



## 17 artículo

Fernando Martín Moreno [[Buscar autor en Medline](#)]

María Teresa Delgado Marroquín [[Buscar autor en Medline](#)]



### Razonamiento clínico y entrevista clínica

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

### Texto completo

#### Introducción

La comunicación es una de las habilidades esenciales que todo medico debe poseer . Valoraremos su importancia, si tenemos en cuenta que a lo largo de su vida profesional, un medico de familia realizara entre 160.000 y 200.000 entrevistas. Es por ello, que en los planes de formación de los médicos de familia, es considerada como una competencia básica, junto con el razonamiento clínico, la bioética ,la gestión y los conocimientos científico-técnicos Todos estos componentes están íntimamente relacionados en la actividad asistencial que desarrollamos cada día en las consultas. Tanto, que carencias importantes en alguno de estos componentes, redundan en una disminución de la calidad dada y percibida por el paciente.

En Atención Primaria, los motivos de consulta son muy variados y en ocasiones difíciles de concretar. Además contamos con un tiempo muy limitado para la realización de las entrevistas. En la entrevista, el medico accede a los síntomas de la enfermedad y a la perspectiva del paciente<sup>1</sup>. Una relación humanizada exige adaptar la comunicación, de manera que tengamos en cuenta la globalidad de la persona.

Hay aspectos organizativos que repercuten en nuestro quehacer diario: la falta de tiempo, la masificación de las consultas, la burocracia, el cada vez mayor numero de ancianos, el aumento de las patologías crónicas, la emigración...

También los modelos de relación entre el medico y el paciente han cambiado, de un modelo tradicional mas paternalista, se ha evolucionado hacia un modelo centrado en el paciente, con una relación mas simétrica, en la que los pacientes participan en la toma de decisiones diagnosticas o terapéuticas<sup>2</sup>.

Uno de los mayores grados de satisfacción que los pacientes tienen en las consultas medicas tienen que ver con la comunicación y la confianza que estas generan. Existen estudios que analizan demandas judiciales en el ámbito sanitario y se ha podido comprobar que una gran parte de estas tienen que ver con problemas de comunicación<sup>3</sup>.

Siempre hemos sabido que la medicina no es una ciencia exacta, pero la variabilidad que existe en todos los puntos de la asistencia, hace que nos movamos en la mayor incertidumbre. La presentación de las enfermedades es muy variable, cada paciente tiene una presentación distinta de las enfermedades, las pruebas tienen también variabilidad (falsos positivos y negativos), las respuestas a los tratamientos también es variable, la aplicabilidad de los tratamientos en nuestro medio no es la misma que en los estudios<sup>4</sup>.... Sin embargo la imagen que los medios de comunicación dan, no se corresponden con esta variabilidad conformando una imagen de seguridad y creando una expectativa social que no acepta la incertidumbre, ni los limites en la medicina. Los logros de los avances de la medicina son expuestos por los medios de comunicación social de tal manera que crean una expectativa de seguridad y de generalización de estas técnicas. No hacen hincapié en los efectos negativos como la iatrogenia, los costes, etc. La sociedad pone a los médicos como técnicos seguros de un escenario muy variable y sin embargo exige unos resultados de certeza. Algunos profesionales afrontan esta situación con la llamada medicina defensiva, situación que no mejora la salud, incrementa en muchas ocasiones la iatrogenia y dispara los costes sanitarios.

Sin embargo en este "mar de incertidumbre"<sup>5</sup>, somos los médicos de primaria los que mejor nos movemos, porque estamos mas en contacto con las personas, conocemos el entorno en que nos situamos . El trabajo en equipo, el acceso a fuentes de información, las evidencias científicas, las guías clínicas, son entre otras, ayudas para soportar esa

### bibliografía

1. Hernandez Monsalve M, Entrevista clínica y buena practica en Atención Primaria SEMERGEN 2002; 28 (4):173-41
2. Sobrino Lopez, Ana Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años Revista Clínica Electronica en Atención Primaria RCEAP N° 04 2004.  
<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo.php?idnum=4&art=01>
3. Sanchez de la Cruz, E. Buscar la empatía. Jano 9-15 Febrero 2007. N° 1.637; 44-5
4. Loayssa Lara JR y Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria 2001. 15 noviembre. 28 (8):560-564
5. Gervas J. Perez Fernandez, M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre Aten Primaria 2005;35(2):95-8

Ver más

### enlaces

No hay enlaces de interés



incertidumbre. Y sobre todo las herramientas que contamos en primaria: contacto y conocimiento del paciente y su medio, continuidad en la asistencia y el factor tiempo.

El razonamiento clínico y la entrevista están fuertemente vinculadas. El razonamiento clínico precisa de unos conocimientos científico-técnicos, que necesitamos incrementar constantemente dados los avances en el campo de la medicina. Sin embargo, en Atención Primaria, más que incorporar nuevos conocimientos, sería prioritario relacionar los que ya tenemos<sup>6</sup>. En la práctica los médicos de familia nos servimos en muchas ocasiones del reconocimiento de patrones (por ejemplo al ver una pitiriasis rosada..), en algunas ocasiones por un razonamiento inductivo, solamente en aquellas situaciones difíciles en que tenemos que empezar desde cero. En otras ocasiones mediante guiones pre-elaborados o script ( pautas personales protocolizadas de pasos a seguir) y en bastantes ocasiones mediante un proceso hipotético deductivo<sup>14</sup>. Si queremos conseguir buenos diagnósticos precisaremos de la mejor información que podamos obtener. Información, no solo de los aspectos biomédicos, sino también de los psicosociales, los emocionales y de las perspectivas del paciente. Como dice Turabián "se trata de lograr tomar "decisiones buenas", las que reducen o gestionan la incertidumbre del impacto"<sup>7</sup> o como dice Borrell "obtener datos de calidad para buenos diagnosticos"<sup>8</sup>.

### **Comunicación en la consulta**

La entrevista es el lugar donde se produce y desarrolla la relación medico-paciente. En la comunicación en salud, un objetivo es mejorar la relación medico-paciente. Esta relación es el mayor bagaje terapéutico que contamos en Atención Primaria. La relación de confianza que se establece entre el medico y el paciente es el elemento terapéutico mas intenso. El médico debe de contar con unas habilidades que generan un clima favorecedor de la comunicación.

#### ***Cordialidad***

Sentida como la capacidad de sentirse acogido con calidez, frente a una actitud distante o fría. La cordialidad es un marcador de la recepción al paciente. Gestos como dar la mano, mirar a los ojos, acompañar con la mirada, presentarse... son marcadores de cordialidad.

En estos tiempos de informatización y de pantallas, no es infrecuente que la mirada no se encuentre con el paciente a lo largo de los primeros momentos, dando una sensación de no atención, de no presencia, con el sentimiento de distancia que le genera al paciente. Es frecuente que en estas situaciones el paciente permanezca callado pensando que no le prestamos atención, que estamos en otra cosa ( en ocasiones así será) y que no hemos deparado en su presencia.

#### ***Respeto***

La aceptación del otro, como un igual, independientemente de su estatus social, cultural, político o religioso. La actitud de respeto en el profesional, otorga dignidad a cada persona. El respeto nos iguala a todos y establece unas relaciones más constructivas. Debe ser una característica mutua, se debe dar y exigir el respeto, como condición básica para una relación de confianza.

#### ***Empatía***

Entendemos por empatía el ponerse en el lugar del otro y manifestarlo<sup>9</sup>. Pero no es necesario padecer las mismas enfermedades para poder ponerse en el lugar del otro, aunque algunos opinan que, solo los que han padecido enfermedades, pueden entender a la persona enferma . La empatía va asociada a los sentimientos, a la capacidad que tenemos como personas de entender el sufrimiento ajeno, al hecho de valorar que, en otras circunstancias, nosotros podríamos estar como el paciente . La empatía es una actitud ante las personas, y en el caso de las consultas es una actitud de comprensión hacia la experiencia que el paciente tiene en ese momento. . Difícilmente en situaciones de agobio, estrés, inquietud o irritabilidad somos empáticos. Además de la capacidad de entender al paciente y su vivencia, tenemos que hacer un esfuerzo en manifestárselo al paciente mediante comunicación verbal y no verbal. Comunicación verbal en el sentido "entiendo como te encuentras.. " y comunicación no verbal con gestos de apoyo (cabeceos, sonidos guturales "mm-humm" , etc).

Los pacientes esperan no solo que entendamos sus emociones sino que haya un compromiso con ellas. De nada nos sirve el reconocer las emociones del paciente si nuestra respuesta deja de ser empática (y expresarla) y se vuelve dispática . Cuando respondemos a las emociones del paciente enjuiciando dicha situación, estamos dando una respuesta dispática, de manera que denigramos su imagen o sus autoestima (¿ lo que quiere es la baja, no?)<sup>10</sup>

#### ***Asertividad***

Somos asertivos cuando somos capaces de transmitir al paciente la seguridad, confianza y dominio de la situación. También cuando actuamos en nuestro papel profesional, ejerciendo nuestros derechos y deberes con seguridad y destreza. Cuando somos asertivos, hacemos lo que creemos oportuno, expresamos lo que sentimos y pensamos, aunque no coincida con la opinión del paciente. Respetamos la postura del otro pero

preservamos nuestro criterio, Siendo asertivos mantenemos y reforzamos nuestra autoestima y no lesionamos la del otro. Saber decir no a algunas demandas no justificadas, pero respetuosamente, tener un control emocional de la situación y no vivir las críticas como ataque a la persona sino como una opinión sobre una conducta<sup>11</sup>.

Para obtener una buena información en una entrevista semiestructurada, seguimos los siguientes pasos:

- Conectar con el paciente.
- Averiguar y delimitar el motivo de consulta
- Escucha activa y técnicas de apoyo narrativo.
- Obtener datos. Sumarizar la información.
- Pasar a la exploración.

### **Conectar con el paciente**

Neighbour<sup>12</sup> establece como primer punto de la consulta el conectar con el paciente. Y ciertamente de los primeros contactos en la consulta, va a depender en gran medida el desarrollo de ésta. Contactar con el paciente y conseguir compenetrarse con el, no es tarea fácil y precisa del apoyo de técnicas de comunicación verbal (saludos, expresiones verbales de introducción) , de comunicación no verbal (control del espacio, imagen de orden, postura hacia delante y abierta, sonrisa, mirada..) y actitudes (cordialidad, respeto, reactividad adecuada). El objetivo es establecer una relación medico-paciente sincera y de confianza mutua. Para ello hay que realizar una adecuada proximidad emocional, en un nivel de igualdad (respeto), que facilite una sintonía entre medico y paciente.

Esta conexión con el paciente que sucede en los primeros momentos de la entrevista, es el momento que da pie a la expresión del motivo de demanda del paciente. Motivo que los pacientes elaboran antes de entrar a la consulta y que precisan de un tiempo para poder expresarlo. De ahí, la necesidad de utilizar una reactividad baja en los primeros momentos y no cortar el hilo conversacional del paciente . Una reactividad alta, cortando la expresión del paciente para dirigir la entrevista, no es bien vivida, en general, por el paciente y dificultará la comunicación posterior. .

### **Delimitar el motivo de consulta**

No es fácil en muchas ocasiones, concretar el motivo de consulta de los pacientes. La información abigarrada, la falta de concreción y las agendas ocultas, dificultan en ocasiones llegar a una clara definición del motivo de consulta<sup>8</sup>. Es bastante usual, que el problema expresado como motivo de consulta no se corresponda con el motivo real de la misma (temores a expresarlo, ver como reacciona el medico, etc) lo que hace que el motivo real (razón de la consulta) no surja al principio y vaya apareciendo a lo largo de la entrevista<sup>13</sup>. En otras ocasiones lo que se nos manifiestan son quejas (problemas que el paciente no espera solución en la visita). Una vez identificados los problemas , tras concretarlos y expresarlos, podemos pasar a negociar la agenda a tratar.

### **Escucha activa**

Oír no es escuchar. La escucha activa es una disposición que hace que el paciente se sienta realmente escuchado. Por nuestra parte requiere de un manejo de la reactividad , de una actitud de atención, interés y empatía, también del uso de las técnicas facilitadoras y de la captación de las pistas que da el paciente a lo largo de la entrevista.

### **Técnicas de apoyo narrativo**

Para mejorar la información que podamos obtener en la entrevista, nos ayudamos de unas técnicas de apoyo narrativo, que permitan obtener una mejor información. Cabe destacar entre ellas las siguientes<sup>8</sup>:

- **Mostrar interés** genuino por lo que nos dice el paciente. El paciente detecta si lo estamos escuchando o estamos más atentos a la pantalla del ordenador o a la escritura en la historia clínica. El interés se demuestra con actitudes de comunicación no verbal y verbal.
- **Facilitaciones:** Conductas del entrevistador que apoyan la narrativa del paciente: cabeceos, expresiones guturales (mmm), expresiones del tipo "continúe, por favor", "¿y qué mas?", "cuénteme más de este tema"...
- **Silencios y pausas.** Los silencios tienen efectos en la entrevista clínica como crear un clima de serenidad y concentración, permitir la percepción de más tiempo en la consulta, facilitar la exposición de información relevante, ayudar a reflejar el estado emocional del paciente y permitir reestructurar las ideas y las emociones del paciente, además de aumentar la satisfacción global de la entrevista. Los silencios largos y mantenidos, si que pueden ser vividos con tensión u hostilidad.
- **Preguntas abiertas.** Las preguntas cerradas dan contestaciones breves. Las preguntas abiertas permiten una expresión más amplia . Es preferible la tendencia a

realizar preguntas abiertas porque nos dan una mayor información.

- **Menú de sugerencias.** En muchas ocasiones es una buena estrategia un menú de sugerencias para que el paciente centre un poco más las características de sus problemas:
  - *¿Tiene más dolor en la cama? ¿al caminar? ¿o al sentarse?..*
- **Frases de repetición:** Consisten en repetir las últimas palabras de la expresión del paciente. Con estas frases centramos el objetivo de la narración en un punto descrito anteriormente:

*"Ver como esta mi madre, me pone triste".*

*¿le pone triste?..*

*"Sí, me da pena cada vez que la veo que no puede ni ocuparse de su higiene. ¡Con lo que ha sido ella!..*

- **Frases interrogativas.** Preguntas que dirigimos al paciente con el objeto de obtener más información:

*Me pregunto, ¿cómo llevas esta situación?*

*"Pues como puedo, hecho mano de la ayuda de mi marido..."*

- **Expresiones empáticas:** expresiones de solidaridad emocional con el paciente. Es preciso hacer referencia a que comprendemos su estado emocional. La respuesta empática se elabora en tres fases: identifica la emoción, identifica cuál es la causa de dicha emoción y transmite dicha comprensión.

*"Entiendo como te encuentras al ver a tu madre así".*

- **Clarificaciones:** Técnica para ayudar al paciente a aclarar y concretar algo que ha dicho.

*"¿Qué quiere decir con ...?" "¿A qué se refiere al decir... ?*

- **Reflejo:** Consiste en devolver la información que nos ha suministrado el paciente sin hacer valoraciones, como un espejo.

*Si he entendido bien, ver como se encuentra tu madre te produce tristeza...*

- **Resumen:** Consiste en resumir la información obtenida y presentarla al paciente como una concreción de lo expresado. Esto posibilita la comprobación del paciente de lo que ha captado el médico.
- **Captar y manejar las pistas que ofrece el paciente.** A lo largo de la entrevista y cuando estamos adquiriendo la información, nos encontramos en ocasiones con pistas emocionales, unas son verbales (que nos orientan a que hay algo más que no nos cuenta) y otras no verbales (expresiones faciales, miradas o modulaciones de la voz cuando nos cuenta algo). Si las detectamos, podemos utilizar técnicas para profundizar en ellas: por ejemplo, repetir las palabras que orientan a esas pistas, permitirán una ampliación de la información del paciente en este punto,:

*.. me dice que camine, y yo saldría pero es que no me apetece, el dolor del pie.*

*.sola..*

*- ¿sola?.*

*- Es que si no es con mi marido.. no me gusta salir y ademas ya sabe como es...*

- **Señalamiento:** Es una técnica potente que permite el paso al mundo de las emociones del paciente. Consiste en verbalizar el estado anímico del paciente que observamos: "te noto inquieto..", "te veo triste..". Normalmente, y en una relación de confianza, va seguida de verbalización emocional y nos aporta una información muy importante para afrontar el problema consultado. Sin una relación de confianza, los resultados pueden ser disfuncionales.

## Obtener datos

Obtenemos información a lo largo de toda la entrevista. Se exponen aquí algunas preguntas para indagar aspectos de la naturaleza del problema, de la esfera psicosocial y de las expectativas, ideas y valoraciones del paciente<sup>8</sup>

### Preguntas relativas a la naturaleza del problema

Son las preguntas que hemos aprendido en la identificación y orientación de los problemas de salud:

- Naturaleza y tipo de los síntomas, localización, tipo, irradiación, factores que agravan o alivian el problema, desde cuando lo tiene, si lo había tenido anteriormente, síntomas asociados, etc.
- Conocer la existencia de factores de riesgo . Antecedentes
- Utilización de tests o de cuantificación de síntomas.

## **Preguntas de la esfera psicosocial**

En muchas ocasiones es preciso dar el salto a la esfera psicosocial, sobre todo cuando detectemos pistas que nos orienten a sufrimiento psicológico, si presenta sintomatología muy confusa o en pacientes hiperfrecuentadores. El salto a la esfera social, es mas facil con preguntas del tipo de:

- ¿Como descansa por la noche?. ¿Se levanta cansado?. ¿Duerme mal.?
- ¿Como se encuentra de estado de animo?. ¿Se encuentra mas nervioso, triste... ?
- ¿Tiene preocupaciones en el ámbito personal, familiar o laboral.?
- ¿ Continúa disfrutando de las cosas que anteriormente le hacían disfrutar.?

## **Preguntas en la anamnesis centrada en el paciente: la exploración de vivencias, creencias, expectativas y emociones**

En cualquier punto de la entrevista, precisamos saber que ideas tiene el paciente de lo que sucede, sus preocupaciones, las expectativas que tiene depositadas en este encuentro y las repercusiones que el problema tiene en su vida. (**Cuadro 1**)

Una vez realizada la obtención de datos , podemos realizar una sumarización de los datos obtenidos, resumiéndolos al paciente .

Posteriormente podemos acompañar al paciente a la exploración física si procede. En este paso es importante informar de la exploración que se va a realizar, y solicitar implícitamente autorización en algún tipo de exploración : "le importa que.. "

La exploración que habitualmente realizamos en Atención Primaria, poco tienen que ver con la exploración minuciosa por aparatos. Optimizando el tiempo de que disponemos, solemos hacer una exploración dirigida a descartar o confirmar la sospecha diagnostica. Y en el caso de detectar algo en la exploración que incorpora nueva información del problema, nos obliga a reformular las hipótesis primeras .

La exploración física orientada a problemas consiste en una serie de maniobras exploratorias, de valor sindrómico o etiológico, de utilidad para verificar o rechazar las hipótesis diagnosticas . Agrupa algunas maniobras específicas con alto valor predictivo (+) o (-) , maniobras distractivas (para detectar simulación) y maniobras coadyuvantes (con menos valor predictivo) pero que sirven de apoyo a las otras maniobras<sup>15</sup>.

## **Un caso clínico**

El Dr. Gómez esta en la consulta, lleva un cierto retraso sobre el horario previsto. Entra la Sra. Pilar, que es conocida desde hace tiempo en la consulta, no es una paciente frecuentadora, ya paso los 55 años, y es controlada en las consultas de enfermería por una diabetes de inicio reciente

- *Hola D, Manuel*
- *Hola Pilar, que le trae por aquí ?*
- *D. Manuel, vengo porque tengo unos mareos desde hace dos días, que parece que voy borracha..*
- *El Dr. Gómez hace un silencio ligero, tras el cual ... cuénteme como es ese mareo?*
- *Pues empezó hace dos días, me levanté y me note muy mareada, ya le digo.. voy por la calle y parece que me voy a los lados. Mi marido me dijo ve al medico, a ver si te ha dado algo?*
- *O sea que venia por el mareo, que le empezó hace dos días. Venia por algo más?*
- *Bueno si, si me podía hacer una receta de las pastillas del azúcar..*

D. Manuel en los primeros momentos de la consulta ha dejado que D<sup>a</sup> Pilar explicara el motivo principal de consulta. Ha delimitado el motivo de la consulta y ha hecho la prevención de demandas aditivas

El médico desde el momento en que ve al paciente y explicita el motivo de demanda suele iniciar un proceso de elaboración de hipótesis relativas al problema. Aunque, lo primero es descartar gravedad o urgencia. Si la paciente presentara "Ante una palidez manifiesta y evidente" pensaría en una anemia y dirigirá la anamnesis y exploración en este sentido.

- *¿Piensas que te ha podido dar algo? (recoge pistas)*
- *Es que una vecina empezó así y es que le había dado una trombosis..*
- *Entiendo que te preocupe este mareo , si piensas en lo que le ha ocurrido a tu vecina (frase empática) . ¿Que le pasó?*
- *Empezó así con mareos y se quedó paralítica de medio cuerpo..*
- *Ya.. mmm..¿Te has notado perdida de fuerza ?,*
- *No, en este tiempo, no.. pero, ya sabe estas cosas dan mucho respeto..*
- *Te entiendo.. Para hacerme una idea de lo que te ocurre, me podrías comentar ¿como es el mareo?*

Tras la frase empática y delimitado el motivo de la demanda, el medico intenta obtener datos clínicos del cuadro. Seguramente le preguntara como es el mareo , ya que es un termino con múltiples acepciones , englobando cuadros de vértigo, sensación nauseosa,

- *¿Le dan vueltas las cosas o es una sensación de flotación? (menú de sugerencias)*
- *Es mas como si fuera flotando, si..*

El Dr. Gómez va elaborando poco a poco un guión a seguir en caso de mareos. Guión que le ha ido bien en otras ocasiones y que le permitirá ir apoyando o descartando hipótesis. (cuadro sistémico, vascular, cardiológico, secundarismo de fármacos, endocrinológicos.. ) intentando en primer caso descartar organicidad. Para ello la anamnesis irá seguida de una exploración dirigida. Pero es posible que en algún momento pase a la esfera de lo psico-social. Ya que muchos cuadros de este tipo son expresión de un malestar psicológico.

- *¿Cómo se encuentra de animo?*
- *Pues últimamente mal, con la crisis, mi marido se ha quedado en el paro y lo esta pasando muy mal ...*
- *Lo esta pasando mal ? (frase de repetición)*
- *Pues si , esta todo el día en casa, me siento agobiada.. le digo sal, pero es que es un hombre muy bueno pero ....*

La aportación en la entrevista del salto a lo psicosocial, al mundo de las emociones con señalamientos y la exploración de las preocupaciones, ideas y expectativas del paciente, son elementos importantes en la consecución de información relevante para la emisión de mejores diagnósticos.

