

Influencia del contexto en la calidad de la entrevista clínica en fisioterapia

Influence of the context in the quality of the clinical interview in physiotherapy

A. Martínez, S. Patiño, G. Paseiro, S. Martínez, N. Náchez, R. Fernández

Resumen

La calidad es un tema que está de actualidad no sólo en su vertiente científica técnica, sino también en el aspecto de las relaciones humanas. Si bien es un asunto muy abordado en varias profesiones sanitarias, pocos estudios se han realizado en este sentido en el ámbito de la Fisioterapia. Sin embargo, se ha encontrado que la relación del fisioterapeuta con el paciente es susceptible de mejora. Dicha relación se inicia en la entrevista clínica y ésta a su vez está enmarcada en un contexto o entorno que debe ser favorable para su desarrollo. Dentro del contexto se ha de prestar atención a la imagen del profesional, proxémica o distribución del espacio, lenguaje corporal (gestos y posturas) y componentes paralingüísticos. Se persigue con la atención a los componentes enunciados la facilitación de la comunicación y con ello una mejora en la entrevista clínica.

Abstract

The quality of medical care has been given increased attention in recent years, not only in its scientific and technical version but in the human relationships. Doctors have focused on the latter aspect but few studies have been done in this area about physiotherapists communications and relationships. The results point out that communications and relationships between physiotherapists and patients can be improved. This relationship begins in the clinical interview which is framed in a context or environment That has to be favourable for its development. Inside the context it is necessary to pay attention to the professional image, room distribution, body language and paralinguistic. The aim of the focus on these components is to make easier the clinical interview, and finally an improvement of the clinical interview.

Palabras clave

Calidad; Relación; Fisioterapia; Entrevista clínica

Key words

Quality; Relationship; Physiotherapy; Clinical interview

Introducción

La «cultura de la calidad» es el marco que subyace en la actualidad sanitaria, sobre todo en su vertiente científico-técnica. Sin embargo, existen otras perspectivas referidas a la calidad de trato o a la calidad humana (1, 2). Es importante formar a los profesionales de la salud para que éstos no sólo posean los conocimientos propios de la competencia científico-técnica, sino también para que puedan afrontar con éxito la relación terapeuta-paciente (3-6), ya que influye en aspectos tan variados como la satisfacción, el cumplimiento, la percepción de competencia profesional o incluso el pronóstico del problema de salud (7-13). Esta afirmación es válida para cualquier nivel de actuación. En la educación para la salud, por ejemplo, una de las dificultades más señaladas por parte de los fisioterapeutas son las carencias en comunicación, habilidades que no han adquirido durante su formación (7) y que constituyen una parte fundamental de la misma (14).

Tradicionalmente, la profesión médica ha tenido una relación terapeuta-paciente distante, de mayor desequilibrio de poder y en la que el paciente juega un papel más pasivo (5, 12, 15) en comparación a otras profesiones como la enfermería (3). Sin embargo, también se ha encontrado en fisioterapeutas la

adopción de un papel paternalista, de control y dominación sobre el paciente a expensas de la participación del mismo (16-20).

Por ello se hace necesario el clarificar los aspectos relevantes para entablar una relación fisioterapeuta-paciente de calidad. Uno de ellos es el contexto, cuyo significado y abordaje conforma el eje de este artículo.

Discusion

Desde la perspectiva biopsicosocial adquiere mayor relevancia el énfasis en la unidad mente-cuerpo (2, 5, 16, 20) y derivado de ello la relación con el usuario en toda su profundidad (21). Dicha relación se inicia en la entrevista clínica (22), aunque se irá modificando en el transcurso de la actividad fisioterapéutica. En ella se dan dos facetas de forma casi inseparable:

- Una faceta interpersonal en la que dos o más individuos entran en relación y se comunican.
- Una faceta en la que se produce un acto de tipo científico-técnico, es decir, en la que el profesional procede a aplicar sus conocimientos científicos con el fin de llegar a un diagnóstico, restituir la salud o prevenir su alteración en el consultante (22).

En el aspecto relacional cobran una gran importancia las técnicas para la mejora o adquisición de las habilidades comunicacionales, que se pueden dividir en cuatro áreas (tabla 1). La primera de ellas es el contexto o entorno que debe favorecer la entrevista (24) y que constituirá la base de la interacción futura (21), por lo que debe ser dado por supuesto. Diferenciamos en él varios aspectos:

- Imagen del profesional.
- Proxémica: espacio físico que rodea al proceso comunicativo y que influye en éste.
- Lenguaje del cuerpo: gestos y posturas.
- Componentes paralingüísticos: señales vocales que conforman el «cómo» se dice frente al qué se dice.

Tabla 1. Técnicas básicas de entrevista

<i>Contexto.</i> Entorno que debe favorecer la entrevista
<i>Escucha.</i> Facilitación de la narración del paciente
<i>Comprensión.</i> Captación y reconocimiento de lo que el consultante siente y manifiesta
<i>Estrategia.</i> Elaboración de un plan en conjunción con el paciente
<i>Resumen.</i> Síntesis de los asuntos tratados

Imagen del profesional

Se debe prestar la atención adecuada a la apariencia física. Además de respetar las normas mínimas de higiene se ha de tener en cuenta que debe ser coherente con nuestra forma de ser conociendo las reacciones o suposiciones que pueden provocar en la otra persona.

También son importantes los modales y manera de recibirle; debemos presentarnos y llamar al consultante por su nombre (9, 23), buscar el contacto visual (22, 23) y dedicarle una sonrisa (Fig. 1). Con ello conseguimos una bienvenida adecuada y calidez de trato que influirá de manera muy favorable a la relación. Además influirá nuestro modo de hablar y de escuchar.



Figura 1. Presentación correcta

La forma de tratamiento puede ser de tú o de usted en función del conocimiento previo que tengamos de la persona, su edad, la situación, etc.

Proxémica o distribución del espacio

La consulta debe tener la amplitud suficiente y estar decorada de manera adecuada sabiendo que es una rica fuente de información (14, 22), pero sin caer en el barroquismo. Se deben evitar las barreras físicas. Por ejemplo, la mesa no debe dificultar el proceso comunicativo, de tal modo que tenemos que tener todo ordenado y despejado (Fig. 2) y disponer de todo el material necesario para realizar la entrevista sin tener que interrumpirla para ir a buscarlo (23, 25). También hay que manejar con corrección las interrupciones telefónicas (9, 26). Se debe hacer notar que se está ocupado y posponer el contacto telefónico. Si no se hace se corta drásticamente la comunicación y es difícil después reestablecerla (24).



Figura 2. Barreras físicas a la comunicación

Además se debe preservar la intimidad del usuario de tal modo que facilitemos el desarrollo de la entrevista (20, 25). Por ejemplo no se puede obtener una sala de exploración dividiendo una sala más amplia con un biombo porque además de dificultar la expresión y audición de lo que se dice aumenta el recelo del paciente y condiciona una posición más cerrada del mismo a la entrevista.

Otro elemento a considerar es la distancia fisioterapeuta-consultante (23) que debe ser de unos 50 a 100 cm, de tal modo que es lo suficientemente amplio como para preservar el denominado «espacio burbuja» y lo suficiente cercano como para no dar sensación de frialdad o desinterés (22).

Lenguaje del cuerpo

Un mismo gesto o expresión facial puede tener multiplicidad de significaciones. Su lectura dependerá del conocimiento previo que tengamos del sujeto, contexto en que se produce el mensaje y de las características casi imperceptibles de la expresión.

En general debemos procurar estar y mostrarnos tranquilos, mantener el contacto visual, una posición abierta (brazos y manos relajados) y observar las señales no verbales del paciente (22).

De modo más específico atenderemos a la orientación y posición corporal y a los gestos.

La orientación corporal se define como el grado en que los hombros y las piernas de un sujeto se dirigen hacia o se desvían de la persona. La más correcta es una posición frontal o desviada en unos 10-30° que además de garantizar un alto grado de implicación posibilita una liberación del contacto ocular constante (27).

Según Mehrabian existen cuatro categorías posturales en relación a las dimensiones del acercamiento y relajación:

- Acercamiento: una postura atenta comunicada por una inclinación hacia delante del cuerpo.
- Retirada: una postura negativa, de rechazo, comunicada por una inclinación hacia atrás o volviéndose hacia otro lado.
- Expansión: una postura orgullosa, arrogante o de desprecio, comunicada por la expansión del pecho, con tronco erecto o inclinado hacia atrás, cabeza erecta y hombros elevados.
- Contracción: una postura depresiva, cabeza y pecho hundidos y hombros que cuelgan.

Se ha de observar la actitud del paciente y se deben evitar los grados extremos (expansión o contracción) por parte del fisioterapeuta. Asimismo se debe obviar el sentarse al borde de la silla efectuando movimientos frecuentes como si fuera a levantarse de inmediato (22). Es recomendable mantener una postura relajada y de acercamiento.

Los gestos son básicamente culturales y son áreas gestuales la cara, las manos y en un grado menor la cabeza y los pies. Constituyen un segundo canal muy útil para la retroalimentación y la sincronización. La actividad gestual y la verbal pueden relacionarse de diversas maneras (22, 27):

- Los gestos pueden reemplazar lo que se está diciendo. Son los llamados emblemas. Por ejemplo, con una mirada o con el brazo extendido señalando la silla indicar que se siente.
- Pueden repetir lo que se está diciendo.
- Pueden enfatizar un mensaje verbal, especialmente de tipo emocional. Son los llamados ilustradores (Fig. 3).
- Pueden regular la interacción. Son los denominados reguladores conversacionales como, por ejemplo, indicar con un asentimiento de cabeza o con una mirada que es el turno de palabra de la persona a la que se dirige.
- Pueden servir de adaptadores para recuperar la autoconfianza y el confort, pero sin fin de comunicar nada. Un ejemplo es el profesional que está aburrido y se adapta mediante un tamborileo de los dedos o rascándose o frotándose, etc.
- Por último, a veces la actividad gestual puede contradecir lo que se emite verbalmente, aunque raramente se hace de manera intencional. Un ejemplo de contradicción es el profesional que está mirando al historial o a sus zapatos mientras dice: «Sí, sí, ya, ya» al consultante.

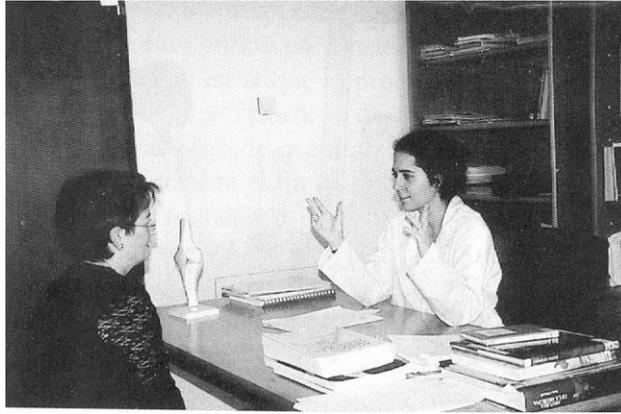


Figura 3. Uso de ilustradores en la conversación

Se deben evitar gestos como el de apoyar la cabeza sobre la mano, ya que transmiten una imagen de aburrimiento. También es conveniente prestar atención a los gestos del consultante (22, 26, 27) (Figs. 4, 5 y 6).



Figura 4. Acariciarse la barbilla o mano apoyada en el mentón muestra un signo de interés y atención



Figura 5. Taparse la boca de forma constante puede significar no estar de acuerdo con el comunicante o estar interesado en la conversación



Figura 6. Brazos y piernas cruzados indican una actitud defensiva, de resistencia

Componentes paralingüísticos

Las señales vocales pueden afectar drásticamente al significado de lo que se dice y a cómo se recibe el mensaje. El significado transmitido es normalmente el resultado de una combinación de señales vocales y conducta verbal y es evaluado dentro de un contexto determinado (27).

Dentro de la paralingüística se puede atender a:

- La latencia: intervalo temporal de silencio entre la terminación de la oración por un individuo y la iniciación de la oración por una segunda persona. El fisioterapeuta debe respetar cierto tiempo de latencia para que el usuario pueda acabar de explicarse, no cohibirse y obviar información, emociones o actitudes relevantes.
- Volumen: la función básica es hacer llegar el mensaje hasta un potencial oyente, pero se puede usar también para potenciar puntos.
- Timbre: calidad vocal o resonancia de la voz producida por las cavidades orales y por tanto difícil de modificar.
- Tono e inflexión: sirve para comunicar sentimientos y emociones.
- Fluidez o perturbaciones del habla como vacilaciones, demasiados períodos de silencio, empleo excesivo de palabras de relleno, falsos comienzos y repeticiones. Si son excesivas pueden transmitir incompetencia, desinterés, etc.

Conclusiones

La relación fisioterapeuta-paciente es una relación continuada en el tiempo y precisa de unas habilidades específicas (entre las que se encuentran los componentes contextuales) para que se desarrolle de manera satisfactoria. Con ello se quiere significar no sólo una mejora en el proceso terapéutico o preventivo en cuanto a resultados alcanzados a favor del consultante, sino también una disminución en las presiones emocionales que por las características de su actividad asistencial influyen en mayor medida en el fisioterapeuta. Es importante cuidar esta relación desde su momento inicial, la entrevista clínica, ya que a partir de ella se derivarán los objetivos, terapias y medidas preventivas adecuadas a las expectativas, necesidades y posibilidades del paciente, así como a las evidencias científicas disponibles.

Agradecimiento

A Élida Villar por su inestimable ayuda y paciencia.

Bibliografía

1. Borrell i Carrió F. Tareas a cumplimentar en la entrevista clínica. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria* 1991;1(1):32-6.
2. Greco M, Francis W, Buckley J, Brownlea A, McGovern J. Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Family Practice* 1998;15(1):51-7.
3. Lupton D. Perspectives on power, communication and the medical encounter: implications for nursing theory and practice. *Nursing Inquiry* 1995;2:157-63.
4. Marino RV, Kohen DP. The power of words: communicating effectively with young patients. *The Journal of the American Osteopathic Association* 1996;96(7):410-2.
5. McLeod ME. Doctor-patient relationship: perspectives, needs, and communication. *The American Journal of Gastroenterology* 1998;93(5):676-80.
6. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. *BMJ* 8(1):40-5.
7. Escolar Reina P, Medina i Mirapeix F, González Pérez. La dimensión educativa de la Fisioterapia: una oportunidad para mejorar la calidad asistencial. *Fisioterapia* 1997;19(monográfico):63-74.
8. Jones I, Britten N. Why do some patients not cash their prescriptions?. *The British Journal of General Practice* 1998;48(426):903-5.
9. Inui TS. Establishing the doctor-patient relationship: science, art or competence? *Schwiz Med Wochenschr* 1998;128(7): 225-30.
10. Vegni E, Fognini G, Lunardelli M, Martinoli M, Odorici M, Moja EA. Videoregistrazione di visite mediche per lo studio del rapporto medico-paziente in Medicina Generale. Un'esperienza sperimentale in Italia. *Recenti Progressi in Medicina* 1999;90(1):9-12.
11. Drossman DA. Psychosocial sound bites: exercises in the patient-doctor relationship. *The American Journal of Gastroenterology* 1997;92(9):1418-23.
12. Torío Durantes J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos. *Atención Primaria* 1997;19(1):27-34
13. Castro Gómez JA, Quesada Jiménez F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Atención Primaria* 1996;18(7):399-402.
14. Dubé CE, O'Donell JF, Novack DH. Communication skills for preventive interventions. *Academic Medicine* 2000;75(7 suppl): S45-54 .15. Torío Durántez J, García Tirado MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de Atención Primaria. *Atención Primaria* 1997;20(1):17-23.
15. Thornquist E. Examination and Communications: a study of first encounters between patients and physiotherapists. *Family Practice* 1992;9(2):195-202.
16. Thornquist E. Varieties of functional assessment in physiotherapy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1994b;12:44-50.
17. Dahlgren MA, Almquist A, Krook J. Physiotherapists in balint group training. *Physiotherapy Research International* 2000;5(2):85-96.
18. Bellner AL. Senses of responsibility. A challenge for occupational and physical therapists in the context of ongoing professionalization. *Scand J Caring Sci* 1999;13(1):55-62.
19. Westman Kumlin I, Kroksmark T. The first encounter. Physiotherapists' conceptions of establishing therapeutic relationships. *Scand J Caring Sci*, 6(1):37-44.
20. Abramovitch H, Schwartz E. Three stages of medical dialogue. *Theoretical Medicine* 1996;17(2):175-87.
21. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma;1989.
22. Gallego Izquierdo T, Yuste Sánchez Ma. La entrevista en Fisioterapia. *Fisioterapia* 1996;18(3):172-76.
23. Buckman R, Korsch B, Baile W, 2000. Guía Práctica de Habilidades de Comunicación en la Práctica Clínica. Toronto: Medical Audiovisual Communications Inc. Fundación de Ciencias de la Salud;2000.
24. Albaiges i Sans Ll. Entrevista clínica. *Atención Primaria* 1991;8(1):40-7.
25. Chong A. Communications problems in day to practice 1996;25(5):668-9.
26. Caballo VE. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI de España Editores;1999.
27. Sáez Cárdenas S, Marqués Molías F, Colell Brunet R. Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos pequeños. Lleida: Pagés Editors;1995.
28. Sáez Cárdenas S, Marqués Molías F, Colell Brunet R. Educación para la salud. Técnicas para el trabajo con grupos pequeños. Lleida: Pagés Editors;1995.