

# CUADERNO DE APUNTES DE ENTREVISTA CLÍNICA

v. 2024



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



Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària

# **CUADERNO DE APUNTES DE ENTREVISTA CLÍNICA**

**Autor del original:** Francesc Borrell i Carrió.

**Revisión de esta edición y adaptación al presente cuaderno:** 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 colaborado en las anteriores ediciones del curso y del manual:** Juan Esteban Navarro, Josep M<sup>a</sup> Bosch Fontcuberta, Milagros Holgado Corrales, Rosa Mata Roch, Margarita Mogas Oliva, Anton Cartañà 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.

## **ÍNDICE**

- 1. Introducción**
- 2. Comunicación centrada en el paciente**
- 3. Características del “buen” comunicador**
- 4. Comunicación no verbal**
- 5. La entrevista clínica:**
  - 5.1. Tipos de entrevista**
    - a. Entrevista semiológica**
    - b. Entrevista operativa**
    - c. Entrevista múltiple**
    - d. Entrevista grupal/familiar**
    - e. Entrevista de integración psicosocial**
    - f. Entrevista motivacional**
    - g. Entrevista para terceros**
    - h. Entrevista semiestructurada**
  - 5.2. Partes de la entrevista semiestructurada**
    - a. Recepción del paciente y parte exploratoria de la entrevista**
    - b. Sumario y exploración física**
    - c. Parte resolutive. Información y negociación**
- 6. Situaciones difíciles:**
  - 6.1. Agresividad en la consulta.**
  - 6.2. Dar las malas noticias.**
- 7. La entrevista familiar**
- 8. La entrevista telefónica**
- 9. Recomendaciones finales**
- 10. Bibliografía de consulta**

## **1. Introducción**

Nunca será suficiente el tiempo que dediquemos las y los profesionales sanitarios/as a la mejor herramienta diagnóstica, terapéutica, y de bienestar psicológico y emocional: los aspectos de comunicación humana.

Sabemos que las habilidades de comunicación y entrevista clínica pueden enseñarse y aprenderse con una metodología específica. Y que se aprenden practicándolas de forma consciente y reflexionando sobre ellas. Sabemos que tras una buena comunicación en el ámbito sanitario están los valores de la dedicación, respeto, proximidad, lealtad, prudencia, serenidad, honradez y equidad. En definitiva, un interés genuino por la persona a la que estamos atendiendo y por darle la mejor atención sanitaria posible. Todo ello tiene una influencia bien contrastada en el resultado final de las consultas, la satisfacción de los participantes y la mejora en términos de salud.

Este documento pretende resumir de forma breve y general, los consejos básicos de comunicación que habitualmente compartimos en nuestras actividades formativas y de reflexión los miembros del Grupo-Programa Comunicación y Salud semFYC.

## **2. Comunicación centrada en el paciente**

Situemos una entrevista clínica cualquiera. El/la paciente, antes de empezar la entrevista ha elaborado un discurso sobre lo que quiere contar al/ a la profesional. Un discurso basado en sus síntomas, expectativas, experiencias previas, miedos y preocupaciones, situación personal y social, y se trata de un discurso que está condicionado por el contexto concreto de esa cita. Único e irrepetible.

El profesional sanitario tiene a su vez un contexto concreto en ese momento (situación física, personal, historia previa con ese/a paciente, expectativas, etc.). Y, además, sabe que deberá gestionar ese tiempo de la manera más rentable posible y a la vez encontrar una solución para la situación que proponga el/la paciente mientras vela por la mejor salud posible para esa persona, implicándolo/a en la toma de decisiones. El profesional llevará a cabo un equilibrio entre el deseo de "encarrilar" la entrevista interrumpiendo al paciente por cuanto él es experto, con la actitud "te lo escucho todo, sorpréndeme", propia de una entrevista centrada en el paciente. Proponemos recibir a las personas con la misma actitud atenta con la que, sentados ya en el cine, esperamos empiece una película (un relato). Una actitud que incluye aceptación, curiosidad y apertura, elementos inicialmente claves para una adecuada relación asistencial y una buena praxis clínica.

Destacaríamos a modo de resumen, un tipo de entrevista centrada en la experiencia del consultante, que facilita su narrativa de manera contextualizada, y que muestra un interés genuino por la vivencia del problema de salud. Incluye para ello un interés en conocer la atribución que hace de su problema, que sabe, que siente, como repercute en su vida, así como las expectativas asistenciales del paciente.

## **3. Características del "buen" comunicador:**

Ciertas habilidades comunicacionales aumentan las posibilidades de que haya comunicación eficaz y buena relación terapéutica.

- Al recibir al paciente y en el clima de la entrevista: CALIDEZ Y CORDIALIDAD
- En la forma de escuchar: EMPATÍA Y RESPETO
- En la forma de hablar: ASERTIVIDAD, BAJA REACTIVIDAD, CONCRECIÓN.

### **Al recibir al paciente, y en el clima de la entrevista:**

**Calidez:** es la proximidad emocional que permite que la persona se sienta bienvenida y considerada en su singularidad.

**Cordialidad:** es la manera educada de relacionarse entre personas, incluye la amabilidad, consideración, dignidad, atención y respeto. Son marcadores de cordialidad: llamarle por el nombre, mirarle a los ojos, saludarle con la mano, la sonrisa, el tono de voz cercano y ajustado en lo verbal y no verbal a cómo es la persona, así como la proximidad física.

### **En la forma de escuchar:**

**Empatía:** consiste en hacer el esfuerzo por entender las emociones y pensamientos de la otra persona y demostrarle que lo entendemos. La compasión es cuando además nos comprometemos a ayudarlo con ello. La simpatía es cuando se nos contagia la emoción del otro y no es útil en la comunicación sanitaria. Hay marcadores no verbales de empatía como el cabeceo, como acercarle una caja de pañuelos cuando llora. Hay marcadores verbales de empatía como: “entiendo que usted esté pensando esto ahora”.

Siguiendo a Cohen-Cole (1991) podemos demostrar empatía a través de cinco tipos genéricos de frases:

1. Reflejar cómo le vemos mediante afirmaciones: «parece apenado por lo sucedido»; «le veo disgustado por la falta de resultados»; «desde hace tres meses parece que su vida ha cambiado...».
2. Legitimar su situación (sin emitir juicios de valor): «cualquiera en esta situación estaría asustado»; «comprendo su enfado»; «me hago cargo de lo difícil que debió ser para usted».
3. Proporcionar frases de apoyo explícitas: «estaremos a su lado pase lo que pase»; «tiene todo mi apoyo para tomar cualquiera de las dos opciones»; «le felicito por todo el trabajo hecho».
4. Mostrar complicidad: «creo que ese problema podremos resolverlo conjuntamente»; «necesito su colaboración para poder tratar mejor esa cuestión».
5. Mostrar respeto por sus motivos de consulta y por las decisiones finales que el paciente elija tomar: «tengo toda la confianza de que tomará la mejor decisión»; «en última instancia es usted quien decide y tiene todo mi apoyo y respeto».

La empatía valida las emociones y pensamientos del otro siendo de gran alivio. Permite decirle al otro “estás sintiendo esto, tienes permiso”. La empatía tiene que ser real y surgir de un interés genuino por la otra persona. La empatía es el valor imprescindible para una relación terapéutica satisfactoria. La simpatía, en cambio, puede ser necesaria pero no suficiente para expresar empatía. Es un tipo de respuesta muy recíproca a la emoción del otro, pero no necesariamente útil desde una perspectiva terapéutica.

**Respeto:** es la capacidad de aceptar que el otro tome sus decisiones. Es tratarlo con dignidad y transmitirle que sus problemas nos importan independientemente de que sus puntos de vista puedan ser diferentes a los nuestros. Es no abandonar cuando opinamos diferente. En la relación asistencial exige confirmar que el otro tiene toda la información que precisa para tomar una decisión y será aceptada de manera corresponsable por un profesional sanitario que mostrará compromiso asistencial.

Hay marcadores de respeto como: “acepto su opinión”. El principal marcador de respeto es no interrumpir a la otra persona cuando habla y escuchar sus opiniones sin criticarlas o juzgarlas.

### **En la forma de hablar:**

**Asertividad:** capacidad del profesional para transmitir seguridad y credibilidad, teniendo en cuenta sus deberes y sus derechos y los de la otra persona. El paciente se siente más seguro con un/a médico/a asertivo/a. La asertividad se gana con los años de ejercicio profesional, tanto para los aciertos como para los errores. Son marcadores de asertividad mantener el autocontrol emocional cuando el paciente se enfada o queja, o cuando duda de nuestra competencia, y también poder decir un no sin sentirse culpable. El reconocimiento de un error por parte del profesional es una muestra madura de asertividad.

**Reactividad:** es el tiempo que sucede desde que el paciente se calla hasta que el profesional interviene. Conviene mantener una reactividad baja que permitirá que el paciente reflexione sobre lo que acaba de decir. Conviene hacer un uso apropiado de los ejemplos. Un marcador claro de reactividad baja se da cuando un paciente no sabe qué decir o se le nota inseguro, el sanitario debe resistir la tentación de interrumpir formulando una nueva pregunta o abordando otras cuestiones. Dejar que sea el paciente quien elabore la información, mediante silencios funcionales, proporcionan oportunidad a la reflexión y dan lugar a un clima de escucha atenta en la entrevista). Estos silencios son más necesarios cuanto más carga emocional tenga la entrevista. También es importante adaptarse a la reactividad del paciente concreto, mucho más baja por ejemplo en personas de edad avanzada.

**Concreción:** es la capacidad de delimitar los objetivos mutuos, de forma comprensible y compartida por ambas partes. El paciente tiende a expresar que dicho profesional le entiende y está acertado en sus demandas. y compartidos logrando que la entrevista fluya y con las mínimas palabras posibles. Y usando las palabras que use el paciente que esas serán las que mejor entienda.

**Distancia terapéutica:** es la distancia emocional y física escogida por el profesional para cada persona y para cada situación que le permita ayudar a cada paciente de la manera más objetiva y eficaz posible.

## **4. Comunicación no verbal**

Comunicación no verbal es el envío y/o la recepción de información y de influencia a través del entorno, la apariencia física y la conducta no verbal. (Patterson M, 2011)

Describe el repertorio expresivo formado por la propia apariencia física, la proxémica, la posición corporal, los gestos, las expresiones faciales, la mirada, el tacto y el paralenguaje.

**La apariencia física** tiene una influencia clara en los primeros momentos de un encuentro, ya que nos dibuja una considerable cantidad de atributos, aunque sean de forma estereotipada (nivel social, pulcritud, inteligencia, experiencia, confiable, etc.). Estos aspectos formales tienen su importancia a efectos de confirmar que «estoy en buenas manos», aun sabiendo que el efecto estereotipia puede conducirnos a errores de juicio.

**La proxémica** define la utilización que hacemos del espacio en las relaciones interpersonales. Habamos de distancia interpersonal a la que mantenemos durante la conversación (normalmente de 1 o 1,5 metros). Una distancia menor de 0,5 metros invadiría el espacio íntimo o burbuja, aquel que nos hace sentir cómodos y protegidos. El espacio íntimo se vulnera cuando realizamos la exploración física, por lo que conviene acomodar al paciente con palabras tranquilizadoras. Dar la mano al inicio y al final de la entrevista favorece la relación y la confianza mutua. Una mano sobre el hombro en un paciente que muestra malestar o sufrimiento transmite empatía y a menudo es bien aceptado por pacientes de mayor edad. La disposición del mobiliario influye en la comunicación con nuestro interlocutor, por lo que conviene minimizar las interferencias debidas a este motivo (por ejemplo, una mesa demasiado grande, situación del ordenador, presencia de objetos innecesarios, desorden, luz mal enfocada, ruidos, etc.)

## **La kinésica: posición corporal, gestualidad y expresiones faciales.**

**La posición corporal habitual en la consulta** es la denominada *neutra*, sentado en escuadra y con los brazos apoyados en la mesa. La posición *abierta* aparece cuando movemos el cuerpo hacia delante, con los brazos en posición abierta y mirando al paciente. Esta posición a menudo conlleva un efecto especular (mimético) en los interlocutores, denotando intención comunicativa y deseo de colaboración. La posición *cerrada* se describe cuando cruzamos los brazos y/o las piernas generalmente en relación a estímulos incómodos (por ejemplo, desacuerdos, resistencias emocionales, etc.). Cabe destacar que la sincronía de posturas (efecto especular) entre los interlocutores tiende a generar una mayor sintonía emocional entre ambos.

**Los gestos corporales y las expresiones faciales** tienen una franca influencia comunicativa, y que al igual que otros componentes no verbales, deberían ser interpretados en relación al contexto donde aparecen. Los gestos corporales se clasifican en ilustradores, adaptadores, reguladores y emblemas.

Los *ilustradores* son gestos intencionales que acompañan el habla y muestran una apariencia centrífuga (puntualizan con el índice, marcan pausas, dibujan las formas de lo hablado, etc.). El conocimiento previo del estilo expresivo de la persona, evitará errores de interpretación de su discurso.

Los *adaptadores* son gestos dirigidos hacia el cuerpo sin una intención comunicativa (p. ej., rascarse, jugar con el anillo, rascarse la nariz, acariciarse la barbilla, etc.). Tienden a incrementarse en los desacuerdos, situaciones incómodas o en estados emocionales negativos (ansiedad, depresión), y también cuando estamos solos.

Los *reguladores* se utilizan para ordenar los turnos de intervención. Los facilitadores indican que inicie o prosiga su turno de habla, manteniendo la mirada, asintiendo o con destellos de cejas. Otros reguladores tratan de tomar la iniciativa de la conversación, paramos con las manos, desviamos la mirada o movemos los labios como si quisiéramos iniciar nuestro turno.

Los *emblemas* son gestos que muestran un significado en sí mismos, siendo comprensibles para los miembros de una comunidad. Son frecuentes en los encuentros la presencia del flash o destellos de cejas, signos indicativos de reconocimiento y bienvenida, acompañados a menudo de una sonrisa. El emblema «encogimiento de hombros» (breves movimientos de prono-supinación de las manos), es indicativo de un sentimiento de resignación o impotencia, se observa a veces acompañado de expresiones de escepticismo. Algunas expresiones faciales son también emblemas, por ejemplo cuando utilizamos el rostro para representar una sorpresa estudiada, una alegría fingida o un enfado teatralizado.

### **Expresiones faciales:**

Tradicionalmente se ha atribuido al rostro humano la capacidad de aportar gran cantidad de información tanto acerca de la edad como del sexo, la raza, la belleza, el nivel de interés, la activación general, la presencia de placer o displacer, las emociones, los estados de humor, rasgos de personalidad, inteligencia, capacidad para emitir mensajes, el paralenguaje, información del contexto o del estado de salud de la persona.

Desde el punto de vista comunicativo dividimos las **expresiones faciales en emocionales y conversacionales.**

El modelo emocional de las expresiones faciales sigue la tradición darwiniana y postula un origen innato de las emociones así como de sus expresiones faciales concomitantes. Ese origen innato e instintivo ha llevado a considerar su universalidad. Según Darwin, y posteriormente otros autores (Ekman y Scherer), las expresiones faciales emocionales han sido seleccionadas para la transmisión de mensajes con la finalidad de mantener y regular la comunicación, y secundariamente para la supervivencia de los individuos. Definieron las emociones básicas y universales que comprenden la alegría, la tristeza, la ira, el disgusto, la sorpresa, el miedo y el desprecio, y con menor consenso el interés y la vergüenza.

ESTADOS EMOCIONALES: aunque difíciles de definir hay acuerdo en agruparlos en dos categorías: de confort o positivos como placer, excitación, felicidad; y de discomfort o negativos como ansiedad, enfado, tristeza y evitación.

MICROEXPRESIONES: son expresiones faciales breves que acostumbran a "ser filtradas" por un cambio de emocionalidad o por voluntad de esconderlas. Sólo si estamos muy atentos podremos percibir las.

Gran parte del repertorio facial está formado por las *expresiones conversacionales*, puesto que aparecen de forma concomitante durante el habla. Entre ellas destacamos a los denominados ilustradores faciales (a menudo movimientos con las cejas que aparecen de manera redundante) que tienen una función semántica, ya que representan lo que se está diciendo. Otras expresiones tienen una función explicativa y aparecen cuando realizamos comentarios, exponemos recuerdos o mostramos escepticismo.

Existen expresiones conversacionales que tienen una función o una relación con la *sintaxis* del mensaje que se emite. Son los enfatizadores de palabras o frases, las expresiones que aparecen con las preguntas, o aquellas que tratan de favorecer la continuación del discurso. También expresamos con el rostro mientras escuchamos, ya sea a través de facilitadores, mediante expresiones miméticas con las de nuestro interlocutor, o simplemente a través de aquellas mediadas por nuestras reacciones personales.

Finalmente, los *automanipuladores* faciales aparecen habitualmente cuando nos sentimos incómodos, con ansiedad, o cuando tratamos de ocultar alguna cosa para no ser descubiertos. Incluyen morderse los labios, sacar la lengua o empujar las mejillas con ésta.

**El paralenguaje** hace referencia a las características vocales del habla e incluye el tono, timbre, intensidad, velocidad del habla, con sus pausas, vacilaciones, susurros, gruñidos, etc. El paralenguaje nos aporta información sobre el estado emocional de nuestro interlocutor, su intencionalidad, elementos de su personalidad, nivel de seguridad, falsedad, o datos semiológicos (depresión, ansiedad, parkinsonismo, alteraciones cerebelosas). Probablemente detectamos mejor los estados emocionales de nuestro interlocutor a través del paralenguaje que a través de sus expresiones faciales. El tono y el timbre de la voz, así como su velocidad, nos permiten inferir su nivel de alegría, tristeza, enfado, miedo, seguridad o ansiedad, entre otros. Asimismo, la credibilidad y la persuasión de nuestro discurso dependen de una adecuada vocalización, sin vacilaciones, enfatizando las ideas más relevantes, y con pausas que favorezcan la comprensión del mensaje.

Prestar atención a la comunicación no verbal implica observar la entrada del/la paciente y/o acompañantes, cómo andan, cómo visten, cómo saludan, cómo se sientan, la posición de su cuerpo, cómo hablan, qué reguladores o adaptadores realizan (sobre todo ante determinadas preguntas un cambio de postura o gesto nos debe llamar la atención), y qué expresiones faciales utilizan. Cuando conocemos al paciente previamente puede ser mucho más sencillo detectar un cambio de forma de vestir, de aseo, de expresión, de manera de mover las manos, por ejemplo). Y lo más rentable a tener en cuenta en comunicación no verbal es estar atento a los cambios de postura y la aparición de adaptadores cuando el/la paciente responde a una pregunta difícil o habla de algo para él importante. Recomendamos proceder en estos casos a un señalamiento del tipo "le veo intranquilo"

### **Interferencias en la consulta**

Conviene estar atento a la presencia de posibles interferencias comunicacionales durante la consulta, tratando de minimizar su impacto ante aquellas inevitables.

Las interferencias se clasifican en:

- Ruidos del entorno: demasiada gente en la Sala de Espera, decoración o diseño de espacios inadecuado, interrupciones de pacientes o compañeros, mensajería instantánea por el ordenador mientras trabajamos, las propias peticiones del programa informático, llamadas telefónicas, etc.

- Interferencias cognitivas: la incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible, las creencias mágicas o fuertes convicciones sobre aspectos del enfermar y del sanar, las creencias del entrevistador tendentes a ignorar los aspectos psicosociales de los pacientes, dificultan la relación terapéutica satisfactoria y la atención sanitaria efectiva.

- Interferencia emocional: los pacientes afectados de trastornos mentales como por ejemplo depresión o ansiedad, o que viven emociones extremas como el resentimiento, la ira, el duelo. Los entrevistadores disfuncionales que se desresponsabilizan, o que lo hacen excesivamente. También cuando se proyectan excesivamente sobre el paciente (por ejemplo porque que están viviendo una situación similar).

- Interferencia social: es una de las más comunes, como la notable diferencia sociocultural entre el paciente y el profesional de salud.

- Cansancio personal del profesional : conviene identificar nuestra propia curva de cansancio y procurar cuidarnos en las sesiones de muchas entrevistas seguidas para mantener la satisfacción profesional y evitar errores clínicos, derivaciones innecesarias, mal humor y malestar. También existe una habituación a la población asignada y al entorno que debemos los profesionales sanitarios identificar y compensar.

### **Retos comunicativos de las entrevistas con acompañantes:**

Un paciente que viene acompañado a la consulta suele traer a alguien que le conoce, que pasa tiempo con él y con quien comparte experiencias y creencias sobre su salud y su manera de enfermar. Debemos identificar una consulta acompañada como una consulta que nos permite una visión más amplia y que permite avanzar más, muchas veces, que la consulta individualizada. Pero en algunos casos la entrevista con compañía no fluye, es entonces cuando podríamos identificar varios tipos de acompañante y recomendar estas técnicas para su acomodación:

**ABORDAJE DEL ACOMPAÑANTE INVASIVO O INTERVENTOR:** se llama acompañante invasivo el que protagoniza la entrevista e incluso dirige al profesional inhibiendo la participación del paciente. Suele ser incómodo a pesar de que normalmente se tratará de una persona con muchas ganas de ayudar. La recomendación es utilizar la técnica del “Vaciado de la interferencia” permitiendo que esta persona exprese todo lo que tenga que decir con la idea de centrar posteriormente la entrevista en el paciente. Otra técnica recomendada es el “Pacto de intervención” que permite arbitrar los turnos de palabra de cada interlocutor (por ejemplo, al acompañante: " si le parece bien cuénteme su punto de vista y después permita que su familiar me explique como se encuentra". Si no se consigue recentrar la entrevista en el paciente se recomienda la técnica de “creación de un nuevo entorno” que consiste en buscar un espacio de privacidad para poder entrevistar al paciente ( por ejemplo mientras exploramos en la camilla, o otra consulta para poder atenderlo).

**ABORDAJE DEL ACOMPAÑANTE PASIVO:** Se considera pasivo aquel acompañante que acude a la entrevista con su familiar o amigo sin participar. Conviene involucrar a esta persona acompañante porque seguramente tiene una opinión, una pregunta, un temor que a menudo es muy útil para el abordaje de la situación. Algunos ejemplos: “está preocupado por su hermana” “está durmiendo en el sofá” “está bebiendo más” “se ha enfadado con su madre”.

**ABORDAJE DEL ACOMPAÑANTE COLABORADOR:** el acompañante colaborador permite que la entrevista fluya y a veces tan bien que obviamos al paciente porque con el acompañante vamos más ágiles. Es importante practicar la “técnica del puente” llevando la conversación al paciente, el centro de nuestra entrevista.

**ABORDAJE DEL ACOMPAÑANTE ENFERMO:** Ganarse su confianza. Señalamientos. Se trata de un acompañante que aprovecha la entrevista para comentar sus síntomas o narrar su experiencia sanitaria interfiriendo en la atención del paciente citado. A veces de manera inocente, a veces pidiendo sea atendido. La propuesta de abordaje en la mayoría de los casos consiste en mostrar que das valor a su situación y decirle que debe emplazarse a una propia consulta.

## 5. La entrevista clínica

### 5.1. Tipos de entrevista

- a. Entrevista semiológica
- b. Entrevista operativa
- c. Entrevista múltiple
- d. Entrevista grupal/familiar
- e. Entrevista de integración psicosocial
- f. Entrevista motivacional
- g. Entrevista para terceros
- h. Entrevista semiestructurada

Dependiendo de los objetivos podemos distinguir diversos tipos de entrevistas;

a. ENTREVISTA SEMIOLÓGICA: Es aquella donde el profesional evalúa la presencia de un síntoma o un signo para los cuales se solicita una orientación diagnóstica. La entrevista semiológica se enmarca en la clásica anamnesis. Comprende la recogida de datos clínicos relevantes, así como los antecedentes personales y familiares. Muchos de los motivos de consulta habituales, sobre todo por procesos agudos, se enmarcan en este tipo de visita. En ella tratamos de delimitar bien la demanda con objeto de gestionar correctamente el tiempo disponible.

b. ENTREVISTA OPERATIVA: en ella profesional y paciente han acordado previamente los objetivos y el contenido de la misma. Ya sea para el control de un trastorno (hipertensión, diabetes, obesidad, etc.), la aplicación de una técnica (administrar un tratamiento, realizar una cura, un electrocardiograma, etc.), realizar una actividad de educación sanitaria (abordaje del tabaco) o conducir una sesión (de rehabilitación, técnica de relajación, etc.). Muchas de estas entrevistas se realizan dentro del marco de enfermería. El trabajo de enfermería centra gran parte de su actividad en la evaluación de las necesidades del paciente, basado en una concepción integral del individuo, contemplando los aspectos biopsicosociales que influyen en la aparición de la enfermedad.

c. ENTREVISTA MÚLTIPLE: se producen en la misma consulta varias visitas a distintos pacientes (por ejemplo, varios familiares)

d. ENTREVISTA GRUPAL y/o FAMILIAR: difiere de la múltiple en un aspecto capital: en este caso es un colectivo de personas (por lo general una familia), que es entrevistada conjuntamente. Sería el caso por ejemplo de un consejo familiar para decidir la mejor alternativa terapéutica para un abuelo encamado y muy grave.

e. ENTREVISTA DE INTEGRACIÓN PSICOSOCIAL: gran parte de la demanda asistencial comporta problemas de índole psicológica y social. Podemos aproximarnos mediante el coloquialmente conocido "salto a la esfera psicosocial", ejercicio que nos permitirá entender e integrar mejor la información del problema aportado. De esta forma favorecemos dar un sentido biográfico a los síntomas, así como proporcionar consejos para conseguir una mejor adaptación. Algunas preguntas que nos aproximan a dicha evaluación incluyen: • El entorno del paciente: «¿cómo van las cosas en casa?, ¿y en el trabajo?» • Sobre acontecimientos vitales: «¿ha habido algún cambio reciente en su vida?», «¿alguna dificultad en el trabajo?», «¿ha vivido alguna situación violenta?». • Acerca del estado anímico y pensamientos: «¿cómo se encuentra de humor?», «¿qué es lo que más le preocupa en la actualidad?», «al final del día, cuando se acuesta, ¿en qué piensa?».

f. ENTREVISTA MOTIVACIONAL: Una de las tareas más ingratas y complejas de la práctica clínica

hace referencia a favorecer cambios de estilo de vida más saludables. El consejo sistemático para la modificación de algunas conductas favorece cambios escasos en pacientes motivados. Algunos autores advierten que el consejo sistemático tiende a incrementar las resistencias de muchos pacientes al cambio. La Entrevista Motivacional (EM) es un modelo clínico definido como una forma de guiar, colaborativa y centrada en la persona, con el objetivo de evocar y fortalecer la motivación para el cambio. El modelo se basa en cuatro principios básicos: 1. Inhibir el reflejo de redireccionamiento, esto es, tratar de evitar en la medida de lo posible decirle al paciente lo que debería hacer, antes de solicitarle permiso o a petición del mismo. 2. Evaluar y comprender las motivaciones del paciente para cambiar una determinada conducta, pero también para mantenerla. 3. Escuchar con empatía. Tan solo siendo capaces de entender cómo se siente el paciente, qué es lo que le preocupa y qué dificultades encuentra podremos ayudarle a crear una relación terapéutica de ayuda. 4, Apoyar el sentido de autoeficacia, mostrando confianza en el paciente, enfatizando habilidades en intentos previos, y evocando las propias aptitudes y capacidades del paciente para llevar a cabo el cambio.

g. ENTREVISTA PARA TERCEROS: consiste, por ejemplo, en venir a pedir unas medicinas o recetas para "el-marido-que-no-puede-dejar-el-trabajo", o para una vecina.

h. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: los contenidos están parcialmente determinados por el profesional, dejando espacio para libre narración del paciente. Permite momentos en los que el paciente escoge los contenidos que quiere expresar, combinados con otros momentos en los que es el entrevistador quien requiere determinados datos.

## **5.2. Partes de la Entrevista semiestructurada**

### **a. Recepción del paciente y parte exploratoria de la entrevista**

### **b. Sumario y exploración física**

### **c. Parte resolutive. Información y negociación**

Después de un recibimiento cordial y la presentación de los interactuantes, se inicia la parte EXPLORATORIA de la entrevista. El profesional trata de averiguar el/los motivo/s de consulta, facilita el vaciado de la información preelaborada mediante un apoyo narrativo apropiado, y busca aquellos datos específicos necesarios para una toma de decisiones posterior. Es un marcador de buena práctica la utilización de sumarios o resúmenes a lo largo de la entrevista. De una parte permite comprobar que seguimos adecuadamente al paciente, así como ordenar la información obtenida: «si le he entendido bien, me comenta que desde hace tres semanas se encuentra cansado, con poco apetito, con decimas de fiebre por las tardes y con tos seca ocasional ¿es eso? Me gustaría preguntarle ahora acerca de...». La parte EXPLORATORIA acaba generalmente con la exploración física (médicos) o las técnicas correspondientes (enfermería).

En la parte RESOLUTIVA enunciamos y explicamos los problemas encontrados, educamos para nuevos hábitos, reconvirtiendo si fuera preciso, creencias incorrectas, negociamos con el paciente la individualización de las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas que le proponemos, y llegamos a acuerdos.

Entre la parte EXPLORATORIA y la parte RESOLUTIVA debemos hacer una **SÍNTESIS DE LOS PROBLEMAS** y hacer una propuesta del mejor camino a seguir.

### **a. Recepción del paciente y parte exploratoria de la entrevista**

## ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA LA ATENCIÓN DE LA DEMANDA. PARTE EXPLORATORIA

SECUENCIA DE TÉCNICAS	COMENTARIOS/EJEMPLOS
1. Recibimiento cordial y pregunta abierta	Levantarse a recibir al paciente, darle la mano, mirarle a la cara, llamarle por el nombre y decir <i>“Usted dirá”, “¿En qué puedo ayudarlo?”</i>
2. Delimitar motivos de consulta	Prevención de las multidemandas del “by the way”. Negociando el contenido de la entrevista antes de entrar en la fase exploratoria. <i>“¿Alguna cosa más?”</i>
3. Apoyo narrativo	Vaciado de la información preelaborada. Vaciado de quejas favoreciendo datos significativos espontáneos <i>“¿Qué tiene desde su punto de vista?” “¿Qué hace o ha hecho hasta ahora?” “¿Qué le preocupa?”</i>
4. Información específica	Secuencia correcta de técnicas (ir en general de preguntas abiertas, a menú de sugerencias, y preguntas cerradas)
5. Actualización de otros problemas	Repasar con el paciente el estado de otros problemas relevantes que padezca el paciente.
6. Acompañamiento a la exploración física	Con frases puente y pidiendo permiso. <i>“¿Me permite que le explore...?”</i>

### TÉCNICAS PARA REALIZAR APOYO NARRATIVO

**1. Empatía:** solidaridad emocional sin juicio, supone hacer el esfuerzo por entender a la persona que tenemos delante y demostrarle que comprendemos cómo se siente. La compasión comportaría, además del reconocimiento del sufrimiento cuando está presente, mostrar un deseo genuino de intentar aliviarlo y prevenirlo.

Formulación: contacto, sonrisa, acercar el pañuelo para llorar. Empatía verbal “Entiendo que usted se sienta así ahora”.

Evitar confundir con juicios de valor: “hiciste lo que pudiste” o seguridades prematuras “todo saldrá bien”. La empatía da consuelo, no da consejo. Valida la emoción que está sintiendo el/la paciente en ese momento.

**2. Facilitación:** ayuda a proseguir el relato sin indicar ni sugerir contenidos. Puede ser gestual con cabeceos, o verbal “IL escucho, continúe usted” “¿Y qué más?”.

Evitar confundir con silencio disfuncional que será aquel silencio que desconcentrará al entrevistador o al paciente, sin que de él se obtenga ningún provecho.

Y evitar también confundir con la facilitación “cerrada” por una pregunta. Por ejemplo: “siga, siga... ¿estaba usted bien del todo?”, en cuyo caso la facilitación carece de valor, pues orientamos el sentido de la respuesta del paciente. Ya no estamos facilitando si no redirigiendo el discurso que no es el objeto de esta técnica.

**3. Señalamiento:** identifica emociones, gestos o conductas, mostrándoselas al paciente, profundiza así en sus motivaciones, inseguridades o incongruencias, conflictos o áreas de estrés y ayuda así a identificarlos y poder abordarlos.

Formulación mediante observación gestual: “Parece como si estuviera nervioso”, “Le veo inquieto”, observación conductual: “De un tiempo a esta parte parece que usted...” “Por lo que me dice ha hecho tal cosa”. También pueden formularse preguntas como: “¿No será que se pone nervioso al hablar de esto?”

Errores a evitar: interpretar en vez de señalar: “Creo que su situación familiar le pone muy tenso” o antagonizar por señalar: “Si usted fuera más comprensiva...”

**4.Silencio funcional:** es la ausencia de comunicación verbal sin gestos no verbales que pudiesen limitar la narrativa del paciente. Tiene por efecto proporcionar un tiempo de reflexión al paciente, así como catalizar sus pensamientos, reflexiones y emociones.

Su formulación es no verbal, y precisa de asertividad y una actitud de escucha genuinos. La metáfora que usamos para explicarlo es la de dejar caer la frase que acaba de decir el paciente como una hoja de árbol en el suelo, permitiendo que rebote, y el paciente pueda oír el eco de lo que acaba de decir y reflexionar sobre ello.

Errores a evitar: vacilaciones, dudas, inseguridades, o gestos adaptativos del profesional mientras escucha. Cuando el silencio tiene significados no deseados o inadecuados (por ejemplo, cuando esconde cierta tensión entre paciente y profesional, o ante una falta de orientación del profesional de cómo abordar la situación).

## LA ESCUCHA ACTIVA

Son elementos imprescindibles para realizar una escucha activa: mostrar sintonía postural, favorecer que la persona reflexione y se escuche mientras habla y buscar sus propias soluciones, evitar dar consejos y juzgar, procurar potenciar las habilidades del paciente, evitar responsabilizarnos de sus problemas. Asimismo, profundizar en su mensaje real, detectando generalizaciones u omisiones o expresiones del tipo "tengo la impresión de estarme drogando" (la palabra "drogando" puede manifestar unos valores ligados a la medicación y ser una razón del incumplimiento que centraría nuestra atención).

## TÉCNICAS PARA OBTENER INFORMACIÓN ESPECÍFICA

**1.Preguntas abiertas:** permiten al paciente responder con una frase, y no encierran ningún tipo de sugerencia.

Formulación verbal: "*Hábleme del dolor*", "*Explíqueme más acerca del mareo*"

Errores a evitar: añadir una coletilla que cierre la pregunta, por ejemplo: "*Hábleme del dolor, ¿era punzante?*", con lo cual deja de ser una pregunta abierta y se convierte en una pregunta cerrada. Otro error común es saltar a una pregunta cerrada si no obtenemos una respuesta satisfactoria perdiendo la valiosa utilidad del menú de sugerencias.

**2.Menú de sugerencias:**

Formulación verbal: "*¿El dolor es punzante?, ¿como un mordisco?, o ¿es como si le apretaran con un plato en el pecho?*"

Errores a evitar: hacer una sola sugerencia, ya sea porque el paciente nos interrumpe o porque no se nos ocurren más: "*¿Era como una punzada o...*" En este caso es recomendable añadir: "*...o todo lo contrario?*".

Formular menús de sugerencias que en sí mismos contengan la respuesta que esperamos del paciente: "*¿lo tienen desde hace días, semanas?*", con lo cual excluimos los muy cortos o los largos períodos de tiempo.

**3.Preguntas cerradas:** son aquellas que sólo pueden ser respondidas con un monosílabo o una palabra.

Formulación verbal: "*¿Le ocurre más por las mañanas?*" "*¿Le duele aquí?*", "*¿Ha tenido fiebre?*","*¿Ha vomitado?*"

Errores a evitar: basar el examen verbal en este tipo de preguntas. Deben complementarse con técnicas de apoyo narrativo, y siempre después de las preguntas abiertas y el menú de sugerencias. Evitar concatenaciones de preguntas (varias preguntas encadenadas que rápidamente son contestada por el paciente y normalmente con la respuesta que cree espera el entrevistador que considerará como "buena")

## Errores en la Parte Exploratoria de la entrevista

**Antagonismos:** son conductas verbales o no verbales que oponen, critican, culpabilizan o impugnan las conductas o emociones del paciente. La culpabilización es relativamente frecuente en algunos tipos de consultas ("*Cómo quiere mejorar si no deja el tabaco*", "*Si sigue así, la cosa irá mal, usted verá*"). Debilitan la relación asistencial, tienen un efecto antiplacebo y favorecedor del mal cumplimiento. Es recomendable evitar la agresividad latente con autocontrol emocional.

Si debemos opinar sobre la conducta del paciente es recomendable hacerlo en la fase resolutive de la entrevista.

**Seguridades prematuras:** Incluyen frases del tipo: *“No se preocupe, no es una apendicitis, está todo controlado” “La prueba saldrá negativa” “Todo irá bien”*. A pesar de que tengamos muy claro la recomendación o indicación que haremos a la persona que consulta, conviene en lo posible no anticiparse, ya que existe el riesgo de perder credibilidad. Generalmente son frases que sólo tranquilizan a quien las emite.

### **b. Sumario y exploración física**

Es altamente recomendable que para concluir la fase exploratoria el profesional sanitario haga un resumen de lo hablado incluyendo las preocupaciones del paciente y pidiendo al paciente que confirme si le ha entendido correctamente. El sumario puede aprovecharse para reconfirmar que no hay otros temas que el paciente quiere abordar. Por ejemplo *“entiendo entonces que tiene un resfriado sin fiebre y con moco verde desde hace 3 días, que no le falta el aire pero que está preocupado por si tiene una neumonía porque no mejora con los broncodilatadores y le recuerda a cuando su esposo estuvo así y acabó ingresado. Además, comenta que vuelve a tener dolor de espalda pero que esta vez se le va hacia la pierna. No tiene problemas para andar y orina como siempre, pero no sabe qué tomarse para el dolor de espalda y aún está pendiente de las pruebas que pedimos hace dos meses para estudiarlo. ¿Hay alguna cosa más que dese comentarme?”*

Posteriormente pediremos permiso para la exploración física, protegiendo la intimidad de la persona (mediante una cortina o mampara), y en la que se explicarán los procedimientos a realizar en cada fase de la exploración. Por ejemplo: *“Si le parece , primero le auscultaré los pulmones y posteriormente miraremos el dolor de la columna lumbar, para ello será conveniente primero....., y después .....*”

Recordar que especialmente en adolescentes es un momento muy sensible. Asimismo, que la intimidad de la persona debe respetarse, el hecho de sentirse vulnerables cuando están sin ropa o cuando pueden sentir dolor por alguna maniobra exploratoria. Si el paciente está acompañado conviene confirmar si permite que la persona que le acompaña le ayude a desvestirse o esté presente en la exploración, no dar nada por hecho. Recordamos también que habrá que pedir de nuevo permiso para que un estudiante o residente esté presente o realice la exploración física.

En algunas ocasiones utilizamos el momento de la exploración física para completar alguna anamnesis o volver a preguntar algo cuya respuesta no nos ha quedado clara por la comunicación no verbal del paciente en ese momento o porque estaba delante el acompañante. Recordemos que es un momento de más vulnerabilidad a todos los efectos.

Una vez concluida la exploración física le informaremos al paciente de los hallazgos: *“no tiene fiebre, la tensión arterial es normal así como la oxigenación. No he detectado ganglios en el cuello; la garganta y los oídos están bien y la auscultación de los pulmones es normal. La exploración del lumbago muestra una contractura de los músculos, no hay signos de ciática, y la exploración neurológica afortunadamente es normal”*

### **c. Parte resolutive. Información y negociación**

En la parte RESOLUTIVA enunciamos y explicamos los problemas encontrados, educamos para nuevos hábitos, reconvirtiendo, si fuera preciso, creencias incorrectas, negociamos con el paciente la individualización de las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas que le proponemos, y llegamos a acuerdos. En este momento de la entrevista las técnicas informativas y las de negociación son imprescindibles.

A tener en cuenta que aquello que se menciona en primer lugar se recuerda más. También se recuerda más aquello que establece relación con conocimientos previos que pueda tener el paciente sobre la materia

concreta de la que informamos. Y también se recuerda más aquello que cada persona entiende como verdaderamente importante para su salud.

Las técnicas informativas que exponemos en la siguiente tabla ayudan a una mejor comprensión y memorización de los mensajes informativos.

SECUENCIA DE TÉCNICAS	COMENTARIOS/EJEMPLOS
1. Enunciación de problemas en términos de probabilidad	"A mi entender tiene probablemente dos problemas, primero..., segundo..."
2. Propuesta de acuerdo	"Mi recomendación sería..."
3. Información específica	<i>Bidireccionalidad: "¿Qué sabe Vd. de...?"</i> <i>Enunciación: "Ahora voy a explicarle"</i> <i>Detallar conducta: "¿Cuándo desayuna...?, entonces sería bueno tomar la pastilla de..."</i> <i>Racionalidad de la medida terapéutica: "Esto actúa haciendo..."</i> <i>Instrucciones por escrito: "En este folleto verá las recomendaciones acerca de ...."</i>
4. Si hay resistencias, respuesta evaluativa, exploración de creencias negociación	- <i>Exploración de creencias: "¿Qué piensa acerca de...?"</i> - <i>Cesión real: "De acuerdo". Cesión intencional "Me parece bien lo que me comenta y lo tendremos en cuenta, pero de momento sería conveniente que ....". Cesión condicionada "si sucede esto haremos lo que pide".</i> - <i>Reconversión de ideas: "Usted cree..., y es que en realidad..."</i> - <i>Paréntesis "De momento esperaremos a ver como evoluciona....."</i> - <i>Doble pacto: "Yo haré..., a cambio le solicito que se comprometa en...."</i>
4. Decisión compartida	"¿Qué opina usted?" "¿Cuál de las opciones que hemos comentado le parece mejor para usted en este momento?" "Entonces hemos acordado que usted ... y yo..."
6. Comprobación de acuerdos	"¿Qué entendió?" "¿Podría repetirme?" "¿Qué se lleva de esta consulta?" "¿Le parece bien lo que hemos hablado?" "¿Tiene alguna duda?", "¿Quiere comentarme alguna otra cuestión?"
7. Invitación final	"En el caso de .... no dude en consultar de nuevo"

Las habilidades formales que permitirían una buena recepción de los mensajes informativos son: generar un clima de bidireccionalidad, la utilización de frases cortas, el vocabulario neutro (sin palabras de alto contenido emocional usando preferiblemente términos del/la paciente), una dicción clara y entonación adecuada, y a ser posible utilizar ejemplos o complementos visuales.

**En cuanto a los elementos conceptuales destacaríamos:**

**Enunciación:** anunciar, priorizando los contenidos que se explicarán. Ejemplo: "En primer lugar le informaré sobre las características de su enfermedad, y a continuación del tratamiento".

**Ejemplificación:** explicar un concepto mediante un ejemplo de fácil comprensión.

Ejemplo: ..... "La tensión arterial es similar a la presión que existe en una cañería".

**Racionalidad de las medidas terapéuticas:** explicar el fundamento o actuación de la conducta terapéutica o diagnóstica propuesta. Ejemplo: "Este inhalador le ayudará a abrir los bronquios y a expulsar las secreciones".

**Detallar cambios/ Escribirlos:** detallar los cambios conductuales propuestos, adaptándolos - cuando sea preciso- al estilo de vida del paciente. Ejemplo: ..... "¿Cuándo come usted?... pues será entonces cuando tomará estas pastillas".

**Comprobar la asimilación:** cerciorarse de la exacta comprensión de los mensajes. Ejemplo: "¿Lo ha entendido todo?", "¿Puede repetirme?"

## NEGOCIACIÓN EN LA CONSULTA

Cuando las expectativas del profesional y el paciente difieren, se genera una discrepancia, que es preciso salvar con adecuadas técnicas de negociación manteniendo la buena relación médico-paciente y sin desgaste emocional. La negociación consiste en un diálogo en el que una de las partes (paciente, clínico o ambos) desean claramente lograr algo. Es importante distinguir la negociación (con la que se pretende conseguir un acuerdo lo más sabio y ecuánime posible) de la persuasión, en la que el objetivo es convencer al paciente para que realice un determinado tratamiento o adquiera un cambio de hábito, por ejemplo.

La negociación suele ocurrir en la parte resolutiva de la entrevista clínica, y empieza cuando observamos un desacuerdo o una resistencia por parte del paciente. Si bien es cierto que los desacuerdos o las resistencias en muchas ocasiones se manifiestan de forma verbal (por ejemplo, cuando el paciente interrumpe, discute, niega o incluso ignora la información que le proporcionamos), otras veces se manifiesta indirectamente, con expresiones no verbales que indican desagrado y que conviene identificar: por ejemplo, conductas de evitación (menor contacto visual), aumento del tono de voz, incremento de gestos adaptadores (tocarse el pelo, mover las manos, reacomodación en la silla), encogimiento de hombros, cambio a postura cerrada (de brazos cruzados), mirada fija y perdida, cambios en el ritmo del habla (silencios o incremento de la reactividad), o la presencia de microexpresiones faciales de desagrado.

### ¿Cómo responder ante una discrepancia?

**Respuesta justificativa:** Aparece cuando enfatizamos nuestros argumentos, normalmente médicos, con cierta autoridad ("lo he estudiado, sé de este tema, intento convencer de qué es lo mejor para usted..."). Este tipo de respuestas, a pesar de que son las que espontáneamente haríamos, rara vez conducen a un acuerdo efectivo.

**Respuesta evaluativa:** Respuesta evaluativa: buscamos **explorar las creencias y experiencias previas del paciente** (¿por qué el paciente piensa así?) con el objetivo de averiguar sus razones, "el porqué de ese qué". Ejemplos: "Dígame qué le hace pensar que este tratamiento no va a funcionar". "¿Por qué cree que esa prueba es necesaria?". Este tipo de respuesta proporciona información muy valiosa para negociar posteriormente con el paciente, aproximándonos a sus deseos para tratar de reconvertirlos, a poder ser con sus propios argumentos y palabras, y buscando objetivos compartidos de salud. Para que resulte efectiva es importante **escuchar** (sin interrumpir, con mirada atenta e interés genuino), **empatizar** (hacer el esfuerzo por entender su opinión desde su persona), **normalizar** (indicar que es normal que piense así, que otras personas tienen una opinión similar...) y **legitimar** (tiene usted derecho a opinar eso). Y desde allí, desde sus opiniones y a poder ser con sus argumentos y palabras, poder reconvertir de manera amable aquellas ideas erróneas que no le permiten mejorar su salud. Generalmente las respuestas evaluativas permiten más posibilidades para llegar a acuerdos mutuos. Además, con esta respuesta se suele preservar la relación de confianza médico-paciente, requisito indispensable para que haya una negociación fructífera. Por ejemplo, si un familiar de un paciente con enfermedad de Alzheimer en fase terminal con severa disfagia, que muestra dificultades de adaptación a la situación y nos pide la colocación de una sonda nasogástrica para seguir alimentándolo, en primer lugar deberemos escuchar, empatizar, normalizar y legitimar esa petición. Después evaluar con preguntas del tipo: "¿Por qué piensa que ha dejado de tragar?" "¿Qué le hace pensar que su padre lo necesita?" "¿Piensa que su padre tiene hambre?" "¿Qué cree puede notar él y en qué mejorará si se la ponemos?" El/ella nos explicará las razones que le llevan a solicitar la sonda, y aún siendo algunas erróneas (por ejemplo, puede pensar que así tendrá menos complicaciones -aunque la evidencia

científica demuestre lo contrario-, este conocimiento previo nos permitirá reconvertir de manera más eficaz esas ideas y creencias). Podemos entender con esta aproximación evaluativa, las motivaciones del familiar (-cuidar de su padre con el mejor confort posible en esta última fase de enfermedad), y desde donde podremos negociar la indicación de la sonda nasogastrica. Ese clima de trabajo colaborativo permitirá además, validar los cuidados del familiar y sus expectativas de autoeficacia (empoderamiento), así como ayudarle en la elaboración del duelo.

### **Técnicas de negociación:**

**Enunciación:** anunciar los contenidos que se explican durante la fase resolutive de la entrevista.

**Cesión:** si tras una respuesta evaluativa vemos que se pueden realizar cesiones razonables podemos acomodar las expectativas del paciente y ceder en algún punto, ya sea una cesión:

- **Real:** “me parece bien hacer esto que me comenta ...”
- **Diferida:** “después del tratamiento le enviaré esta prueba que pide”
- **Condicionada:** “si no mejora en un par de semanas realizaremos nuevamente una radiografía de control”
- **Intencional:** “tendré en cuenta su sugerencia”

La cesión debe tener en cuenta el balance beneficio-riesgo de la intervención realizada, y debe servir para ganar en alianza terapéutica. En caso de una cesión real podemos a la vez solicitar al paciente algo a cambio en aras a mejorar su salud. La relación debe de cuidarse y evitar convertirnos en un médico complaciente que se limita a hacer lo que los pacientes necesiten para tenerlos satisfechos sin trabajar para convertirse en un médico más reflexivo y experto, que rectifica sin dolor moral cuando es necesario y cuyo objetivo primordial es la salud de la población que atiende.

A veces tendremos que ceder en algún aspecto, admitir errores, así como reconocer la intuición de determinados pacientes al proponernos medidas diagnósticas o terapéuticas que la posterior evolución del padecimiento demostró acertadas.

**Reconversión de ideas:** se trata de mostrar al paciente las incoherencias y contradicciones contraponiéndolas a otra información, siempre en un clima de diálogo y facilitando el cambio de actitud, sin olvidar legitimar y normalizar lo que el paciente piensa. *“La insulina no te esclaviza, lo que sí lo hace, es la diabetes al tener que venir de urgencias porque tienes el azúcar alto continuamente”.*

**Reconducción por objetivos de salud:** se trata de desviar el campo de negociación de aspectos periféricos a las cuestiones centrales, sobre todo, el mejorar el estado de salud. *“Lo importante no es hacer una radiografía de la espalda, sino llevar a cabo el tratamiento de rehabilitación para tratar de mejorar el dolor”; “volvamos a esto que a usted le preocupa más: ¿qué podemos hacer para mejorar sus dolores de cabeza?”.*

**Negativa argumentada seguida de “disco rayado”:** Si fallan las anteriores técnicas de negociación, y el paciente sigue solicitando algo que no es posible realizar, no nos queda otra que reafirmarnos en nuestros argumentos y repetirlos una y otra vez. Sin acritud y de manera asertiva, y a poder ser con las mismas palabras y gestos, dando entender así que no hay otra respuesta posible: *“Lo siento pero esta receta de Alprazolam no se la puedo hacer, debes ser tratado en la Unidad de adicciones”.*

### **Técnicas para llegar a acuerdos**

**Doble pacto:** Ceder en un punto a cambio de que el paciente haga otra cesión *“le solicito la analítica, pero también le pediría que se comprometiera a seguir con el tratamiento” “Yo consideraré su punto de vista, y usted debería considerar también la posibilidad de que exista un aspecto emocional en su enfermedad”*

**Paréntesis:** Posponer la resolución de la demanda, ya sea evitando la emisión de un diagnóstico o terapia, u otra medida solicitada por el paciente. Ejemplo: *“Aún no le conozco bastante como para opinar”; “ De momento no le doy esta medicina que pide hasta que no tengamos estudiado más a fondo su problema”.*

**Transferencia de responsabilidad:** A otro profesional (" Para este problema del tiroides me parece oportuno que le visitara el endocrinólogo", "La falta de respuesta con el tratamiento antidepressivo, aconseja la valoración por el especialista, ¿tiene algún inconveniente?").

**Propuesta de nueva relación:** Indica una condición necesaria para seguir con el paciente. ("Sin su confianza no puedo seguir siendo su médico de cabecera". "Si no mantiene un mínimo de respeto como el que le muestro, no le voy a poder ayudar y sería mejor que busque la atención con otro profesional". La propuesta de nueva relación aparece cuando se han agotado todas las posibilidades de trabajo colaborativo y se han perdido capitales mínimos imprescindibles: la confianza mutua y el respeto.

**Toma de precauciones:** Advertir al paciente de una posible evolución desfavorable, invitando a nueva consulta de producirse esta. "Si notara que las molestias aumentan, no dude en volver a consultar".

### **Conclusiones: ¿qué hacer y no hacer en la negociación?**

Durante la negociación es importante evitar las discusiones innecesarias, imponer nuestros criterios e invalidar los del paciente, tratando de demostrarles que tienen un problema. Conviene evitar el tomar las discrepancias como algo personal o una muestra de desconfianza hacia nuestra profesionalidad. Debemos mantener una actitud empática con el paciente durante toda la fase de negociación, legitimando y normalizando las opiniones del paciente y permitiendo el diálogo, pero sabiendo a qué debemos negarnos por el bien del paciente.

## **6. Situaciones difíciles.**

### **6.1. Situaciones difíciles: Agresividad en la consulta**

#### **Modelo general de la agresividad**

La agresividad es una respuesta emocional y conductual extrema. Cuando ocurre estamos sometidos a una descarga fisiológica propia de los estados de alarma. La capacidad de reflexión racional disminuye, y predominan las respuestas de ataque y defensa, así como las recompensas basadas en "devolver la agresión" y sacar ventaja del otro "ahora y aquí", incluso perdiendo el horizonte de lo que pudieran ser los beneficios en salud. Evidentemente ello puede ocurrir en mayor o en menor escala, dependiendo del grado y tipo de agresividad.

La gradación de los niveles de agresividad pueden pasar de:

1. Hostilidad latente: desacuerdo en el no verbal con los gestos "suspiros, miradas desconfiadas, sin llegar a decir nada.
2. Recriminaciones y culpabilizaciones: "si usted me hubiera hecho..."; "ya le dije que si no me hacía caso...", "por su culpa he llegado a este estado...".
3. Exigencias y lucha para imponer un criterio: "déme esta receta", "hasta que no me haga el informe no saldré de la consulta", "yo así no estoy para trabajar".
4. Insultos. "Es usted un incompetente", "pero quien se ha creído que es usted".
5. Amenazas: "si no me da..... va a saber quién soy yo", "no sabe con quién está hablando", "mejor que no me lo encuentre por la calle".
6. Agresión verbal: "le voy a dar su merecido", "es usted un cretino".
7. Agresión física.

Sin embargo, no por estar en un nivel poco "elevado" de agresividad la activación fisiológica tiene que ser menor. De hecho una palabra desabrida puede provocar en cierto momento una reacción en el entrevistador que le produzca desasosiego, insomnio, y un malhumor que se extienda a otros ámbitos vivenciales.

Existe una vulnerabilidad de cada participante dependiente de características internas y de una coyuntura determinada.

**Patrones de agresividad:** Hostilidad latente, agresividad institucionalizada, en espiral, directa, y física. ritualizada (y por consiguiente acotada), en espiral, y directa

**Hostilidad latente:** La hostilidad latente es aquella que se percibe de forma no verbal, a veces solo sentimos que algo no va bien. Es aquella hostilidad habitualmente generada por un mayor o menor nivel de insatisfacción con el profesional, que no ha sido explicitada de forma franca o verbal. Esta irritabilidad en el ambiente durante el acto clínico, aumenta el riesgo de errores médicos y deteriora la relación asistencial. De ahí la importancia de estar atentos para conseguir que no pase desapercibida, de atenderla, entenderla y abordarla antes de que aumente y se haga más difícil de controlar. Puede favorecer la aparición de cualquiera de las siguientes.

**La agresividad en espiral,** es aquella que se genera durante la propia entrevista habitualmente por falta de acuerdo frente a algún aspecto más o menos relevante de la entrevista. Requiere siempre la sintonización emocional entre los protagonistas y casi nunca es premeditada. Conlleva riesgo para el paciente por cuanto éste prioriza a menudo la transacción emocional a la ganancia.

Se distinguen habitualmente 3 fases: 1.- Fase de tanteo o sintonización (se manifiesta a través de la conducta no verbal), 2.- Fase de lucha por el control de la entrevista, y 3.- Fase de Eclosión o de Ruptura de la relación (aparecen recriminaciones, insultos, amenazas o incluso agresión física)

**La agresividad institucional o ritualizada,** es una agresividad de bajo nivel, que suele aparecer cuando se vulneran derechos considerados como propios por el paciente, y habitualmente relacionada con temas burocráticos (tiempo de espera, errores o retraso en la cita...).

**La agresividad directa** es aquella que aparece de forma brusca y a menudo inesperada con recriminaciones, amenazas o incluso agresiones físicas.

**La agresividad física** definiría el mayor nivel de respuesta desadaptativa e intensidad emocional, con repercusiones importantes en el profesional y su entorno.

#### **Prevención de las situaciones agresivas.**

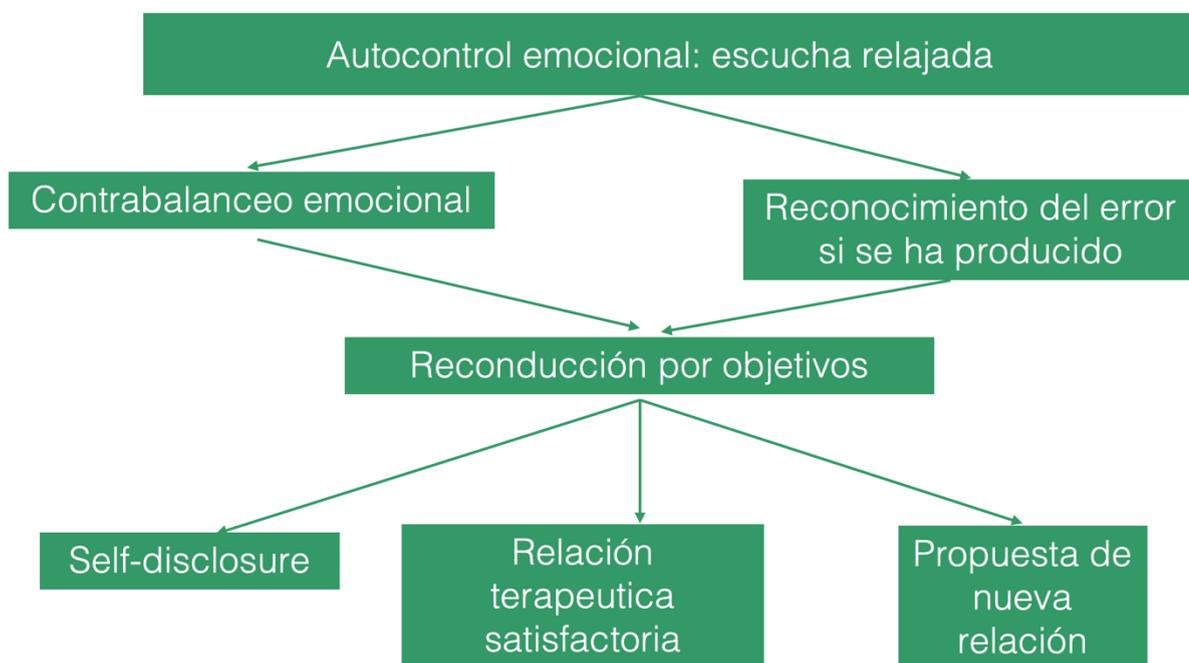
El mejor manejo de las conductas agresivas es la prevención: conocer y aplicar una serie de herramientas con el fin evitar la aparición de las primeras conductas agresivas porque, cuando la agresividad ya se ha manifestado, su abordaje es más difícil y conlleva un mayor desgaste para el profesional.

Entre otros muchos, son factores preventivos de la agresividad:

- Un entorno y unas condiciones de trabajo adecuados (en relación a horarios, cargas de trabajo, reconocimiento, etc.). El médico que trabaja en situaciones de incomodidad difícilmente puede ser cordial, y mucho menos cálido en su trato con los pacientes.
- El conocimiento del entorno de trabajo y sus particularidades disminuye la probabilidad de recibir una agresión.
- Saber leer aquellos indicios verbales y no verbales en el paciente que preceden a una conducta agresiva puede permitirnos reaccionar adecuadamente.
- Trabajar la competencia emocional del profesional, reconociendo y gestionando las emociones que surgen en su desempeño laboral. El profesional experto no reacciona con antipatía al antipático, con mala educación al maleducado, con hostilidad al hostil... se mantiene en su propia "onda" emocional.
- Existe una relación directa entre el tiempo de espera de los pacientes y la incidencia de agresividad o violencia hacia el personal sanitario. La calidad de la espera (informaciones, trato, ambiente en la sala) también determinan que la hostilidad pueda surgir más o menos fácilmente.
- Cuidar la relación con el paciente en contactos previos a la consulta ( en la sala, por teléfono, etc.) aunque sean informales y breves.
- Demostrar cordialidad al recibir a pacientes y/o acompañantes es un primer elemento de prevención de la agresividad. La posibilidad de dar la mano con una sonrisa es sencillo y efectivo.
- Mostrar empatía con el paciente ( comprender que piensa y siente) puede prevenir o desactivar la agresividad.

- La irritación y la impaciencia impiden demostrar empatía y además se transmiten fácilmente al paciente.
- Las respuestas asertivas permiten mantener una postura diferente a la del paciente sin despertar sentimientos hostiles en él.
- La negociación y la toma de decisiones compartida nos alejan de modelos autoritarios y rígidos, previniendo hostilidades.
- Si el profesional trabaja en un entorno de riesgo de agresiones debe tomar medidas simples pero efectivas para prevenir las agresiones verbales o físicas.
- La violencia contra el profesional en el trabajo, sea verbal o física, debe denunciarse a la propia empresa, y seguir el protocolo establecido, porque esto disminuye las agresiones.

**Abordaje de la agresividad:** El autocontrol emocional. El contrabalanceo emocional. Ignorar o señalar. El reconocimiento del error. Acotamiento de la respuesta agresiva. Reconducción por objetivos. Self-disclosure



**Autocontrol emocional: escucha relajada.** escolta relajada. La primera parte del encuentro requiere aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado y refugiarnos en una escucha relajada hasta que opere el contrabalanceo emocional. Evitamos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos diga ya que interpretará cuanto digamos de la manera más conveniente a sus argumentos. Transmitimos aceptación e interés por cuanto dice, pero nada más.

**Contrabalanceo emocional.** El principio del contrabalanceo emocional nos dice que tras aflorar emociones negativas muy fuertes, el individuo se ve llevado hacia emociones más neutras e incluso positivas. Ante un paciente que entra agresivo, la primera reacción del profesional suele ser justificativa, pero lamentablemente mientras el paciente experimenta fuertes emociones negativas escucha poco; está más preocupado por cómo dar salida a su tensión interior que a escuchar razones. En este momento se pueden utilizar frases como “tal vez si me explica un poco más su punto de vista podré comprender mejor su enojo”. Una vez han aflorado emociones extremas (ya sean ansiedad, tristeza, hostilidad...) el paciente se contrabalancea espontáneamente hacia emociones más neutras, o incluso positivas. Es como si la mente humana fuera incapaz de mantener indefinidamente una tensión excesiva, sobre todo si está frente a una persona que no le activa ni le sigue en esta tesitura.

Efectuada la descarga (que se acompaña de vergüenza), una técnica para lograr el clima de entrevista donde se puede dar un diálogo eficaz es la **reconducción por objetivos**. Ofrecemos al paciente hablar no tanto de las circunstancias que han originado el roce, como de las medidas que debemos aplicar para solventar sus problemas de salud: *“veamos qué podemos hacer para solventar su problema”*.

**Reconocimiento del error si se ha producido.** Si tenemos parte de responsabilidad, reconocerla de manera explícita e inmediata tiende a desactivar al paciente agresivo..

Si el tema de debate carece de interés objetivo o no es posible llegar a un acuerdo, intentaremos nuevamente una reconducción por objetivos: *“todo esto es muy interesante, pero en estos momentos hay algo incluso de mayor trascendencia, como qué es lo que podemos hacer ahora por usted”*

**Self-disclosure.** Después de acabada la entrevista, y en pacientes que conozcamos bien, puede ser pertinente mostrar nuestros sentimientos cuando consideramos la conducta como inaceptable y deseamos que no se repita: *“La manera como ha entrado en la consulta me ha parecido incorrecta” ;“yo entendía que entre nosotros había un clima de diálogo que hacía innecesario el tono con el que me ha hablado” “me ha sorprendido y entristecido la agresividad con que me ha hablado”*. La respuesta que obtengamos nos dará la talla de nuestro interlocutor y la capacidad o posibilidad de influenciar en su conducta.

**Propuesta de nueva relación.** Si prevemos que se repetirá podemos anticiparnos: *“si no es posible un trato amigable entre nosotros, puede ser conveniente para ambos considerar si soy el profesional adecuado para hacerme cargo de su salud”*

## 6.2. Situaciones difíciles: Dar malas noticias

Definimos el término de "mala noticia" a aquella que frustra o condiciona negativamente las futuras expectativas de la vida del paciente. En general, existe resistencia a dar malas noticias, porque genera estrés, intensas emociones, sensaciones de responsabilidad por la noticia a dar, así como por el temor a una evaluación negativa.

Uno de los objetivos prioritarios a la hora de dar una mala noticia es tratar de que ésta tenga el mínimo impacto emocional posible.

Se sabe que los efectos de buena comunicación aún en estas circunstancias tan difíciles son positivos. Se disminuye la ansiedad y el aislamiento emocional, así como conductas de oposición del paciente, o el posible agravamiento de otras conductas desadaptativas o disfuncionales. Se aumenta la capacidad para tomar decisiones, se mejora el proceso de adaptación psicológica del paciente, y se favorece la realización de objetivos terapéuticos.

Dar una mala noticia comporta tener en cuenta elementos sociales (cultura, recursos socio-económicos...), factores del paciente (conocimiento de la enfermedad, creencias, estado emocional...), así como factores del propio médico (sentimientos de miedo, culpa, escasa formación, o desconocimiento, entre otros). Sin embargo, el impacto de unas malas noticias inadecuadas o mal ejecutadas puede ser muy importante sobre el paciente, su entorno, la relación médico-enfermo y el propio profesional.

Existen diversas aproximaciones que ayudan a implementar esta tarea tan compleja, y a la vez inevitable. Uno de los más conocidos es el denominado “protocolo de la 6 etapas “ descrito por Buckman (1992) adaptado a diferentes culturas, y que incluyen : Preparar la entrevista. Descubrir qué sabe y qué no sabe el paciente. Detectar cuánto y qué quiere saber. Comunicar la información. Responder a las reacciones del paciente. Diseñar un plan terapéutico.

Un elemento muy importante comporta la evaluación final de la entrevista, ya que analizar las fortalezas y las limitaciones ayuda al profesional a conocerse mejor, reafirmar su confianza, así como poder aportar instrumentos de mejora. Una buena forma de evaluar nuestra propia estrategia utilizada es valorar las nuestras emociones, ideas o acciones después de la entrevista mediante una reflexión personal. Se ha

de valorar qué hemos oído, nuestra seguridad y "confortabilidad", el impacto que hemos producido y las reacciones que se han suscitado, si la información que el paciente ha asimilado era la esperada, y si se tienen claros los objetivos del paciente de cara al futuro. En este sentido, puede ser muy útil comprobar la asimilación durante la entrevista con relativa frecuencia y pedir al paciente un resumen final y su estado emocional después de la entrevista, con un sencillo ¿cómo se encuentra?. Los comentarios a esta pregunta pueden darnos una valoración bastante real de la calidad de la entrevista y del cumplimiento de objetivos. La información aportada por los familiares del estado de ánimo posterior del paciente y de su actitud puede igualmente ayudar a valorar nuestra intervención a la vez que nos aporta información importante de cara al seguimiento del paciente.

### **La familia en las malas noticias. Coaliciones.**

La aportación de malas noticias a la familia debe seguir exactamente las mismas reglas y consideraciones. La familia puede ser uno de los mejores soportes del propio paciente y a la vez ser puente del profesional en relación a transmitir información desde y hacia el paciente.

A veces puede suceder que un paciente o una familia, de forma unilateral, nos digan que no quieren que se diga toda la verdad a la otra parte. No es una situación fácil de llevar.

Compartimos aquí unas reflexiones que nos son de utilidad, sin querer ser ni exhaustivos ni pretender contener toda la "verdad":

La familia es importante para el paciente y para nosotros (soporte para ambos y puente bidireccional).

La coalición tiene ventajas obvias, pero mal llevada puede ser un escollo y hasta llegar a bloquear.

Como en todo lo demás, debemos un respeto total (= aceptación, al menos a priori) a los deseos de ambas partes. Si lo mostramos así, podemos generar la suficiente confianza como para seguir adelante.

Previamente a intentar convencer a nadie, deberemos hacer un esfuerzo para entender sus razones, y ejercitar nuestro autocontrol para vencer el propio malestar que la situación suele generar en el profesional.

Pensar que toda negociación es "un proceso".

- Explorar sus razones para esconderlo
- Apelar a la inteligencia del paciente
- Sugerir que nos ha parecido que sospecha
- Animarles a explorarlo por sí mismos

Algunos elementos para hacer la reconversión:

- Valorar el coste del secreto, y disposición para pagarlo
- Confrontarles con la idea de que fuera el/ellos los afectados
- Explicar el derecho moral, ético y legal del paciente; si no se ha conseguido un acuerdo, llegado a este punto puede decirse: "Aunque entendemos su postura, si el paciente nos pregunta, nuestro deber es decírselo". Evidentemente no es lo mismo decir esto después de todo este proceso que al inicio de la negociación.

## **7. La Entrevista Familiar**

Una de las situaciones que más impelen al profesional de la salud a un abordaje biopsicosocial integrado es la realización de una entrevista familiar.

La indicación para llevar a cabo una entrevista familiar debería considerarse siempre que pensemos que esta será útil para el paciente, la familia o el mismo profesional.

Diversos autores aconsejan realizar de forma habitual una entrevista familiar en las siguientes situaciones:

a) frente a un ingreso o un alta hospitalaria, b) en la atención prenatal y perinatal, c) cuando el paciente se encuentra en una situación terminal y en el momento del fallecimiento y d) ante el diagnóstico de una enfermedad crónica severa. Sería asimismo recomendable en situaciones de mal control terapéutico de un trastorno crónico, en situaciones de hiperfrecuentación en la consulta, la presencia de una depresión u otro trastorno mental, en caso de adicción a drogas, frente a problemas de relación de pareja o ante problemas de conducta de los hijos.

Conviene **preparar la entrevista** enfatizando la acomodación de sus miembros. Una forma de favorecer la participación de la familia se incrementa cuando explicitamos nuestro deseo de llevar a cabo un «encuentro o entrevista familiar» acerca de lo que ellos consideren que es un problema.

Es aconsejable revisar la información que dispongamos acerca de la familia previamente a la entrevista. En este sentido el desarrollo del genograma (o árbol familiar) puede aportarnos información acerca de problemas de salud y de la dinámica familiar (nivel de relación entre sus miembros) para la entrevista posterior.

Asimismo, y previamente a la entrevista, será útil describir los objetivos sobre los que tendrá lugar dicha entrevista (p. ej., acerca del tratamiento más adecuado en un paciente con dificultades en la adherencia al tratamiento, la discusión sobre la posibilidad de un ingreso residencial, las medidas de soporte en un paciente terminal, etc.).

El desarrollo de la propia entrevista familiar sigue una serie de fases. Una primera **fase de acomodación** de cada uno de sus miembros y en la que describimos brevemente la agenda de la entrevista. Antes de empezar a tratar el problema y sus posibles soluciones conviene que llevemos a cabo una breve presentación de cada uno de sus componentes con el objeto de conocerlos y de favorecer su aclimatación emocional. Trataremos de favorecer lo mejor de cada uno de ellos, ver su papel en relación con los demás y con el problema en cuestión, así como las fortalezas a nivel individual y familiar. Prestaremos atención a los miembros menos activos o con menos voz, y estaremos especialmente atentos y respetuosos con los miembros más adultos.

En un segundo momento **pactaremos la agenda** sobre la cual trabajaremos en la entrevista actual, ya sea preguntando qué es lo que querrían trabajar hoy o proponiendo por nuestra parte una agenda específica si detectamos que existe un problema suficientemente importante o urgente. Comprobaremos que estén de acuerdo y preparados para trabajarlo.

Una vez pactado el problema a tratar, solicitaremos la opinión de cada miembro al respecto y que discutan sus diferencias o acuerdos. Estaremos atentos a los patrones de comunicación que establecen sus miembros (a menudo repetitivos) y exploraremos si el problema se había presentado en anteriores ocasiones, así como las estrategias que desarrollaron para tratar de resolverlo. Evaluaremos si han aparecido situaciones recientes que pudieran influir en el problema actual, tales como enfermedades, defunciones, nacimientos, cambios de vivienda, cambios de trabajo, enlaces, divorcios, etc. Asimismo, estaremos abiertos a que hagan las preguntas que consideren necesarias, así como a la petición de consejos por nuestra parte.

Conviene que evaluemos la necesidad de disponer de otros recursos (familiares, sociales o sanitarios) que pudieran precisarse para resolver mejor el problema o conflicto actual.

Finalmente, **consensuaremos un plan de acción** para abordar el problema. Puede ser necesario que cada miembro resuma su visión del mismo, así como su contribución de forma explícita para que este se lleve a cabo de forma exitosa. Aportaremos, asimismo, información acerca de nuestro papel y nivel de responsabilidad asistencial en el desarrollo del plan de acción. Finalizaremos la entrevista acordando una nueva cita.

Conducir una entrevista familiar comporta un abordaje biopsicosocial bien integrado y precisa de un entrenamiento específico.

## 8. La entrevista telefónica

Se estima que hasta un 50% de las visitas ambulatorias se realizan a través de consultas telefónicas.

En general, las entrevistas presenciales son más efectivas que las telefónicas, debido, entre otros factores, a una falta de entrenamiento, a cambios en el patrón comunicativo (perdemos información visual), la habitual urgencia de muchas peticiones, todo lo cual tiende a generarnos mayor estrés.

Sin embargo, la utilización del teléfono en Atención Primaria se ha convertido en un valioso instrumento que favorece la atención continuada e integral, mejora la gestión del tiempo y favorece el seguimiento y el manejo de múltiples situaciones de carácter agudo, así como de patologías crónicas. Asimismo, una relación previa entre el profesional y el paciente (longitudinalidad) influye en la calidad de la consulta telefónica, en la eficacia del profesional y en la satisfacción del paciente.

Antes de realizar la llamada telefónica conviene recabar información médica y psicosocial sobre la persona, lo que nos permitirá dotar a la entrevista de un contexto adecuado para facilitar la comunicación y la seguridad del paciente.

En general, una consulta telefónica de carácter clínico generalmente se desarrolla en tres fases:

Una primera fase de escucha y clarificación de la demanda, donde estaremos muy atentos al discurso de nuestro interlocutor, tratando de comprender las motivaciones de la llamada, así como el tono emocional asociado al paralenguaje. Es especialmente importante facilitar la narrativa del paciente, animándole a que exprese con la mayor comodidad posible la situación actual, inspirando la necesaria confianza:

«Buenos días soy la Dra Martínez, me han pasado su aviso porque su hijo tiene fiebre alta. Cuénteme Sra. García, la escucho [...] Me comenta que desde hace unas horas no puede tomar líquidos porque los vomita. Continúe [...] ¿Ha notado si tiene una erupción en la piel? [...] Me dice que ha sangrado, le pido que me especifique dónde exactamente [...] Es la segunda vez que ha perdido el conocimiento en el último mes...».

En la segunda fase de apoyo, validaremos su llamada y reforzaremos las cosas que ha hecho bien, tratando de tranquilizarla en todo momento para apoyar la percepción de que la situación está bajo un control razonable:

«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...».

En la tercera **fase de salida**, daremos de manera concisa las indicaciones oportunas para llevar a cabo:

«Conviene que no le dé más líquidos y en breve iremos al domicilio a visitarlo [...] Es normal que siga décimas de fiebre, continúe con el mismo tratamiento y comentamos en las próximas 24 horas [...] Es necesario que acuda a la consulta para que explore los oídos. (...) Ahora mismo solicito un traslado urgente para el hospital...».

Las limitaciones comunicativas que supone no ver al paciente, la necesidad de acortar el tiempo de entrevista, las dificultades añadidas para realizar un diagnóstico, así como la necesidad de contención de la ansiedad que generan muchas de las llamadas con carácter "urgente", aconsejan un entrenamiento específico para su implementación en la práctica clínica habitual.

La utilización del teléfono tiene múltiples utilidades en la asistencia sanitaria, destacando la organización de las agendas de visita, la evaluación e información protocolizada frente a problemas de salud banales (p. ej., en campañas de atención de epidemias gripales), la información acerca de circuitos asistenciales, la evaluación de urgencias médicas o la información de resultados de laboratorio. Conviene que cada equipo trabaje los circuitos de llamadas, y sus responsables, con objeto de optimizar su eficiencia.

En los sistemas sanitarios en los que se valora la atención personalizada por encima de otros indicadores, el

teléfono tiene una importancia central como medio de interconexión paciente-profesional de la salud (y/o equipo). Tiene, a nuestro entender, un efecto muy positivo sobre el autocuidado del paciente, fomentando la confianza en el equipo asistencial y proveyendo un tipo de servicio directo que, bien utilizado, puede llevar a un ahorro en tiempo y dinero, y que, en la mayoría de las situaciones, aumenta la satisfacción del consultante.

Las entrevistas realizadas por videoconsulta permiten que pacientes y profesionales se comuniquen de manera similar que en las consultas presenciales. Aporta muchos elementos de la comunicación, así como datos semiológicos claves en la valoración clínica de los pacientes. A pesar de sus claras aportaciones para aumentar la efectividad respecto a las consultas telefónicas, su disponibilidad y seguridad están aún en desarrollo en la mayoría de centros de Atención Primaria. (Muñoz E, 2021)

### 9.Recomendaciones finales

No hay tecnologías absolutamente libres de iatrogenia. Ni siquiera lo están aquellas relacionadas con la comunicación humana. Las habilidades en entrevista clínica pueden ser utilizadas en un sentido positivo - y normalmente lo son - pero también en uno negativo o incluso iatrogénico.

La intencionalidad última que preside el contacto entre profesional y paciente determinará la calidad de la relación. Preferiríamos, sin lugar a dudas, una relación marcada por la honestidad y la voluntad de ayuda, a una relación falseada por maquillajes o arropada por fórmulas aparentemente empáticas, pero sin ningún contenido. Por ello hablamos de un necesario equilibrio entre actitudes y técnicas, conscientes de que ambas se complementan y enriquecen.

Se comprobará las ventajas de estas técnicas si es capaz de convertirlas en hábitos. Nos atrevemos desde estas líneas a animarle en la empresa de una comunicación más exigente, más rentable y más satisfactoria.

### 10.Bibliografía de consulta

1. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de Estrategias práctica. Bcn: semFYC ediciones, 2004. Disponible en: [https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica\\_Borrell.pdf](https://www.semfyec.es/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-semfyec.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.