTA CLÍNICA

v. 2024



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària



Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària

## **QUADERN D'APUNTS D'ENTREVISTA CLÍNICA**

**Autor de l'original:** Francesc Borrell i Carrió.

**Revisió d'aquesta edició i adaptació al present quadern:** Eva Peguero Rodríguez, Josep M<sup>a</sup> Bosch Fontcuberta, Valeria Pacheco Huergo, Rosa Duro Robles, Elena Muñoz Seco, María Rodríguez Barragán, Nieves Barragán Brun, Josep Massons Cirera, Laura Valdés Pina, Vanessa Monforte Rodríguez.

**Han col·laborat en les anteriors edicions del curs i del manual:** Juan Esteban Navarro, Josep M<sup>a</sup> Bosch Fontcuberta, Milagros Holgado Corrales, Rosa Mata Roch, Margarita Mogas Oliva, Anton Cartaña Benet, Josep Massons Cirera, Ramon Casals Riera, Mariona Cabré Martí, Nieves Barragán Brun, Concepción Álvarez Herrero, Maria Luisa Arroba Basanta, Rosario Dago Elorza, Paloma Elviro García, Gema García Sacristán, Elena López Parra, Rosario Serrano Martín, Esther Ullán Álvarez, Jesús Vázquez Piqué, Juan Carlos Hernández Clemente.

## **ÍNDEX**

- 1. Introducció**
- 2. Comunicació centrada en el pacient**
- 3. Característiques del “bon” comunicador**
- 4. Comunicació no verbal**
- 5. L'entrevista clínica:**
  - 5.1. Tipus d'entrevista**
    - a. Entrevista semiològica
    - b. Entrevista operativa
    - c. Entrevista múltiple
    - d. Entrevista grupal/familiar
    - e. Entrevista d'integració psicosocial
    - f. Entrevista motivacional
    - g. Entrevista per a tercers
    - h. Entrevista semiestructurada
  - 5.2. Parts de l'entrevista semiestructurada**
    - a. Recepció del pacient i part exploratòria de l'entrevista
    - b. Sumari i exploració física
    - c. Part resolutiva. Informació i negociació
- 6. Situacions difícils:**
  - 6.1. Agressivitat a la consulta.**
  - 6.2. Donar males notícies.**
- 7. L'entrevista familiar**
- 8. L'entrevista telefònica**
- 9. Recomanacions finals**
- 10. Bibliografia de consulta**

## 1. Introducció

Mai serà prou el temps que dediquem les i els professionals sanitaris a la millor eina diagnòstica, terapèutica i de benestar psicològic i emocional: els aspectes de comunicació humana.

Sabem que les habilitats de comunicació i entrevista clínica poden ensenyar-se, s'aprenen amb una metodologia específica i es milloren practicant-les de manera conscient i reflexionant sobre elles. Sabem que darrere una bona comunicació en l'àmbit sanitari trobem els següents valors: dedicació, respecte, proximitat, lleialtat, prudència, serenitat, honradesa i equitat. En definitiva, un interès genuí per la persona a la que estem atenent i per donar-li la millor atenció sanitària possible. Tot això té una influència, contrastada en el resultat final de les consultes, la satisfacció dels participants i la millora en termes de salut.

Aquest document pretén resumir, de forma breu i general, els consells bàsics de comunicació que habitualment compartim en les nostres activitats formatives i de reflexió els membres del grup-programa Comunicació i Salut semFYC.

## 2. Comunicació centrada en el/la pacient

Situem una entrevista clínica qualsevol. El/la pacient, abans de començar l'entrevista, ha elaborat un discurs sobre el que vol explicar al/a la professional. Un discurs basat en els seus símptomes, expectatives, experiències prèvies, pors i preocupacions, situació personal i social; i es tracta d'un discurs que està condicionat pel context concret d'aquesta cita: únic i irrepetible.

El professional sanitari té, a l'hora, un context concret (situació física, personal, història prèvia amb aquest/a pacient, expectatives, etc). I sap que haurà de gestionar el temps de la forma més rentable possible i, a l'hora, trobar una solució per a la situació que li proposa el/la pacient mentre vetlla per la millor salut possible del mateix/a, implicant-la en la presa de decisions. El professional cercarà un equilibri entre el desig de dirigir l'entrevista interrompent al pacient donat que el/la professional és l'expert, amb l'actitud "t'escolto molt atent, sorprèn-me", pròpia d'una entrevista centrada en el/la pacient. Proposem rebre a les persones en cada entrevista amb la mateixa actitud atenta amb la que, asseguts ja al cinema, esperem comenci una pel·lícula. En aquest cas serà un relat únic i real. Aquesta actitud inclou acceptació, curiositat i apertura, elements inicialment claus per a una adequada relació assistencial i una bona praxis clínica.

Destaquem, a mode de resum, un tipus d'entrevista centrada en l'experiència del consultant que facilita la seva narrativa de manera contextualitzada i que mostra un interès genuí per la vivència del problema de salut. Inclou, per a això un interès en conèixer l'atribució que el/la pacient fa del seu problema, del que sap, del que sent, de com li repercuteix en la seva vida, així com les expectatives assistencials d'aquest.

## 3. Característiques del "bon" comunicador:

Certes habilitats comunicacionals augmenten les possibilitats de què hi hagi una comunicació eficaç i bona relació terapèutica. Les descrivim a continuació:

- Al rebre al/la pacient i en el clima de la entrevista: CALIDESA I CORDIALITAT.
- En la forma d'escoltar: EMPATIA I RESPECTE.
- En la forma de parlar: ASSERTIVITAT, BAIXA REACTIVITAT I CONCRECIÓ.

### **Al rebre al pacient i en el clima de l'entrevista:**

**Calidesa:** és la proximitat emocional que permet que la persona se senti benvolguda i considerada en la seva singularitat.

**Cordialitat:** és la forma educada de relacionar-se entre persones, inclou l'amabilitat, la consideració, la dignitat, l'atenció i el respecte. Són marcadors de cordialitat: cridar-lo/la pel seu nom, mirar-li als ulls, saludar-lo/la amb la mà, el somriure, el to de veu proper i ajustat a com és la persona, així com, la proximitat física.

### **En la forma d'escoltar:**

**Empatia:** consisteix en fer l'esforç per entendre les emocions i pensaments de l'altra persona i mostrar-li que l'entendem. La compassió és quan a més ens comprometem a ajudar-lo. La simpatia és quan se'ns contagia l'emoció de l'altre i no és tan útil en la comunicació sanitària.

Hi ha marcadors no verbals d'empatia como fer sí amb el cap o com apropar-li una caixa de mocadors de paper quan plora. Hi ha marcadors verbals d'empatia com ara "entenc que vostè estigui pensant això ara mateix".

Seguint a Cohen-Cole (1991) podem demostrar empatia a través de cinc tipus genèrics de frases:

1. Reflectir com el veiem mitjançant afirmacions: «sembla entristit per això que li ha passat», «el veig disgustat per la manca de resultats», «des de fa tres mesos sembla que la seva vida ha canviat».
2. Legitimar la seva situació (sense emetre judicis de valor): «qualsevol en aquesta situació estaria espantat», «comprenc la seva ràbia», «em faig càrrec de com de difícil havia de ser per a vostè».
3. Proporcionar frases de recolzament explícites: «estarem al seu costat passi el que passi», «té tot el meu recolzament per a qualsevol de les dues opcions», «el felicito per tota la feina feta».
4. Mostrar complicitat: «crec que aquest problema podem resoldre'l conjuntament», «necessito la seva col·laboració per a poder tractar millor aquesta qüestió».
5. Mostrar respecte pels seus motius de consulta i per les decisions finals que el/la pacient esculli: «tinc tota la confiança en què prendrà la millor decisió», «en última instància és vostè qui decideix i té tot el meu recolzament i respecte».

L'empatia valida les emocions i pensaments de l'altra persona i resultat de gran ajuda. Permet dir-li a l'altre "estàs sentint o pensant això, tens permís". L'empatia ha de ser real i sorgir d'un interès genuí per l'altra persona. L'empatia és el valor imprescindible per a una relació terapèutica satisfactòria. La simpatia, en canvi, pot ser necessària però no serà suficient per a expressar empatia. És un tipus de resposta molt recíproca a l'emoció de l'altre, però no necessàriament útil des d'una perspectiva terapèutica.

**Respecte:** és la capacitat d'acceptar que l'altre prengui les seves decisions. És tractar-lo amb dignitat i transmetre-li que els seus problemes ens importen independentment que els seus punts de vista puguin ser diferents als nostres. És no abandonar quan opinem diferent. En la relació assistencial exigeix confirmar que l'altre té tota la informació que precisa per a prendre una decisió i serà acceptada de manera corresponsable pel professional sanitari que mostrarà compromís assistencial.

Hi ha marcadors de respecte com: "accepto la seva opinió". El principal marcador de respecte és no interrompre l'altra persona quan parla i escoltar les seves opinions sense criticar-les o jutjar-les.

### **En la forma de parlar:**

**Assertivitat:** capacitat del professional per a transmetre seguretat i credibilitat, tenint en compte els seus deures i drets i els de l'altra persona. El/la pacient se sent més segur amb un/a professional sanitari/a assertiu/va. L'assertivitat es guanya amb els anys d'exercici professional, tant per els encerts com pels errors. Són marcadors d'assertivitat l'autocontrol emocional quan el/la pacient s'enfada o queixa, o quan dubta de la competència del/la professional, i també és un marcador d'assertivitat poder dir "no" sense sentir-se malament. El reconeixement de l'error per part del professional és una mostra madura d'assertivitat.

**Reactivitat:** és el temps que succeeix des que el pacient es calla després de parlar fins que el professional intervé. Convé mantenir una reactivitat baixa que permetrà que el/la pacient reflexioni sobre el que acaba de dir. Convé fer un ús apropiat dels exemples. Un marcador clar de reactivitat baixa es dona quan un pacient no sap què dir o se'l nota insegur: el/la professional ha de resistir la temptació d'interrompre formulant una nova pregunta o abordant altres qüestions. Deixar que sigui el pacient qui elabori la informació mitjançant silencis funcionals, proporciona l'oportunitat a la reflexió i dona lloc al vertader clima d'escolta atenta en l'entrevista. També és important adaptar-se a la reactivitat del/la pacient concret, molt més baixa, per exemple, en persones d'edat avançada.

**Concreció:** és la capacitat de delimitar els objectius de forma comprensible i compartida per ambdues parts. El/la pacient tendeix a expressar que el professional l'entén i està encertat en les seves demandes i objectius compartits, aconseguint que l'entrevista flueixi amb les mínimes paraules possibles. I es realitza fent servir les paraules que utilitza el/la pacient perquè són les que millor entén.

**Distància terapèutica:** és la distància emocional y física triada per el/la professional per a cada persona i per a cada situació que li permet ajudar a cada pacient de la manera més objectiva y eficaç possible.

## **4. Comunicació no verbal**

Comunicació no verbal és l'enviament i/o la recepció d'informació i d'influència a través de l'entorn, l'aspecte físic i la conducta no verbal. (Patterson M, 2011). Descriu el repertori expressiu format per la pròpia aparença física, la proxèmica, la posició corporal, els gestos, les expressions facials, la mirada, el tacte i el paralenguatge.

**L'aspecte físic** té una influència clara en els primers moments, donat que ens dibuixa una considerable quantitat d'atributs, encara que sigui de forma estereotipada (nivell social, pulcritud, intel·ligència, experiència, confiança, etc. Aquests aspectes formals tenen la seva importància a efectes de confirmar que «estic en bones mans», encara que sabem que l'efecte estereotípic pot conduir-nos a errors de judici.

**La proxèmica** defineix l'utilització que fem de l'espai en les relacions interpersonals. Parlem de distància interpersonal a la que mantenim durant la conversa (normalment d'1 o 1,5 metres). Una distància menor de 0,5 metres envairia l'espai íntim o bombolla, aquell que ens fa sentir còmodes i protegits. L'espai íntim es vulnera quan realitzem l'exploració física, pel que convé acomodar el/la pacient amb paraules tranquil·litzadores. Donar la mà a l'inici i al final de l'entrevista afavoreix la relació i la confiança mútua. Una mà sobre l'espatlla en un/a pacient que mostra malestar o patiment transmet empatia i sovint és ben acceptada per pacients d'edat avançada.

La disposició del mobiliari influeix en la comunicació amb el nostre interlocutor, pel que convé minimitzar les interferències degudes a aquest motiu (per exemple: una taula massa gran, situació i orientació de l'ordinador, presència d'objectes innecessaris, desordre, llum mal enfocada, sorolls, etc).

## La cinèsica: posició corporal, gestualitat i expressions facials.

La **posició corporal habitual en la consulta** és la denominada *neutra*, assegut/da en esquadra i amb els braços recolzats a la taula. La posició *oberta* apareix quan movem el cos cap endavant, amb els braços en posició oberta i mirant al/la pacient. Aquesta posició sovint comporta un efecte especular (mimètic) en l'interlocutor, denotant intenció comunicativa i desig de col·laboració. La posició *tancada* es descriu quan creuem els braços i/o les cames, generalment en relació a estímuls incòmodes (per exemple: desacords, resistències emocionals, etc.).

Cal destacar que la sincronia de postures (efecte especular) entre els interlocutors tendeix a generar una major sintonia emocional entre tots dos.

**Els gestos corporals i les expressions facials** tenen una franca influència comunicativa i que, com altres components no verbals, haurien de ser interpretats en relació al context on apareixen. Els gestos corporals es classifiquen en il·lustradors, adaptadors, reguladors i emblemes.

Els *il·lustradors* són gestos intencionals que acompanyen la parla i mostren una aparença centrífuga (puntuar amb l'índex, marcar pauses, dibuixar les formes del que es diu, etc.). El coneixement previ de l'estil expressiu de la persona evitarà errors d'interpretació del seu discurs.

Els *adaptadors* són gestos dirigits cap al propi cos sense intenció comunicativa (per exemple: rascar-se, jugar amb l'anell, acariciar-se la barbeta, etc). Tendeixen a incrementar-se en els desacords, situacions incòmodes o en estats emocionals negatius (ansietat, depressió) i, també, quan estem sols.

Els *reguladors* s'utilitzen per a ordenar els torns d'intervenció. Els facilitadors indiquen que iniciï o prossegueixi el seu torn de parla: mantenint la mirada, assentint o movent les celles. Altres reguladors tracten de prendre la iniciativa de la conversa: parant amb les mans, desviant la mirada o movent els llavis com si volguéssim iniciar el nostre torn.

Els *emblemes* són gestos que mostren un significat en sí mateixos, sent comprensibles per als membres d'una comunitat. Són freqüents la presència del flaix o moviment de celles, signes indicatius de reconeixement i benvinguda, acompanyats sovint d'un somriure. L'emblema «encongiment d'espatlles» (o breus moviments de prono-supinació de les mans), és indicatiu d'un sentiment de resignació o impotència, s'observa a vegades acompanyat d'expressions d'escepticisme. Algunes expressions facials són també emblemes, per exemple quan utilitzem el rostre per a representar una sorpresa estudiada, una alegria fingida o un enuig teatralitzat.

### Expressions facials:

Tradicionalment s'ha atribuït al rostre humà la capacitat d'aportar gran quantitat d'informació tant al voltant de l'edat com del gènere, la raça, la bellesa, el nivell d'interès, l'activació general, la presència de plaer o desplaer, les emocions, els estats d'humor, trets de personalitat, intel·ligència, capacitat per a emetre missatges, el paralenguatge, informació del context o de l'estat de salut de la persona.

Des del punt de vista comunicatiu dividim les **expressions facials en emocionals i conversacionals**.

El model emocional de les expressions facials segueix la tradició darwiniana i postula un origen innat de les emocions així com de les seves expressions facials concomitants. Aquest origen innat i instintiu ha portat a considerar la seva universalitat. Segons Darwin, i posteriorment altres autors (Ekman y Scherer), les *expressions facials emocionals* han estat seleccionades per a la transmissió de missatges amb la finalitat de

mantenir i regular la comunicació i, secundàriament, per a la supervivència dels individus. Definiren les emocions bàsiques i universals que comprenen l'alegria, la tristesa, l'ira, el disgust/fàstic, la sorpresa, la por i el menyspreu i, amb menor consens, l'interès i la vergonya.

ESTATS EMOCIONALS: encara que difícils de definir, hi ha acord en agrupar-los en dues categories: de confort o positius com plaer, excitació o felicitat; i de discomfort o negatius com ansietat, enuig, tristesa i evitació.

MICROEXPRESSIONS: són expressions facials breus que acostumen a "ser filtrades" per un canvi d'emocionalitat o per voluntat d'amagar-les. Només si estem molt atents podrem percebre-les.

Gran part del repertori facial està format per les *expressions conversacionals*, donat que apareixen de forma concomitant durant la parla. Entre elles destaquem els denominats il·lustradors facials (sovint moviments amb les celles que apareixen de manera redundant) que tenen una funció semàntica, ja que representen allò que s'està dient. Altres expressions tenen una funció explicativa i apareixen quan fem comentaris, exposem records o mostrem escepticisme.

Hi ha expressions conversacionals que tenen una funció o una relació amb la sintaxi del missatge que s'emet. Són els emfatitzadors de paraules o frases, les expressions que apareixen amb les preguntes o aquelles que intenten afavorir la continuació del discurs. També expressem amb el rostre mentre escoltem, ja sigui a través de facilitadors, mitjançant expressions mimètiques amb les del nostre interlocutor o, simplement, a través d'aquelles en què intervenen les nostres reaccions personals.

Finalment, els automanipuladors facials apareixen habitualment quan ens sentim incòmodes, amb ansietat, o quan intentem amagar alguna cosa per a no ser descoberts. Inclouen mossegar-se els llavis, treure la llengua o empènyer les galtes amb aquesta.

El parallenguatge fa referència a les característiques vocals de la parla i inclou el to, timbre, intensitat, velocitat de la parla, les pauses, vacil·lacions, murmuris, grunyits, etc. El parallenguatge ens aporta informació sobre l'estat emocional del nostre interlocutor, la seva intencionalitat, elements de la seva personalitat, nivell de seguretat, falsedat o dades semiològiques (depressió, ansietat, parkinsonisme, alteracions cerebel·loses). Probablement detectem millor els estats emocionals del nostre interlocutor a través del parallenguatge que no pas a través de les seves expressions facials. El to i el timbre de la veu, així com la seva velocitat, ens permeten inferir el nivell d'alegria, tristesa, enuig, por, seguretat o ansietat, entre d'altres. Així mateix, la credibilitat i la persuasió del nostre discurs depenen d'una vocalització adequada, sense vacil·lacions, emfatitzant les idees més rellevants i amb pauses que afavoreixin la comprensió del missatge. Parar atenció a la comunicació no verbal implica observar l'entrada del pacient i/o acompanyants, com caminen, com vesteixen, com saluden, com s'asseuen, la posició del seu cos, com parlen, quins reguladors o adaptadors realitzen (sobretot davant de determinades preguntes observar un canvi de postura o gest ens ha de cridar l'atenció) i quines expressions facials utilitzen. Quan coneixem al pacient prèviament, pot ser molt més senzill detectar un canvi de forma de vestir, de neteja, d'expressió, de manera de moure les mans, per exemple. I el més rendible a tenir en compte en comunicació no verbal és estar atent als canvis de postura i l'aparició d'adaptadors quan el pacient respon a una pregunta difícil o parla d'alguna cosa important. Recomanem procedir en aquests casos a un assenyalament del tipus "el veig intranquil".

### **Interferències a la consulta**

Convé estar atent a la presència de possibles interferències comunicacionals durant la consulta, tractant de minimitzar-ne l'impacte davant d'aquelles inevitables.

Les interferències es classifiquen en:

-Sorolls de l'entorn: massa gent a la sala d'espera, decoració o disseny d'espais inadequats, interrupcions de

pacients o companys, missatgeria instantània per l'ordinador mentre treballem, peticions del programa informàtic, trucades telefòniques, etc.

-Interferències cognitives: la incapacitat del pacient per expressar-se de manera comprensible, les creences màgiques o fortes conviccions sobre aspectes del malalt i del guarir, les creences de l'entrevistador que tendeixen a ignorar els aspectes psicosocials dels pacients, dificulten la relació terapèutica satisfactòria i l'atenció sanitària efectiva.

-Interferència emocional: els pacients afectes de trastorns mentals com ara depressió o ansietat, o que viuen emocions extremes com el ressentiment, l'enuig i el dol. Els entrevistadors *disfuncionals* que es desresponsabilitzen o els que ho fan excessivament. També quan es projecten excessivament sobre el pacient (per exemple perquè estan vivint una situació similar).

-Interferència social: és una de les més comunes, com la notable diferència sociocultural entre el pacient i el professional de salut.

-Cansament personal del professional: convé identificar la nostra pròpia corba de cansament i procurar cuidar-nos en les sessions de moltes entrevistes seguides per mantenir la satisfacció professional i evitar errors clínics, derivacions innecessàries, mal humor i malestar. També hi ha una habituació a la població assignada i a l'entorn que els professionals sanitaris hem d'identificar i compensar.

### **Reptes comunicatius de les entrevistes amb acompanyants:**

Un pacient que ve acompanyat a la consulta sol portar a algú que el coneix, que passa temps amb ell i amb qui comparteix experiències i creences sobre la salut i la manera d'emmalaltir. Hem d'identificar una consulta acompanyada com una consulta que ens permet una visió més àmplia i que permet avançar més, moltes vegades, que no pas la consulta individualitzada. Però en alguns casos l'entrevista amb companyia no flueix, és aleshores quan podríem identificar diversos tipus d'acompanyant i recomanar aquestes tècniques per acomodar-les:

**ABORDATGE DE L'ACOMPANYANT INVASSIU O INTERVENTOR:** s'anomena acompanyant invasiu el que protagonitza l'entrevista i, fins i tot, dirigeix el professional inhibint la participació del pacient. Sol ser incòmode tot i que normalment es tractarà d'una persona amb moltes ganes d'ajudar. La recomanació és utilitzar la tècnica del "Buidatge de la interferència" permetent que aquesta persona expressi tot el que hagi de dir amb la idea de centrar posteriorment l'entrevista en el pacient. Una altra tècnica recomanada és el "Pacte d'intervenció" que permet arbitrar els torns de paraula de cada interlocutor (per exemple, a l'acompanyant: "si li sembla bé expliqui'm el seu punt de vista i després permeti que el seu familiar m'expliqui com es troba"). Si no s'aconsegueix recentrar l'entrevista al pacient es recomana la tècnica de "creació d'un nou entorn" que consisteix a buscar un espai de privadesa per poder entrevistar el pacient (per exemple mentre explorem a la llitera o una altra consulta per poder atendre'l).

**ABORDATGE DE L'ACOMPANYANT PASSIU:** Es considera passiu aquell acompanyant que acudeix a l'entrevista amb el familiar o amic sense participar-hi. Convé involucrar aquesta persona acompanyant perquè segurament té una opinió, una pregunta, un temor que sovint és molt útil per a l'abordatge de la situació. Alguns exemples: "està preocupat per la seva germana", "està dormint al sofà", "està bevent més" o "s'ha enfadat amb la seva mare".

**ABORDATGE DE L'ACOMPANYANT COL-LABORADOR:** l'acompanyant col-laborador permet que l'entrevista flueixi i a vegades flueix tan bé que obviem al pacient perquè amb l'acompanyant anem més àgils. És important practicar la "tècnica del pont" portant la conversa al pacient, el centre de la nostra entrevista.



**ABORDATGE DE L'ACOMPANYANT MALALT:** Guanyar-se la confiança. Assenyalaments. Es tracta d'un acompanyant que aprofita l'entrevista per comentar-ne els símptomes o narrar la seva experiència sanitària interferint en l'atenció del pacient esmentat. De vegades de manera innocent, de vegades demanant sigui atès. La proposta d'abordatge en la majoria dels casos consisteix a mostrar que dones valor a la seva situació i dir-li que s'ha d'emplaçar a una consulta.

## **5. L'entrevista clínica**

### **5.1. Tipus d'entrevista**

- a. Entrevista semiològica**
- b. Entrevista operativa**
- c. Entrevista múltiple**
- d. Entrevista grupal/familiar**
- e. Entrevista d'integració psicosocial**
- f. Entrevista motivacional**
- g. Entrevista per a tercers**
- h. Entrevista semiestructurada**

Depenent dels objectius, podem distingir diversos tipus d'entrevistes;

a. **ENTREVISTA SEMIOLÒGICA:** és aquella on el professional avalua la presència d'un símptoma o un signe per als quals es sol·licita una orientació diagnòstica. L'entrevista semiològica s'emmarca en la clàssica anamnesi. Comprèn la recollida de dades clíniques rellevants, així com els antecedents personals i familiars. Molts dels motius de consulta habituals, sobretot per processos aguts, s'emmarquen en aquest tipus de visita. Hi tractem de delimitar bé la demanda per tal de gestionar correctament el temps disponible.

b. **ENTREVISTA OPERATIVA:** professional i pacient han acordat prèviament els objectius i el contingut de la mateixa. Ja sigui per al control d'un trastorn (hipertensió, diabetis, obesitat, etc.), l'aplicació d'una tècnica (administrar un tractament, fer una cura, un electrocardiograma, etc.), fer una activitat d'educació sanitària (abordatge del tabac) o conduir una sessió (de rehabilitació, tècnica de relaxació, etc).

Moltes d'aquestes entrevistes es fan dins del marc d'infermeria. El treball d'infermeria centra gran part de la seva activitat en l'avaluació de les necessitats del pacient, basant-se en una concepció integral de l'individu i contempla els aspectes biopsicosocials que influeixen en l'aparició de la malaltia.

c. **ENTREVISTA MÚLTIPLE:** es produeixen a la mateixa consulta diverses visites a diferents pacients (per exemple: diversos familiars)

d. **ENTREVISTA GRUPAL i/o FAMILIAR:** difereix de la múltiple en un aspecte cabdal: en aquest cas és un col·lectiu de persones (en general una família) que és entrevistada conjuntament. Seria el cas per exemple d'un consell familiar per decidir la millor alternativa terapèutica per a un avi enllitat i molt greu.

e. **ENTREVISTA D'INTEGRACIÓ PSICOSOCIAL:** part de la demanda assistencial comporta problemes d'índole psicològica i social. Podem aproximar-nos mitjançant el col·loquialment conegut "salt a l'esfera psicosocial", exercici que ens permetrà entendre i integrar millor la informació del problema aportat. D'aquesta manera, afavorim donar un sentit biogràfic als símptomes, així com proporcionar consells per aconseguir una millor adaptació. Algunes preguntes que ens aproximem a aquesta avaluació inclouen:

- L'entorn del pacient: «com van les coses a casa? i a la feina?»

- Sobre esdeveniments vitals: «hi ha hagut algun canvi recent a la seva vida?», «alguna dificultat a la feina?», «ha viscut alguna situació violenta?»
- Sobre l'estat anímic i pensaments: «com es troba d'humor?», «què és el que més el preocupa actualment?», «al final del dia, quan se'n va a dormir, en què pensa?».

f. ENTREVISTA MOTIVACIONAL: Una de les tasques més ingrates i complexes de la pràctica clínica fa referència a afavorir canvis d'estil de vida més saludables. El consell sistemàtic per modificar algunes conductes afavoreix canvis escassos en pacients motivats. Alguns autors adverteixen que el consell sistemàtic tendeix a incrementar les resistències de molts pacients al canvi. L'Entrevista Motivacional (EM) és un model clínic definit com una manera de guiar, col·laborativa i centrada en la persona, amb l'objectiu d'evocar i enfortir la motivació per al canvi. El model es basa en quatre principis bàsics: 1. Inhibir el reflex de redireccionament, és a dir, intentar evitar en la mesura del possible dir-li al pacient el que hauria de fer, abans de sol·licitar-li permís o la petició del mateix. 2. Avaluar i comprendre les motivacions del pacient per canviar una conducta determinada, però també per mantenir-la. 3. Escoltar amb empatia. Només sent capaç d'entendre com se sent el pacient, què és el que el preocupa i quines dificultats troba, podem ajudar-lo a crear una relació terapèutica d'ajuda. 4. Donar suport al sentit d'autoeficàcia, mostrant confiança en el pacient, emfatitzant habilitats en intents previs, i evocant les pròpies aptituds i capacitats del pacient per dur a terme el canvi.

g. ENTREVISTA PER A TERCERS: consisteix, per exemple, a venir a demanar unes medicines o receptes per "el-marit-que-no-pot-deixar-el-treball" o per a una veïna.

h. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: els continguts estan parcialment determinats pel professional, deixant espai per a lliure narració del pacient. Permet moments en què el pacient escull els continguts que vol expressar, combinats amb altres moments en què és l'entrevistador qui requereix determinades dades.

## 5.2. Parts de la Entrevista semiestructurada

- Recepció del pacient i part exploratòria de l'entrevista**
- Sumari i exploració física**
- Part resolutiva. Informació i negociació**

Després d'una rebuda cordial i la presentació dels interactuants, s'inicia la part EXPLORATÒRIA de l'entrevista. El professional tracta d'esbrinar el/s motiu/s de consulta, facilita el buidatge de la informació preelaborada mitjançant un suport narratiu apropiat i cerca aquelles dades específiques necessàries per a una presa de decisions posterior. És un marcadore de bona pràctica la utilització de sumaris o resums al llarg de l'entrevista. D'una banda permet comprovar que seguim adequadament el pacient, així com ordenar la informació obtinguda: «si l'he entès bé, em comenta que des de fa tres setmanes està cansat, amb poca gana, amb dècimes de febre a les tardes i amb tos seca ocasional, és això? M'agradaria preguntar-li ara sobre...». La part EXPLORATÒRIA acaba generalment amb l'exploració física (metges) o les tècniques corresponents (infermeria).

A la part RESOLUTIVA enunciem i expliquem els problemes trobats, eduquem per a nous hàbits, reconvertint, si calgués, creences incorrectes, negociem amb el pacient la individualització de les mesures preventives, terapèutiques o diagnòstiques que li proposem i arribem a acords.

Entre la part EXPLORATÒRIA i la part RESOLUTIVA hem de fer una SÍNTESI DELS PROBLEMES i fer una proposta del millor camí a seguir.

### a. Recepció del pacient i part exploratòria de l'entrevista

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PER A L'ATENCIÓ DE LA DEMANDA. PART EXPLORATÒRIA

SEQÜÈNCIA DE TÈCNiques	COMENTARIS/EXEMPLES
1.Rebuda cordial i pregunta oberta	Aixecar-se a rebre al pacient, donar-li la mà, mirar-lo a la cara, dir-li pel nom i dir: "Vostè dirà", "En què puc ajudar-lo?"
2.Delimitar motius de consulta	Prevenió de les multidemandes del "by the way". Negociant el contingut de l'entrevista abans d'entrar a la fase exploratòria. <i>"Alguna cosa més?"</i>
3.Recolzament narratiu	Buidatge de la informació preel·laborada. Buidatge de queixes afavorint informació significativa espontània <i>"Què té des del seu punt de vista?" "Què fa o ha fet fins ara?" "Què li preocupa?"</i>
4.Informació específica	Seqüència correcta de tècniques (anar en general de preguntes obertes, a menú de suggeriments i preguntes tancades)
5.Actualització d'altres problemes	Repasar amb el pacient l'estat d'altres problemes rellevants que pateixi.
6.Acompanyament a l'exploració física	Amb frases pont i demanant permís. <i>"Em permet que l'explori...?"</i>

## TÈCNiques PER A REALITZAR RECOLZAMENT NARRATIU

**1. Empatia:** solidaritat emocional sense judici, suposa fer l'esforç per entendre la persona que tenim davant i demostrar-li que comprenem com se sent. La compassió comportaria, a més del reconeixement del patiment quan és present, mostrar un desig genuí d'intentar alleugerir-ho i prevenir-lo.

Formulació: contacte, somriure, acostar el mocador per plorar. Empatia verbal "Entenc que vostè se senti així ara".

Evitar confondre amb judicis de valor: "vas fer el que vas poder" o seguretats prematures "tot sortirà bé". L'empatia dona consol, no dona consell. Valida l'emoció que està sentint el/la pacient en aquell moment.

**2. Facilitació:** ajuda a prosseguir el relat sense indicar ni suggerir continguts. Pot ser gestual amb rematades de cap o verbal "l'escolto, continui vostè" "I què més?".

Evitar confondre amb silenci disfuncional que serà aquell silenci que desconcentrarà l'entrevistador o el pacient, sense que se n'obtingui cap profit.

I evitar també confondre amb la facilitació "tancada" per una pregunta. Per exemple: "segueixi, segueixi,... ¿estava bé del tot?", en aquest cas la facilitació no té valor, ja que orientem el sentit de la resposta del pacient. Ja no estem facilitant sinó redirigint el discurs que no és l'objecte d'aquesta tècnica.

**3. Assenyalament:** identifica emocions, gestos o conductes, mostrant-les al pacient, aprofundeix així en les motivacions, inseguretats o incongruències, conflictes o àrees d'estrès i ajuda així a identificar-los i poder abordar-los.

Formulació mitjançant observació gestual: "Sembla com si estigués nerviós", "El veig inquiet"; observació conductual: "D'un temps ençà sembla que vostè...", "Pel que em diu ha fet tal cosa". També es poden formular preguntes com: "No serà que es posa nerviós en parlar-ne?"

Error a evitar: interpretar en comptes d'assenyalar: "Crec que la seva situació familiar el posa molt tens" o antagonitzar per assenyalar: "Si fos més comprensiva..."

**4. Silenci funcional:** és l'absència de comunicació verbal sense gestos no verbals que poguessin limitar la narrativa del pacient. Té com a efecte proporcionar un temps de reflexió al pacient, així com catalitzar els seus pensaments, reflexions i emocions.

La seva formulació és no verbal i necessita assertivitat i una actitud d'escolta genuïns. La metàfora que fem servir per explicar-ho és la de deixar caure la frase que acaba de dir el pacient com un full d'arbre a terra, permetent que reboti i el pacient pugui sentir el ressò del que acaba de dir i reflexionar-hi.

Error a evitar: bacil·lacions, dubtes, inseguretats o gestos adaptatius del professional mentre escolta. Quan el silenci té significats no desitjats o inadequats (per exemple, quan amaga certa tensió entre pacient i professional o davant d'una manca d'orientació del professional de com abordar la situació).

### **L'ESCOLTA ACTIVA**

Són elements imprescindibles per fer una escolta activa: mostrar sintonia postural, afavorir que la persona reflexioni i s'escolti mentre parla i busca les seves pròpies solucions, evitar donar consells i jutjar, procurar potenciar les habilitats del pacient, evitar responsabilitzar-nos dels problemes. Així mateix, aprofundir en el missatge real, detectant generalitzacions o omissions o expressions del tipus "tinc la impressió d'estar drogant-me" (la paraula "drogant" pot manifestar uns valors lligats a la medicació i ser una raó de l'incompliment que centraria la nostra atenció).

### **TÈCNiques PER A OBTENIR INFORMACIÓ ESPECÍFICA**

**1. Preguntes obertes:** permeten al pacient respondre amb una frase i no tanquen cap tipus de suggeriment.

Formulació verbal: "Parli'm del dolor", "Expliqueu-me més sobre el mareig".

Error a evitar: afegir un afegitó que tanqui la pregunta, per exemple: "Parli'm del dolor, era punxant?", amb la qual cosa deixa de ser una pregunta oberta i es converteix en una pregunta tancada. Un altre error comú és saltar a una pregunta tancada si no obtenim una resposta satisfactòria perdent la utilitat valuosa del menú de suggeriments.

#### **2. Menú de suggeriments:**

Formulació verbal: "El dolor és punxant?, com una mossegada? o és com si l'estrenyessin amb un plat al pit?"

Error a evitar: fer un sol suggeriment, ja sigui perquè el pacient ens interromp o perquè no se'ns acudeixen més: "Era com una punxada o..." En aquest cas és recomanable afegir: "...o tot al contrari?". Formular menús de suggeriments que en si mateixos continguin la resposta que esperem del pacient: "ho tenen des de fa dies, setmanes?", amb la qual cosa exclouem els molt curts o els llargs períodes de temps.

**3. Preguntes tancades:** són aquelles que només poden ser respostes amb un monosíl·lab o una paraula.

Formulació verbal: "Li passa més als matins?", "Li fa mal aquí?", "Ha tingut febre?", "Ha vomitat?".

Error que cal evitar: basar l'examen verbal en aquest tipus de preguntes. S'han de complementar amb tècniques de suport narratiu i sempre després de les preguntes obertes i el menú de suggeriments. Evitar concatenacions de preguntes (diverses preguntes encadenades que ràpidament són contestades pel pacient i normalment amb la resposta que creu espera l'entrevistador que considerarà com a "bona").

### **Error en la Part Exploratòria de l'entrevista**

**Antagonismes:** són conductes verbals o no verbals que oposen, critiquen, culpabilitzen o impugnen les conductes o emocions del pacient. La culpabilització és relativament freqüent en alguns tipus de consultes ("Com vol millorar si no deixa el tabac", "Si segueix així, la cosa anirà malament, vostè veurà"). Debiliten la relació assistencial, tenen un efecte antiplacebo i afavoridor del mal compliment. És recomanable evitar l'agressivitat latent amb autocontrol emocional. Si cal opinar sobre la conducta del pacient és recomanable fer-ho a la fase resolutiva de l'entrevista.

**Seguretats prematures:** Inclouen frases del tipus: “No us preocupeu, no és una apendicitis, està tot controlat”, “La prova sortirà negativa”, “Tot anirà bé”. Tot i que tinguem molt clar la recomanació o indicació que farem a la persona que consulta, convé en tant que sigui possible no anticipar-se, ja que existeix el risc de perdre credibilitat. Generalment són frases que només tranquil·litzen a qui les emet.

### **b. Sumari i exploració física**

És altament recomanable que per concloure la fase exploratòria el professional sanitari faci un resum del que s'ha parlat incloent-hi les preocupacions del pacient i demanant al pacient que confirmi si l'ha entès correctament. El sumari es pot aprofitar per reconfirmar que no hi ha altres temes que el pacient vol abordar. Per exemple “entenc llavors que té un refredat sense febre i amb moc verd des de fa 3 dies, que no li falta l'aire però que està preocupat per si té una pneumònia perquè no millora amb els broncodilatadors i recorda quan el seu marit va estar així i va acabar ingressat. A més, comenta que torna a tenir mal d'esquena però que aquesta vegada se'n va cap a la cama. No té problemes per caminar i orina com sempre, però no sap què prendre's pel mal d'esquena i encara està pendent de les proves que vam demanar fa dos mesos per estudiar-ho. Hi ha alguna cosa més que desitgi comentar-me?”

Posteriorment demanarem permís per a l'exploració física, protegint la intimitat de la persona (mitjançant una cortina o mampara) i on s'explicaran els procediments a realitzar en cada fase de l'exploració. Per exemple: “Si us sembla, primer us auscultaré els pulmons i posteriorment mirarem el dolor de la columna lumbar, per això serà convenient primer....., i després .....”.

Recordeu que especialment en adolescents és un moment molt sensible: la intimitat de la persona s'ha de respectar i, així mateix, el fet de sentir-se vulnerables quan no tenen roba o quan poden sentir dolor per alguna maniobra exploratòria. Si el pacient està acompanyat convé confirmar si permet que la persona que l'acompanya l'ajudi a desvestir-se o estigui present a l'exploració, no donar res per fet. Recordem també que caldrà tornar a demanar permís perquè un estudiant o resident estigui present o faci l'exploració física.

De vegades utilitzem el moment de l'exploració física per completar alguna anamnesi o tornar a preguntar alguna cosa la resposta de la qual no ens ha quedat clara per la comunicació no verbal del pacient en aquell moment o perquè estava davant l'acompanyant. Recordem que és un moment de més vulnerabilitat amb caràcter general.

Un cop conclosa l'exploració física informarem al pacient de les troballes: “no té febre, la tensió arterial és normal així com l'oxigenació. No he detectat ganglis al coll; la gola i les orelles estan bé i l'auscultació dels pulmons és normal. L'exploració de la lumbàlgia mostra una contractura dels músculs, no hi ha signes de ciàtica i l'exploració neurològica afortunadament és normal”

### **c. Part resolutiva. Informació i negociació**

A la part RESOLUTIVA enunciem i expliquem els problemes trobats, eduquem per a nous hàbits, reconvertint, si calgués, creences incorrectes, negociem amb el pacient la individualització de les mesures preventives, terapèutiques o diagnòstiques que li proposem i arribem a acords. En aquest moment de l'entrevista, les tècniques informatives i les de negociació són imprescindibles.

Cal tenir en compte que allò que s'esmenta en primer lloc es recorda més. També es recorda més allò que estableix relació amb coneixements previs que pugui tenir el pacient sobre la matèria concreta de què informem. I també es recorda més allò que cada persona entén com a veritablement important per a la seva salut.

Les tècniques informatives que exposem a la taula següent ajuden a una millor comprensió i memorització dels missatges informatius.

## SEQÜÈNCIA DE TÈCNiques

## COMENTARIS/EXEMPLES

1. Enunciació de problemes en termes de probabilitat	<i>"Al meu entendre té probablement dos problemes, primer., segon..."</i>
2. Proposta d'acord	<i>"La meva recomanació seria..."</i>
3. Informació específica	Bidireccionalitat: <i>"Què sap vostè de...?"</i> Enunciació: <i>"Ara vaig a explicar-li"</i> Detallar conducta: <i>"Quan esmorza...?, llavors fora bo prendre la pastilla de..."</i> Racionalitat de la mesura terapèutica: <i>"Això actua fent..."</i> Instruccions per escrit: <i>"En aquest fulletó veurà les recomanacions al voltant de..."</i>
4. Si hi ha resistències: resposta avaluativa, exploració de creences i negociació	- Exploració de creences: <i>"Què pensa al voltant de...?"</i> - Cessió real: <i>"D'acord"</i> - Cessió intencional <i>"Em sembla bé el que em comenta i ho tindrem en compte, però de moment seria convenient que ...."</i> - Cessió condicionada <i>"si succeeix això farem el que vostè demana"</i> - Reversió d'idees: <i>"Vostè creu..., i és que en realitat..."</i> - Parèntesi <i>"De moment esperarem a veure com evoluciona...."</i> - Doble pacte: <i>"Jo faré..., a canvi li demano que es comprometi a..."</i>
4. Decisió compartida	<i>"Què opina vostè?" "Quina de les opcions que hem comentat li sembla millor per a vostè en aquest moment?"</i> <i>"Llavors, hem acordat que vostè ... i jo..."</i>
6. Comprovació d'acords	<i>"Què ha entès?" "Podria repetir-me?" "Què s'emporta d'aquesta consulta?" "Li sembla bé el que hem parlat?" "Té algun dubte?" "Vol comentar-me alguna altra qüestió?"</i>
7. Invitació final	<i>"En el cas de .... no dubti a consultar de nou"</i>

Les habilitats formals que permetrien una bona recepció dels missatges informatius són: generar un clima de bidireccionalitat, la utilització de frases curtes, el vocabulari neutre (sense paraules d'alt contingut emocional, usant preferiblement termes del pacient), una dicció clara i entonació adequada i, si és possible, utilitzar exemples o complements visuals.

### **Pel que fa als elements conceptuals destacariem:**

**Enunciació:** anunciar, prioritzant els continguts que s'explicaran. Exemple: "En primer lloc us informaré sobre les característiques de la seva malaltia i, a continuació, del tractament".

**Exemplificació:** explicar un concepte mitjançant un exemple de comprensió fàcil. Exemple: "La tensió arterial és similar a la pressió que hi ha en una canonada".



**Racionalitat de les mesures terapèutiques:** explicar el fonament o actuació de la conducta terapèutica o diagnòstica proposada. Exemple: "Aquest inhalador us ajudarà a obrir els bronquis i a expulsar les secrecions".

**Detallar canvis/ Escriure'ls:** detallar els canvis conductuals proposats, adaptant-los - quan calgui - a l'estil de vida del pacient. Exemple: "Quan menja vostè?... doncs serà llavors quan prendrà aquestes pastilles".

**Comprovar l'assimilació:** assegurar-se de la comprensió exacta dels missatges. Exemple: "Ho ha entès tot?", "Em pot repetir?".

## **NEGOCIACIÓ A LA CONSULTA**

Quan les expectatives del professional i el pacient difereixen, es genera una discrepància, que cal salvar amb adequades tècniques de negociació mantenint la bona relació professional sanitari/a amb pacient i sense desgast emocional. La negociació consisteix en un diàleg en què una de les parts (pacient, clínic o tots dos) volen clarament aconseguir alguna cosa. És important distingir la negociació (amb la qual es pretén aconseguir un acord el més savi i equànime possible), de la persuasió (en què l'objectiu és convèncer el pacient perquè faci un determinat tractament o adquireixi un canvi d'hàbit, per exemple).

La negociació sol passar a la part resolutiva de l'entrevista clínica i comença quan observem un desacord o una resistència per part del pacient. Si bé és cert que els desacords o les resistències moltes vegades es manifesten de forma verbal (per exemple, quan el pacient interromp, discuteix, nega o fins i tot ignora la informació que li proporcionem), altres vegades es manifesta indirectament amb expressions no verbals que indiquen desagrau i que convé identificar, per exemple: conductes d'evitació (menor contacte visual), augment del to de veu, increment de gestos adaptadors (tocar-se els cabells, moure les mans, reacomodació a la cadira), encongiment d'espatlles, canvi a postura tancada (de braços plegats), mirada fixa i perduda, canvis en el ritme de la parla (silencis o increment de la reactivitat), o la presència de microexpressions facials de desagrau.

### **Com respondre davant una discrepància?**

**Resposta justificativa:** apareix quan emfatitzem els nostres arguments, normalment mèdics, amb certa autoritat ("ho he estudiat, signes d'aquest tema, intento convèncer de què és el millor per a vostè..."). Aquest tipus de respostes, tot i que són les que espontàniament faríem, poques vegades condueixen a un acord efectiu.

**Resposta avaluativa:** busquem explorar les creences i experiències prèvies del pacient (per què el pacient pensa així?) amb l'objectiu d'esbrinar-ne les raons, "el perquè d'aquest què". Exemples: "Digui'm què li fa pensar que aquest tractament no funcionarà", "Per què creu que aquesta prova és necessària?". Aquest tipus de resposta proporciona informació molt valuosa per negociar posteriorment amb el pacient, aproximant-nos als seus desitjos per tractar de reconvertir-los, si pot ser amb els seus propis arguments i paraules, i buscant objectius compartits de salut. Perquè resulti efectiva és important escoltar (sense interrompre, amb mirada atenta i interès genuí), empatitzar (fer l'esforç per entendre la seva opinió des de la seva persona), normalitzar (indicar que és normal que pensi així, que altres persones tenen una opinió similar) i legitimar (té dret a opinar això). I des d'allà, des de les seves opinions i si pot ser amb els seus arguments i paraules, poder reconvertir de manera amable aquelles idees errònies que no li permeten millorar la salut. Generalment les respostes avaluatives permeten més possibilitats per arribar a acords mutus.

A més, amb aquesta resposta se sol preservar la relació de confiança professional sanitari/a amb pacient, requisit indispensable perquè hi hagi una negociació fructífera. Per exemple, si un familiar d'un pacient amb malaltia d'Alzheimer en fase terminal amb disfàgia severa, que mostra dificultats d'adaptació a la situació i ens demana la col·locació d'una sonda nasogàstrica per seguir alimentant-lo, en primer lloc haurem d'escoltar, empatitzar, normalitzar i legitimar aquesta petició. Després avaluar amb preguntes del tipus: "Per què pensa que ha deixat d'empassar?" , "Què fa pensar que el seu pare ho necessita?", "Pensa que el seu

pare té gana?”, “Què creu pot notar ell i en què millorarà si la hi posem?”. Ell/ella ens explicarà les raons que el porten a sol·licitar la sonda, i tot i ser algunes errònies (per exemple, pot pensar que així tindrà menys complicacions -encara que l'evidència científica demostrï el contrari-, aquest coneixement previ ens permetrà reconvertir de manera més eficaç aquestes idees i creences). Podem entendre amb aquesta aproximació avaluativa les motivacions del familiar (cuidar el pare amb el millor confort possible en aquesta última fase de malaltia), i des d'on podrem negociar la indicació de la sonda nasogàstrica. Aquest clima de treball col·laboratiu permetrà, a més, validar les cures del familiar i les seves expectatives d'autoeficàcia (empoderament), així com ajudar-lo en l'elaboració del dol.

### **Tècniques de negociació:**

**Enunciació:** anunciar els continguts que s'explicaran durant la fase resolutiva de l'entrevista.

**Cessió:** si després d'una resposta avaluativa veiem que es poden fer cessions raonables podem acomodar les expectatives del pacient i cedir en algun punt, ja sigui una cessió:

o Real: “em sembla bé fer això que em comenta”

o Diferida: “després del tractament us enviaré aquesta prova que demana”

o Condicionada: “si no millora en un parell de setmanes realitzarem novament una radiografia de control”

o Intencional: “tindrè en compte el seu suggeriment”

La cessió ha de tenir en compte el balanç benefici-risc de la intervenció realitzada i ha de servir per guanyar aliança terapèutica. En cas d'una cessió real podem alhora sol·licitar al pacient alguna cosa a canvi per millorar la seva salut. La relació s'ha de cuidar i evitar convertir-nos en un metge complaent que es limita a fer allò que els pacients necessitin per tenir-los satisfets sense treballar per convertir-se en un metge més reflexiu i expert, que rectifica sense dolor moral quan és necessari i que té com a objectiu primordial la salut de la població que atén.

De vegades haurem de cedir en algun aspecte, admetre errors, així com reconèixer la intuïció de determinats pacients en proposar-nos mesures diagnòstiques o terapèutiques que la posterior evolució del patiment va demostrar encertades.

**Reconversió d'idees:** es tracta de mostrar al pacient les incoherències i les contradiccions contraposant-les a una altra informació, sempre en un clima de diàleg i facilitant el canvi d'actitud, sense oblidar legitimar i normalitzar el que el pacient pensa: "La insulina no t'esclavitzta, el que sí que ho fa és la diabetis en haver de venir d'urgències perquè tens el sucre alt contínuament".

**Reconducció per objectius de salut:** es tracta de desviar el camp de negociació d'aspectes perifèrics a les qüestions centrals, sobretot millorar l'estat de salut: "El que és important no és fer una radiografia de l'esquena, sinó dur a terme el tractament de rehabilitació per intentar millorar el dolor"; “Tornem a això que a vostè el preocupa més: què podem fer per millorar els seus mals de cap?”.

**Negativa argumentada seguida de “disc ratllat”:** si fallen les anteriors tècniques de negociació i el pacient segueix sol·licitant una cosa que no és possible realitzar, no ens queda altra que reafirmar-nos en els nostres arguments i repetir-los una vegada i una altra. Sense acritud i de manera assertiva i, si pot ser, amb les mateixes paraules i gestos, donant entendre així que no hi ha cap altra resposta possible: “Ho sento però aquesta recepta d'Alprazolam no la puc fer, has de ser tractat a la Unitat d'addiccions” .

### **Tècniques per arribar a acords**

**Doble pacte:** Cedir en un punt a canvi que el pacient faci una altra cessió “li sol·licito l'analítica, però també li demanaria que es comprometés a seguir amb el tractament”, “Jo consideraré el seu punt de vista i vostè hauria de considerar també la possibilitat que hi hagi un aspecte emocional en la seva malaltia”.

**Parèntesi:** Posposar la resolució de la demanda, ja sigui evitant l'emissió d'un diagnòstic o teràpia o una



altra mesura sol·licitada pel pacient. Exemple: “Encara no el conec prou per opinar”; “De moment no dono aquesta medicina que demana fins que no tinguem estudiat més a fons el seu problema”.

**Transferència de responsabilitat:** A un altre professional (“Per aquest problema del tiroide em sembla oportú que el visités l’endocrinòleg”, “La manca de resposta amb el tractament antidepressiu, aconsella la valoració per l’especialista, té algun inconvenient?”).

**Proposta de nova relació:** Indica una condició necessària per seguir amb el pacient (“Sense la seva confiança no puc seguir sent el seu metge de capçalera”, “Si no manté un mínim de respecte com el que el mostro, no el podré ajudar i seria millor que busqui l’atenció amb un altre professional”). Apareix nova relació quan s’han esgotat totes les possibilitats de treball col·laboratiu i s’han perdut capitals mínims imprescindibles: la confiança mútua i el respecte.

**Presa de precaucions:** Advertir el pacient d’una possible evolució desfavorable, convidant a una nova consulta de produir-se aquesta: “Si notés que les molèsties augmenten, no dubti a tornar a consultar”.

### **Conclusions: què fer i no fer en la negociació?**

Durant la negociació és important **evitar les discussions innecessàries**, imposar els nostres criteris i invalidar els del pacient, mirant de demostrar-los que tenen un problema. Convé evitar prendre les discrepàncies com una cosa personal o una mostra de desconfiança cap a la nostra professionalitat. Hem de mantenir una actitud empàtica amb el pacient durant tota la fase de negociació, legitimant i normalitzant les opinions del pacient i permetent el diàleg, però sabent a què ens hem de negar pel bé del pacient.

## **6. Situacions difícils.**

### **6.1. Situaciones difícils: Agressivitat en la consulta**

#### **Model general de l’agressivitat**

L’agressivitat és una resposta emocional i conductual extrema. Quan passa, estem sotmesos a una descàrrega fisiològica pròpia dels estats d’alarma. La capacitat de reflexió racional disminueix i predominen les respostes d’atac i defensa, així com les recompenses basades a “tornar l’agressió” i treure avantatge de l’altre “ara i aquí”, fins i tot perdent l’horitzó del que poguessin ser els beneficis en salut. Evidentment això pot passar en major o menor escala, depenent del grau i tipus d’agressivitat.

La gradació dels nivells d’agressivitat pot passar de:

1. Hostilitat latent: desacord en el no verbal amb els gestos, sospirs, mirades desconfiades, sense arribar a dir res.
2. Recriminacions i culpabilitzacions: “si vostè m’hagués fet...”; “ja li vaig dir que si no em feia cas...”, “per culpa seva he arribat a aquest estat...”.
3. Exigències i lluita per imposar un criteri: “doneu-me aquesta recepta”, “fins que no em faci l’informe no sortiré de la consulta”, “jo així no estic per a treballar”.
4. Insults. “Vostè és un incompetent”, “però qui s’ha cregut que és vostè”.
5. Amenaces: “si no em dona..... sabrà qui soc jo”, “no sap amb qui està parlant”, “millor que no me’l trobi pel carrer”.
6. Agressió verbal: “li donaré el seu merescut”, “vostè és un cretí”.
7. Agressió física.

Tot i això, no per estar en un nivell poc “elevat” d’agressivitat l’activació fisiològica ha de ser menor. De fet, una paraula desabrida pot provocar en cert moment una reacció a l’entrevistador que li produeixi desassossec, insomni, i un mal humor que s’estengui a altres àmbits vivencials.

Hi ha una vulnerabilitat de cada participant que depèn de característiques internes i d’una conjuntura determinada.

**Patrons d'agressivitat:** hostilitat latent, agressivitat institucionalitzada, en espiral, directa i física, ritualitzada (i per tant fitada).

**Hostilitat latent:** l'hostilitat latent és aquella que es percep de manera no verbal, de vegades només sentim que alguna cosa no va bé. És aquella hostilitat habitualment generada per un nivell d'insatisfacció més gran o menor amb el professional, que no ha estat explicitada de forma franca o verbal. Aquesta irritabilitat a l'ambient durant l'acte clínic augmenta el risc d'errors mèdics i deteriora la relació assistencial. Per això és important estar atents per aconseguir que no passi desapercebuda, d'atendre-la, entendre-la i abordar-la abans que augmenti i es faci més difícil de controlar. Podeu afavorir l'aparició de qualsevol de les següents.

**L'agressivitat en espiral** és aquella que es genera durant la pròpia entrevista habitualment per manca d'acord davant d'algun aspecte més o menys rellevant de l'entrevista. Requereix sempre la sintonització emocional entre els protagonistes i gairebé mai no és premeditada. Comporta risc per al pacient ja que aquest prioritza sovint la transacció emocional al guany.

Es distingeixen habitualment 3 fases: 1.- Fase de tempteig o sintonització (es manifesta a través de la conducta no verbal), 2.- Fase de lluita pel control de l'entrevista i 3.- Fase d'Eclosió o de Ruptura de la relació (apareixen recriminacions, insults, amenaces o fins i tot agressió física).

**L'agressivitat institucional o ritualitzada,** és una agressivitat de baix nivell, que sol aparèixer quan es vulneren drets considerats com a propis pel pacient i, habitualment, relacionada amb temes burocràtics (temps d'espera, errors o retard a la cita...).

**L'agressivitat directa** és aquella que apareix de manera brusca i sovint inesperada amb recriminacions, amenaces o fins i tot agressions físiques.

**L'agressivitat física** definiria el major nivell de resposta desadaptativa i d'intensitat emocional, amb repercussions importants en el professional i el seu entorn.

#### **Prevenició de les situacions agressives.**

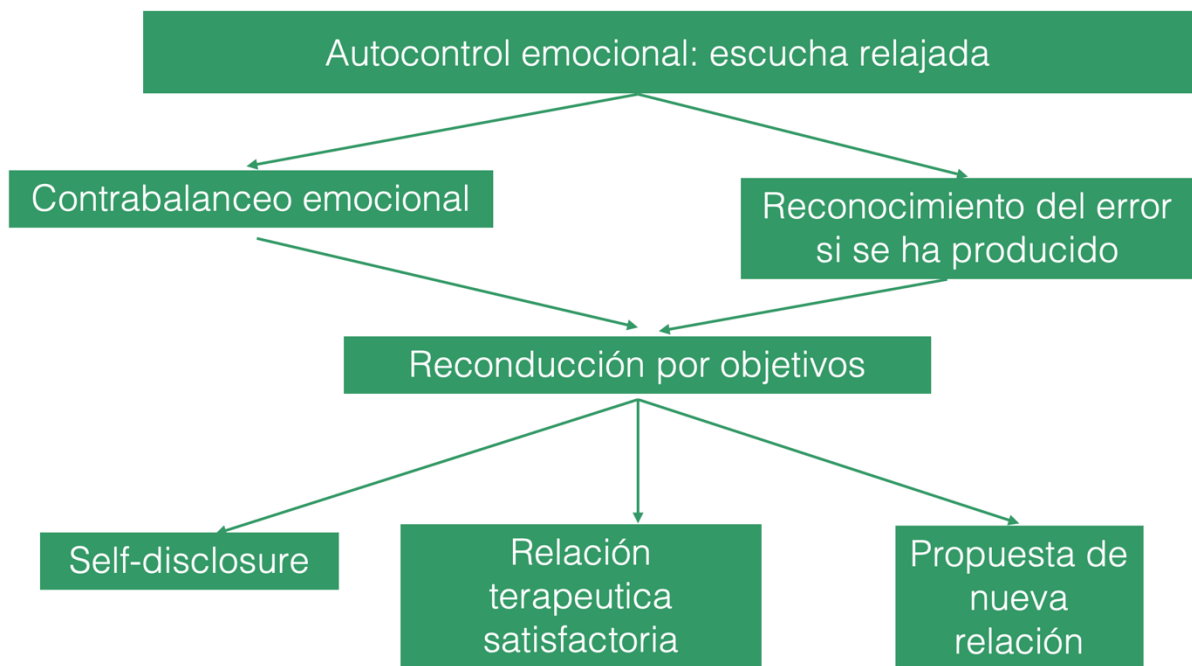
El millor abordatge de les conductes agressives és la prevenició: conèixer i aplicar una sèrie d'eines amb el fi d'evitar l'aparició de les primeres conductes agressives perquè, quan l'agressivitat ja s'ha manifestat, el seu abordatge és més difícil i comporta major desgast per el/la professional.

Entre altres, són factors preventius de l'agressivitat:

- Un entorn i unes condicions de feina adequats (en relació a horaris, càrregues de feina, reconeixement, etc.). El/la professional sanitari/a que treballa en situacions d'incomoditat tindrà més dificultat per ser cordial, i molt menys, càlid en el seu tracte amb pacients.
- El coneixement de l'entorn de treball i les seves particularitats disminueix la probabilitat de rebre una agressió.
- Saber llegir aquells indicis verbals i no verbals en el pacient que precedeixen una conducta agressiva ens pot permetre reaccionar adequadament.
- Treballar la competència emocional del professional, reconeixent i gestionant les emocions que sorgeixen en el seu exercici laboral. El professional expert no reacciona amb antipatia a l'antipàtic, amb mala educació al mal educat, amb hostilitat a l'hostil... es manté a la seva pròpia "ona" emocional.
- Hi ha una relació directa entre el temps d'espera dels pacients i la incidència d'agressivitat o de violència envers el personal sanitari. La qualitat de l'espera (informacions, tracte, ambient a la sala) també determina que l'hostilitat pugui sorgir més o menys fàcilment.
- Tenir cura de la relació amb el pacient en contactes previs a la consulta (a la sala, per

- telèfon, etc.) encara que siguin informals i breus.
- Demostrar cordialitat en rebre pacients i/o acompanyants és un primer element de prevenció de l'agressivitat. La possibilitat de donar la mà amb un somriure és senzill i efectiu.
  - Mostrar empatia amb el pacient (comprendre què pensa i sent) pot prevenir o desactivar l'agressivitat.
  - La irritació i la impaciència impedeixen demostrar empatia i, a més, es transmeten fàcilment al pacient.
  - Les respostes assertives permeten mantenir una postura diferent de la del pacient sense despertar-hi sentiments hostils.
  - La negociació i la presa de decisions compartida ens allunyen de models autoritaris i rígids, prevenint hostilitats.
  - Si el professional treballa en un entorn de risc d'agressions, ha de prendre mesures simples però efectives per prevenir les agressions verbals o físiques.
  - La violència contra el professional a la feina, sigui verbal o física, s'ha de denunciar a la pròpia empresa, i seguir el protocol establert, perquè això fa disminuir les agressions.

**Abordatge de l'agressivitat:** L'autocontrol emocional. El contrabalanceig emocional. Ignorar o assenyalar. El reconeixement de l'error. Acotament de la resposta agressiva. Reconducció per objectius. Self-disclosure.



**Autocontrol emocional:** escolta relaxada. La primera part de la trobada requereix acceptar el dret del pacient a mostrar-se enutjat i refugiar-nos en una escolta relaxada fins que operi el contrabalanceig emocional. Evitem pronunciar-nos sobre allò que el pacient ens digui ja que interpretarà tot el que diguem de la manera més convenient als seus arguments. Transmetem acceptació i interès pel que diu, però res més.

**Contrabalanceig emocional.** El principi del contrabalanceig emocional ens diu que després d'aflorar emocions negatives molt fortes, l'individu es veu endut cap a emocions més neutres i fins i tot positives. Davant d'un pacient que entra agressiu, la primera reacció del professional sol ser justificativa, però lamentablement mentre el pacient experimenta fortes emocions negatives escolta poc; està més preocupat per com donar sortida a la tensió interior que a escoltar raons. En aquest moment es poden utilitzar frases com "potser si m'explica una mica més el seu punt de vista podré comprendre millor el seu enuig". Un cop han aflorat emocions extremes (ja siguin ansietat, tristesa, hostilitat...) el pacient es contrabalanceja

espontàniament cap a emocions més neutres, o fins i tot positives. És com si la ment humana fos incapaç de mantenir indefinidament una tensió excessiva, sobretot si és davant d'una persona que no l'activa ni el segueix en aquesta tessitura.

Efectuada la descàrrega (que s'acompanya de vergonya), una tècnica per assolir el clima d'entrevista on es pot donar un diàleg eficaç és la **reconducció per objectius**. Oferim al pacient parlar no tant de les circumstàncies que han originat el frec, com de les mesures que hem d'aplicar per resoldre els seus problemes de salut: "vegem què podem fer per resoldre el problema".

**Reconeixement de l'error si s'ha produït.** Si tenim part de responsabilitat, reconèixer-la de manera explícita i immediata tendeix a desactivar el pacient agressiu.

Si el tema de debat no té interès objectiu o no és possible arribar a un acord, intentarem novament una reconducció per objectius: "tot això és molt interessant, però en aquests moments hi ha alguna cosa fins i tot de més transcendència, com què és el que podem fer ara per vostè"

**Self-disclosure.** Després d'acabada l'entrevista, i en pacients que coneguem bé, pot ser pertinent mostrar els nostres sentiments quan considerem la conducta inacceptable i desitgem que no es repeteixi: "La manera com ha entrat a la consulta m'ha semblat incorrecta"; "jo entenia que entre nosaltres hi havia un clima de diàleg que feia innecessari el to amb què m'ha parlat"; "m'ha sorprès i entristit l'agressivitat amb què m'ha parlat". La resposta que obtinguem ens donarà la talla del nostre interlocutor i la capacitat o la possibilitat d'influir en la seva conducta.

**Proposta de nova relació.** Si preveiem que es repetirà podem anticipar-nos: "si no és possible un tracte amigable entre nosaltres, pot ser convenient per a tots dos considerar si sóc el professional adequat per fer-me càrrec de la seva salut"

## 6.2. Situacions difícils: Donar males notícies

Definim el terme de "mala notícia" aquella que frustra o condiona negativament les futures expectatives de la vida del pacient. En general, hi ha resistència a donar males notícies, perquè genera estrès, intenses emocions, sensacions de responsabilitat per la notícia a donar, així com pel temor a una avaluació negativa.

Un dels objectius prioritaris a l'hora de donar una mala notícia és intentar que tingui el mínim impacte emocional possible.

Se sap que els efectes de la bona comunicació, tot i que sigui en aquestes circumstàncies tan difícils, són positius. Es disminueix l'ansietat i l'aïllament emocional, així com conductes d'oposició del pacient, o el possible agreujament d'altres conductes desadaptatives o disfuncionals. S'augmenta la capacitat per prendre decisions, es millora el procés d'adaptació psicològica del pacient, i s'afavoreix la realització d'objectius terapèutics.

Donar una mala notícia comporta tenir en compte elements socials (cultura, recursos socioeconòmics,...), factors del pacient (coneixement de la malaltia, creences, estat emocional,...), així com factors del propi metge (sentiments de por, culpa, escassa formació, o desconeixement, entre d'altres). Tot i això, l'impacte d'unes mala notícia inadequada o mal executada pot ser molt important sobre el pacient, el seu entorn, la relació metge-malalt i el propi professional.

Hi ha diverses aproximacions que ajuden a implementar aquesta tasca tan complexa, i alhora inevitable. Un dels més coneguts és l'anomenat "protocol de la 6 etapes" descrit per Buckman (1992) adaptat a diferents cultures, i que inclouen: Preparar l'entrevista. Descobrir què sap i què no sap el pacient. Detectar quant i què vol saber. Comunicar la informació. Respondre les reaccions del pacient. Dissenyar un pla terapèutic.

Un element molt important comporta l'avaluació final de l'entrevista, ja que analitzar les fortaleeses i les limitacions ajuda el professional a conèixer-se millor, reafirmar-ne la confiança, així com poder aportar instruments de millora. Una bona manera d'avaluar la nostra estratègia utilitzada és valorar les nostres emocions, idees o accions després de l'entrevista mitjançant una reflexió personal. S'ha de valorar què hem sentit, la nostra seguretat i "confortabilitat", l'impacte que hem produït i les reaccions que s'han suscitat, si la informació que el pacient ha assimilat era l'esperada, i si es tenen clars els objectius del pacient de cara al futur. En aquest sentit, pot ser molt útil comprovar l'assimilació durant l'entrevista amb relativa freqüència i demanar al pacient un resum final i el seu estat emocional després de l'entrevista, amb un senzill com es troba? Els comentaris a aquesta pregunta ens poden donar una valoració força real de la qualitat de l'entrevista i del compliment dels objectius. La informació aportada pels familiars de l'estat d'ànim posterior del pacient i de la seva actitud pot ajudar igualment a valorar la nostra intervenció alhora que ens aporta informació important de cara al seguiment del pacient.

### **La família a les males notícies. Coalicions.**

L'aportació de males notícies a la família ha de seguir exactament les mateixes regles i consideracions. La família pot ser un dels millors suports del propi pacient i alhora ser pont del professional en relació amb transmetre informació des del pacient i cap al pacient.

De vegades pot passar que un pacient o una família, de manera unilateral, ens diguin que no volen que es digui tota la veritat a l'altra part. No és una situació fàcil de portar. Compartim aquí unes reflexions que ens són útils, sense voler ser ni exhaustius ni pretendre contenir tota la "veritat":

La família és important per al pacient i per a nosaltres (suport per a tots dos i pont bidireccional).

La coalició té avantatges obvis, però mal portada pot ser un escull i fins i tot arribar a bloquejar.

Com en tota la resta, cal un respecte total (= acceptació, almenys a priori) als desitjos d'ambdues parts. Si ho mostrem així, podem generar prou confiança per seguir endavant.

Prèviament a intentar convèncer ningú, haurem de fer un esforç per entendre les seves raons, i exercitar el nostre autocontrol per vèncer el propi malestar que la situació sol generar al professional.

Pensar que tota negociació és "un procés".

- Explorar les raons per amagar-ho
- Apelar a la intel·ligència del pacient
- Suggestir que ens ha semblat que sospita
- Animar-los a explorar-lo per ells mateixos

Alguns elements per fer la reconversió:

- Valorar el cost del secret, i disposició per pagar-lo
- Confrontar-los amb la idea que fos el/ells els afectats
- Explicar el dret moral, ètic i legal del pacient i no s'ha aconseguit un acord, arribats a aquest punt es pot dir: "Encara que entenguem la seva postura, si el pacient ens pregunta, el nostre deure és dir-ho". Evidentment no és el mateix dir això després de tot aquest procés que a l'inici de la negociació.

## **7. La Entrevista Familiar**

Una de les situacions que impel·leixen més el professional de la salut a un abordatge biopsicosocial integrat és la realització d'una entrevista familiar.

La indicació per fer una entrevista familiar s'hauria de considerar sempre que pensem que aquesta serà útil per al pacient, la família o el mateix professional.

Diversos autors aconsellen fer de forma habitual una entrevista familiar en les situacions següents:

- a) davant d'un ingrés o d'alta hospitalària,
- b) en l'atenció prenatal i perinatal,
- c) quan el pacient es troba en una situació terminal i en el moment de la mort i
- d) davant el diagnòstic d'una malaltia crònica severa.

Seria així mateix recomanable en situacions de mal control terapèutic d'un trastorn crònic, en situacions d'hiperfreqüentació a la consulta, la presència d'una depressió o un altre trastorn mental, en cas d'addicció a drogues, davant de problemes de relació de parella o davant de problemes de conducta dels fills.

Convé preparar l'entrevista emfatitzant l'acomodació dels membres. Una manera d'afavorir la participació de la família s'incrementa quan explicitem el nostre desig de dur a terme una «trobada o una entrevista familiar» sobre allò que ells considerin que és un problema.

És aconsellable revisar la informació de què disposem sobre la família prèviament a l'entrevista. En aquest sentit, el desenvolupament del genograma (o arbre familiar) ens pot aportar informació sobre problemes de salut i de la dinàmica familiar (nivell de relació entre els seus membres) per a l'entrevista posterior.

Així mateix, i prèviament a l'entrevista, serà útil descriure els objectius sobre els quals aquesta entrevista tindrà lloc (p.ex. sobre el tractament més adequat en un pacient amb dificultats en l'adherència al tractament, la discussió sobre la possibilitat d'un ingrés residencial, les mesures de suport en un pacient terminal, etc.).

El desenvolupament de la pròpia entrevista familiar segueix una sèrie de fases.

Una primera fase d'acomodació de cadascun dels membres i en què descrivim breument l'agenda de l'entrevista. Abans de començar a tractar el problema i les possibles solucions convé que portem a terme una breu presentació de cadascun dels seus components per tal de conèixer-los i d'afavorir-ne l'aclimatació emocional. Tractarem d'afavorir el millor de cadascun, veure el seu paper en relació amb els altres i amb el problema en qüestió, així com les fortaleses a nivell individual i familiar. Parem atenció als membres menys actius o amb menys veu, i estarem especialment atents i respectuosos amb els membres més adults.

En un segon moment pactarem l'agenda sobre la qual treballarem a l'entrevista actual, ja sigui preguntant què és el que voldrien treballar avui o proposant per part nostra una agenda específica si detectem que hi ha un problema prou important o urgent. Comprovarem que estiguin d'acord i preparats per treballar-ho.

Un cop pactat el problema a tractar, sol·licitarem l'opinió de cada membre sobre això i que en discuteixin les diferències o acords. Estarem atents als patrons de comunicació que estableixen els seus membres (sovint repetitius) i explorarem si el problema s'havia presentat anteriorment, així com les estratègies que van desenvolupar per intentar resoldre'l. Avaluarem si han aparegut situacions recents que poguessin influir en el problema actual, com malalties, defuncions, naixements, canvis d'habitatge, canvis de treball, enllaços, divorcis, etc. Així mateix, estarem oberts a fer les preguntes que considerin necessàries, així com a la petició de consells per part nostra.

Convé que avaluem la necessitat de disposar d'altres recursos (familiars, socials o sanitaris) que es puguin precisar per resoldre millor el problema o conflicte actual.

Finalment, consensuarem un pla d'acció per abordar el problema. Pot ser necessari que cada membre resumeixi la seva visió del mateix, així com la seva contribució de manera explícita perquè aquest es dugui a terme amb èxit. Aportarem, així mateix, informació sobre el nostre paper i el nivell de responsabilitat assistencial en el desenvolupament del pla d'acció. Finalitzarem l'entrevista acordant una nova cita. Conduir una entrevista familiar comporta un abordatge biopsicosocial ben integrat i necessita un entrenament específic.



## 8. La entrevista telefònica

S'estima que fins a un 50% de les visites ambulatories es fan a través de consultes telefòniques.

En general, les entrevistes presencials són més efectives que les telefòniques, degut, entre altres factors, a una manca d'entrenament, a canvis en el patró comunicatiu (perdem informació visual), l'habitual urgència de moltes peticions, tot això tendeix a generar-nos més estrès.

Tot i això, la utilització del telèfon a Atenció Primària s'ha convertit en un valuós instrument que afavoreix l'atenció continuada i integral, millora la gestió del temps i afavoreix el seguiment i el maneig de múltiples situacions de caràcter agut, així com de patologies cròniques. Així mateix, una relació prèvia entre el professional i el pacient (longitudinalitat) influeix en la qualitat de la consulta telefònica, l'eficàcia del professional i la satisfacció del pacient.

Abans de fer la trucada telefònica convé demanar informació mèdica i psicosocial sobre la persona, cosa que ens permetrà dotar l'entrevista d'un context adequat per facilitar la comunicació i la seguretat del pacient.

En general, una consulta telefònica de caràcter clínic generalment es desenvolupa en tres fases:

Una primera fase d'escolta i clarificació de la demanda, on estarem molt atents al discurs del nostre interlocutor, tractant de comprendre les motivacions de la trucada, així com el to emocional associat al parallenguatge. És especialment important facilitar la narrativa del pacient, animant-lo a expressar amb la major comoditat possible la situació actual, inspirant la necessària confiança:

«Bon dia sóc la Dra Martínez, m'han passat el seu avís perquè el seu fill té febre alta. Expliqui'm Sra. García, l'escolto [...] Em comenta que des de fa unes hores no pot prendre líquids perquè els vomita. Continuu [...] Ha notat si té una erupció a la pell? [...] Em diu que ha sagnat, li demano que m'especifiqui on exactament [...] És la segona vegada que ha perdut el coneixement a l'últim mes...».

A la segona fase de suport, validarem la seva trucada i reforçarem les coses que ha fet bé, tractant de tranquil·litzar-la en tot moment per donar suport a la percepció que la situació està sota un control raonable: «*Me comenta que la fiebre es de 39 °C, lo ha puesto en la bañera y le ha dado un paracetamol, perfecto [...] Y cuando ha visto que se mareaba lo ha estirado en la cama y ha mejorado, muy bien...*».

A la tercera fase de sortida, donarem de manera concisa les indicacions oportunes per dur a terme: «Convé que no li doni més líquids i en breu anirem al domicili a visitar-lo [...] És normal que segueixi dècimes de febre, continuï amb el mateix tractament i comentem en les properes 24 hores [...] Cal que hi acudeixi a la consulta perquè explorar les orelles. (...) Ara mateix sol·licito un trasllat urgent per a l'hospital...».

Les limitacions comunicatives que suposa no veure el pacient, la necessitat d'escurçar el temps d'entrevista, les dificultats afegides per fer un diagnòstic, així com la necessitat de contenció de l'ansietat que generen moltes de les trucades amb caràcter "urgent", aconsellen un entrenament específic per a la seva implementació a la pràctica clínica habitual.

La utilització del telèfon té múltiples utilitats en l'assistència sanitària, destacant l'organització de les agendes de visita, l'avaluació i la informació protocol·litzada davant de problemes de salut banals (p. ex., en campanyes d'atenció d'epidèmies gripals), la informació sobre circuits assistencials, l'avaluació d'urgències mèdiques o la informació de resultats de laboratori. Convé que cada equip treballi els circuits de trucades, i els seus responsables, a fi d'optimitzar-ne l'eficiència.

En els sistemes sanitaris en què es valora l'atenció personalitzada per sobre d'altres indicadors, el telèfon té una importància central com a mitjà d'interconnexió pacient professional de la salut (i/o equip). Té, al nostre entendre, un efecte molt positiu sobre l'autocura del pacient, fomentant la confiança en l'equip assistencial i proveint un tipus de servei directe que, ben utilitzat, pot portar a un estalvi en temps i diners, i que, a la majoria de les situacions, augmenta la satisfacció del consultant.

Les entrevistes realitzades per videoconsulta permeten que pacients i professionals es comuniquin de manera similar que a les consultes presencials. Aporta molts elements de la comunicació, així com dades semiològiques claus en la valoració clínica dels pacients. Tot i les clares aportacions per augmentar l'efectivitat respecte a les consultes telefòniques, la seva disponibilitat i seguretat encara estan en desenvolupament a la majoria de centres d'atenció primària.

### 9.Recomacions finals

No hi ha tecnologies absolutament lliures de iatrogènia. Ni tan sols ho estan aquelles relacionades amb la comunicació humana. Les habilitats en entrevista clínica poden ser utilitzades en un sentit positiu - i normalment ho són - però també en un de negatiu o fins i tot iatrogènic.

La intencionalitat darrera que presideix el contacte entre professional i pacient determinarà la qualitat de la relació. Preferiríem, sens dubte, una relació marcada per l'honestedat i la voluntat d'ajuda, a una relació falsejada per maquillatges o acompanyada de fórmules aparentment empàtiques, però sense cap contingut. Per això parlem d'un equilibri necessari entre actituds i tècniques, conscients que totes dues es complementen i s'enriqueixen.

Es comprovarà els avantatges d'aquestes tècniques si és capaç de convertir-les en hàbits. Ens atrevim des d'aquestes línies a animar-vos a l'empresa d'una comunicació més exigent, més rendible i més satisfactòria.

### 10.Bibliografia de consulta

1. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de Estrategias práctica. Bcn: semFYC ediciones, 2004. Disponible en: [https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica\\_Borrell.pdf](https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf)
2. Borrell i Carrió F. Competencia emocional del médico. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 2007;14, 133-141.
3. Bosch JM, Borrell F, Barberà J. *Entrevista clínica*. En: Martín Zurro A, Cano JF, Gené Badia J, Editores. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. Ed. Elsevier. Barcelona. 8ª Edició (2018).
4. Bóveda J, Pérula LA, Campiñez M, Bosch JM, Barragán N, Prados JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Aten Primaria 2013; 45: 486-95.
5. Epstein RM. Estar presente. Mindfulness, medicina y calidad humana. Editorial Kairós. Barcelona. 2018.
6. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Ayudando a las personas a cambiar. 3.ª ed. Barcelona: Paidós; 2015.
7. Muñoz Seco, Elena. La entrevista telefónica. AMF 2020;16(11):659-667. Disponible en <https://amf-semfy.com/web/article/2852>.
8. Patterson M. Más que palabras. El poder de la Comunicación No Verbal. UOC, 2011.
9. Prados JA, Almendro C, Guerra G. Una herramienta para la mejora de la práctica clínica del médico de familia: El Portfolio. Barcelona: semFYC Ediciones; 2006.
10. Ruiz R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
11. Muñoz E, La entrevista telefónica. AMF 2020; 16(11): 659-667.