

Entrevista clínica: modelos teóricos y un poco de práctica

Marina Cid Sueiro
U.A.P. Teis II – Vigo. Grupo Comunicación y Salud AGAMFEC

Ana Carvajal de la Torre
C.S. Casa do Mar – Coruña. Grupo Comunicación y Salud AGAMFEC

M.^a Jesús Freiria Tato
C.S. Noia. Grupo Comunicación y Salud AGAMFEC

Cad Aten Primaria
Año 2008
Volumen 15
Pág. 167-171

EL MODELO BIOPSIOSOCIAL ¿DÓNDE ESTAMOS?

En 1977, Engel G postuló un modelo al que llamó biopsicosocial en el que defendía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Engel defendía que las enfermedades no son sólo el resultado de alteraciones moleculares (biológicas) sino también psicológicas y sociales, y que de alteraciones psicosociales también pueden derivarse problemas de salud. Se percató, no sólo, de que los aspectos psicosociales influían de alguna manera en el resultado terapéutico final, sino también la relación del profesional de la salud con el paciente, el llamado **"efecto placebo"**⁽¹⁾. Esta visión influiría de alguna manera en la práctica médica y en la investigación clínica posterior: **"No sólo basta con conocer la enfermedad que sufre el paciente, es preciso conocer la persona que sufre la enfermedad. En clínica no hay enfermedades sino enfermos"**⁽²⁾. Ante el paciente el concepto biológico-lesional sería sustituido por el bio-psico-social. El paciente, cuando acude a la consulta, no sólo trae sus molestias corporales sino las circunstancias de su vida, sus miedos, sus angustias, sus sentimientos y emociones, sus metas y sus sueños, sus necesidades y opiniones, que le son propias e irrepetibles y que cuando sufre sus sufrimientos son un reflejo de todo eso. De esta manera nace una práctica del modelo al que **Bartz llama dialógica** y que parte de la idea: **"la realidad se interpreta a través del diálogo, y en este diálogo aparece una narrativa del paciente que es necesario comprender"**. En estudios posteriores, y en esta línea de trabajo, se observó que el simple hecho de poder hablar con el médico sobre la opinión que el paciente tiene sobre la naturaleza de su problema se asociaba de forma significativa a la mejoría del proceso⁽³⁾. Surge así el modelo de **"comunicación centrada en el paciente"**. Este modelo incorpora, en la fase exploratoria de síntomas, elementos tan novedosos como: la idea que tiene el paciente sobre la naturaleza de la enfermedad, los sentimientos que le produce, el impacto en su vida diaria y sus expectativas respecto al profesional⁽⁴⁾.

ENTREVISTA CLINICA ¿QUÉ ES?

Se define como el **"marco de interacción humana en la que el paciente y el médico comparten información acerca de uno o**

varios problemas de salud con el objetivo de llegar a un diagnóstico y tratamiento, y como resultado de ello, la confianza del paciente, su familia y la comunidad"⁽⁵⁾. Esto es lo que hacemos todos los días, y aunque su definición parece sencilla y lógica, si la analizamos vemos que conlleva una gran complejidad:

- Hablamos de **interacción humana** y de **compartir información**, pues bien, en tanto que interacción entre personas afloran sentimientos, emociones e ideas del paciente que debemos saber manejar, y además que estos no nos afecten para que la información obtenida sea lo más objetiva posible, para ello debemos controlar nuestras propias emociones, es a lo que llamamos "auto-control emocional".
- Debemos elaborar un **diagnóstico** y un **plan terapéutico** que empieza por la recolección de síntomas y signos mediante la entrevista y las observaciones proporcionadas por los sentidos, y esto exige una máxima meticulosidad y precisión por parte del médico. Sin embargo sabemos que esto no es del todo así, y que influidos por nuestras propias emociones e ideas, existen diferencias entre observadores y aún en un mismo observador según el momento.
- Y además, y no menos complejo, conseguir la **confianza** del paciente, su familia y la comunidad.

¿Y cómo podemos conseguir todo esto en cada acto clínico? Para ello se ha diseñado lo que llamamos la **ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA**⁽⁶⁾: se trata de una guía de actuación, orientativa, que le permita al profesional de la salud adquirir un hábito de trabajo basado en una secuencia de intervenciones, verbales y/o no verbales, con un orden lógico, para poder abordar las demandas más frecuentes en atención primaria. Se trata por tanto de disponer de un plan estratégico de trabajo, antes del inicio de la entrevista, que adaptaremos según se trate de la fase en la que sea necesario averiguar los problemas del paciente, **fase exploratoria**, o de dar respuesta educativa y/o terapéutica al motivo de consulta, **fase resolutive**.

Analizaremos cada una de estas partes en base a un ejemplo:

PARTE EXPLORATORIA:

En ella, trataremos de averiguar el motivo o motivos de consulta, es lo que llamamos el “**vaciado de la información preelaborada**”. Para ello disponemos de una serie de técnicas que nos ayudarán en tan difícil tarea:

Habilidades básicas para la escucha:

Veamos el caso de una paciente, María, de 62 años de edad, que acude por primera vez a la consulta (se trata de un cambio de médico) y antes de su entrada por la puerta ya nos habíamos percatado, tras una lectura rápida de su historial, de que esta paciente no va a ser fácil de llevar. Diabética, hipertensa, obesa, con artralgias generalizadas y múltiples quejas, catalogada como ansiosa-depresiva y además con una larga lista de medicamentos crónicos. Es en este momento cuando se nos atisba la voz de alarma... ¡horror!

Pero esto no ha de ser un problema para el entrevistador avezado conocedor de las técnicas de la entrevista semiestructurada:

1. Empezaremos por repasar **la lista de problemas o resumen abierto del paciente**: antes de que el paciente entre en la consulta sería deseable poder disponer de un resumen de los problemas más relevantes del paciente que nos permita una lectura rápida en pocos minutos.
2. **Saludo cordial y empático**: ofrecer una bienvenida cálida y honesta. Observar su quinésica corporal. Recordar la importancia del primer minuto, una buena primera impresión mejorará la relación futura.
Dr.: Buenas, Sra. María, (saludo cordial y empático) ¿qué le trae por aquí? (pregunta abierta)
María: Pues mire, doctor, vengo por este dolor de espalda desde hace un mes que no se me va. Ya he tomado muchas pastillas...yo lo que quiero es que me mande al especialista.
3. **Delimitando el motivo de consulta**:
En este punto nos damos cuenta que tal vez se trata de una paciente mal resuelta. Quería ir al especialista y al no ser atendida su demanda se cambió de médico. Probablemente tenga más quejas en su haber, por lo que procederemos a lo que llamamos “**vaciado de la información preelaborada**”, facilitando la narrativa del paciente y adelantándonos a las demandas adicionales (sin infravalorarlas) delimitando el/los motivos de consulta. Podemos utilizar técnicas como:
4. **Escucha activa y técnicas de apoyo narrativo**: ayudando al paciente a que exprese espontáneamente sus problemas y emociones.

Dr.: Entiendo... (transmitiendo empatía: expresar solidaridad emocional, ponerse en el lugar del otro) *y, ¿quería consultarme algo más?* (apoyo narrativo-delimitando la demanda)

El paciente que acude con varias demandas, querámoslo o no, acabará por exponerlas, así que más vale conocerlas de antemano:

María: Pues sí, doctor, que me encuentro muy cansada y no puedo dormir.

Dr.: ¿algo más? (delimitando la demanda)

María: Pues mire, ya que estoy aquí (prevención del “by de way”), tengo unas heridas en los pies desde hace un mes que me pican y me duelen.

Dr.: Mmmm... (facilitación: ayuda a iniciar y proseguir el relato)

María: Y es que ya he tomado antihistamínicos para el picor y nada.

Dr.: ¿Nada? (palabra por repetición: repetición de una palabra o frase que orienta la atención del paciente hacia un determinado contenido)

María: Nada de nada. Bueno, si le he de decir, doctor, es que esas pastillas no me las he tomado...es que ya tomo tantas...que si para el azúcar, la tensión...es que son muchas pastillas, doctor. (pistas verbales que nos sirven para la detección de problemas con el cumplimiento terapéutico)

Dr.: La entiendo... (respuesta empática) *la noto preocupada por la cantidad de pastillas que toma, Sra. María* (señalamiento: pone de manifiesto una conducta o emoción que percibimos en el paciente y que le hace reflexionar y hablar de sus ideas o vivencias)

María: Pues sí, doctor, yo ya le dije a mi otro médico que no quería tanta pastilla. ¡Un día se me va a estallar el estómago!

Dr.: Cuénteme... (facilitación) *¿qué entiende usted cuando dice que se le va a estallar el estómago?* (clarificación: intervención que obliga al paciente a explicar el sentido de un término o idea)

María: Pues mire a una vecina que tomaba tantas pastillas como yo se la tuvieron que llevar al hospital y aún está ingresada.

Dr.: ¿Ingresada? (frase por repetición)

María: Sí, un lavado de estómago. Bueno, la pobre mujer tenía muchos problemas y se tomó unas pastillas de más.

Habilidades básicas para obtener datos de calidad:

5. **Aquí trataremos de averiguar y completar datos** con el objetivo de obtener una información específica que nos aporte una orientación diagnóstica. Anamnesis focal y anamnesis centrada en el paciente.
Dr.: Sra. María, ahora me gustaría que nos centráramos más en ese dolor de espalda. Cuénteme... ¿Cuándo se ha iniciado?... (continuando con la anamnesis específica del síntoma / signo que queremos explorar)
6. **Sumario de la información obtenida**: repasaremos con el paciente todos los datos obtenidos en la entrevista de forma que

se sienta escuchado y nos ayude a completar datos de la anamnesis.

Dr.: *Veamos si lo he entendido bien, (haciendo un resumen de las demandas y ordenando el contenido de la entrevista) usted tiene un dolor de espalda desde hace un mes, unas lesiones en los pies, está cansada y no puede dormir, y además observe en su historial que es diabética, hipertensa...para lo cual está tomando varios tratamientos...¿es esto así?*

María: *Sí, doctor, es así*

Dr.: *Bueno, Sra. María, (transmitiendo empatía) y de todo esto, ¿qué es lo que más le preocupa?* (negociando el contenido de la consulta, esto permite que la paciente se sienta tenida en cuenta y que está siendo escuchada)

María: *Este dolor de espalda y lo de los pies.*

Dr.: *Muy bien, pues vamos a poner un poco de orden: pasaremos a explorar la espalda y los pies, y abordaremos el problema de las pastillas y ese cansancio otro día... ¿le parece bien pedirme visita programada en unos días?* (negociando con la paciente el tiempo disponible)

7. En este momento le pediremos a la paciente que nos **acompañe a la camilla para realizar la exploración física si procede.**

PARTE RESOLUTIVA:

Realizada la anamnesis y la exploración física pasaremos a intentar dar respuesta a los problemas motivo de consulta:

Habilidades básicas en la resolución de la entrevista:

- Se trata de informar sobre la naturaleza del problema. Enunciación simple: usar frases cortas y de fácil comprensión.

Dr.: *Bueno, Sra. María, la he explorado y veo que tiene usted lo que se llama una contractura muscular en la zona dorsal, ahí donde me dice que le duele. Y en los pies tiene una infección por hongos.*

María: *¿Y eso es malo, doctor?, ¿no necesitaré unas radiografías y que me mande al especialista?*

- A continuación **propondremos un plan de acción** en un clima de diálogo. El profesional utiliza estrategias para confrontar las ideas erróneas del paciente.

Dr.: *No, no se preocupe. Primero, la contractura se produce por sobrecarga muscular, no afecta a los huesos y con una radiografía sólo podemos ver los huesos. Segundo, la infección de los pies se produce por la humedad mantenida en el tiempo...a veces se contagia uno en zonas húmedas como las duchas de los gimnasios, las piscinas...o bien por usar un calzado donde suda mucho el pie (reconversión de ideas: contraponer la creencia del paciente con un ejemplo) Le voy a dar un tratamiento para el dolor de espalda y una crema para los pies y en unos días ya verá como se encuentra mucho mejor.*

María: *¿Y si no se me pasa este dolor?*

- **Explicar el tratamiento y la evolución previsible siempre dejando la puerta abierta para la resolución del problema, manejando la incertidumbre. Toma de precauciones.**

Dr.: *Probablemente no empiece a notar mejoría hasta dentro de unos 10 días pero si en este tiempo no encontrase mejoría no dude en volver (ofrece accesibilidad). Recuerde que tenemos una cita programada pendiente y ese día me puede comentar cómo le ha ido todo.*

María: *De acuerdo, doctor.*

LA ENTREVISTA CLÍNICA: PREVENCIÓN DE ERRORES EL MODELO EMOTIVO – RACIONAL DEL ACTO CLÍNICO

Este modelo se basa en la teoría de Ellis⁽⁷⁾, que desarrolló la Terapia Racional Emotivo Conductual. Tiene su origen en una idea atribuida al filósofo Epicteto: *“las personas no se alteran por los hechos, si no por lo que piensan acerca de los hechos”.*

Este modelo propone una explicación biológica, psicológica y social de la conducta y de las emociones humanas. La premisa de partida es que no son las situaciones las que determinan cómo nos sentimos y actuamos, sino el modo en que pensamos acerca de ellas.

Ellis describe un modelo “emotivo – racional”, que en síntesis viene a decir que nuestra conducta está influida por creencias o maneras de ver las cosas que pueden resultar poco útiles o negativas. Cuando tomamos decisiones, realizamos un diálogo interior con elementos tanto racionales como emocionales, independientemente de que haya personas en las que pesen más unos u otros elementos. Nuestra forma de decidir es, pues, a través de “*emocogniciones*” que de forma automática nos trasladan a una manera de resolver una situación determinada.

Pero, ¿qué tiene que ver todo esto con la entrevista clínica? Pues que la toma de decisiones en el acto clínico está rodeada de elementos racionales pero también emocionales. Todos nos creamos unas primeras hipótesis ante la presentación de un nuevo paciente, de forma que avanzamos en la resolución del caso en poco tiempo. Pero esto puede suponer un problema: la automatización de nuestras conductas nos puede llevar a cometer errores. Cuando pensamos en la primera hipótesis diagnóstica, nuestra actuación siguiente irá encaminada a *demostrar* esa hipótesis, y no a intentar ver lo que de verdad está ocurriendo. Además, en el acto de deliberación clínica hay factores como la pereza, el cansancio por la sobrecarga asistencial, o un reto emocional como puede ser la hostilidad de un paciente, que nos pueden llevar a actuar con automatismos.

Sin embargo **un buen acto clínico consiste en romper siempre este automatismo con la finalidad de evitar errores.** Borrell y Epstein^(6,8,9) proponen, partiendo de este modelo, la creación de un *supervisor de tareas* que nos permita cuestionar siempre la primera hipótesis, con preguntas como:

¿tengo suficientes datos para un buen diagnóstico u orientación del caso?

¿estoy realizando los procedimientos adecuados?

¿qué haría un colega experto en esta situación?

Como ya hemos comentado, la entrevista consta de dos partes fundamentales, exploratoria y resolutive. **En la fase exploratoria se desarrollan todas las conductas que el clínico realiza para formarse una idea del estado del paciente y de las posibles estrategias para ayudarlo.**

Desde este modelo la parte exploratoria se inicia con una **situación estimular**, es decir, la forma en la que se nos presenta un paciente: en la consulta, en el pasillo; con cita urgente o normal (o sin cita), con ansiedad o con un tono anímico neutro, con o sin acompañante. Es el escenario clínico inicial. Esta situación estimular nos lleva a lo que se llama **encuadre o intencionalidad de la entrevista**, que responde a la pregunta ¿qué se espera o pretende de mí como profesional? En los primeros minutos de la entrevista el profesional suele imaginar una sucesión de acciones que tendrán lugar a continuación. Veamos un ejemplo:

Mujer de unos 30 años que acude porque “últimamente está muy cansada, lo único que le apetece es dormir, cuando ella siempre había sido muy activa”. El profesional imagina entonces una secuencia del tipo: puede ser anemia por sangrado menstrual abundante o un hipotiroidismo o...; haré una exploración física y le pediré unos análisis...

Ante esta hipótesis inicial, se realizan **conductas exploratorias: preguntas o maniobras de exploración física encaminadas a corroborar o desmentir una hipótesis que se forma en nuestra mente.**

Pero puede suceder que aparezcan nuevos datos de la realidad que desmientan la hipótesis inicial que nos habíamos planteado:

Siguiendo con el ejemplo, la paciente, antes de ser explorada, nos dice: “me acaban de dar los resultados de los análisis de empresa y me han dicho que está todo bien, se los he traído”. Comprobamos que los resultados de las pruebas en que habíamos pensado son normales.

Ante esta situación necesitamos dar una nueva orientación al caso.

Esto es lo que se llama **reencuadre de la entrevista**: la aparición de datos que nos desmientan la hipótesis temprana o que nos abren nuevas posibilidades diagnósticas, o incluso si nos percatamos de que la demanda inicial no se corresponde con la que entendemos al principio de la entrevista. Distinguiamos 2 situaciones:

Reencuadre tipo 1: El profesional se replantea las hipótesis iniciales.

En el ejemplo de la mujer joven se descartan las primeras hipótesis y se buscan otras nuevas: por ejemplo, un cuadro depresivo o un proceso de otra naturaleza para cuyo diagnóstico nos faltan datos.

Reencuadre tipo 2: El profesional se replantea la finalidad de toda la entrevista. Nos encontramos en esta situación cuando, una vez finalizada la secuencia de partes exploratoria y resolutive, se detecta insatisfacción, bien en el paciente o bien en el propio profesional, y nos damos cuenta de que no era realmente lo que venía a buscar.

Siguiendo con el mismo caso, imaginemos que la paciente está pasando por un período de ánimo bajo y decidimos con ella unos días de IT, medicación, etc. Pero al final de la entrevista detectamos una cierta incomodidad por su parte – y damos pie a que exprese sus motivos:

“Sí, yo ya sé lo que me está pasando, y con esto que me ha dado creo que me va a ir bien. Pero yo lo que quería es que hablara con mi padre, ha vuelto a beber y mi madre está peor que yo, ella no se atreve a venir y a mi padre ya sabe... o lo llama usted o no hay nada que hacer.”

Esta situación - no tan infrecuente- nos obliga a replantear el encuadre general de toda la entrevista, lo cual **conlleva siempre una nueva planificación de tiempo.**

En resumen, lo que nos dice este modelo es que el hábito de autocuestionarnos está en la base de una conducta experta de forma que la posibilidad de cometer errores disminuya. La elaboración de hipótesis tempranas nos ayuda pero no nos debe comprometer a seguir en esa línea. El principal obstáculo para realizar un reencuadre tipo 1 es la dificultad para desmentir una hipótesis que dábamos por cierta. Más complejo es realizar un reencuadre tipo 2 en el que hay que “rediseñar el encuentro”, asignando más tiempo, generalmente en otra entrevista.

La perspectiva de este modelo otorga una nueva dimensión a la serie de habilidades de la Entrevista Semiestructurada al considerar la interrelación de los elementos racionales y emocionales que surgen durante el acto clínico, a la vez que facilita la gestión del tiempo en la consulta.

Otros aspectos de la Entrevista Clínica como las cualidades que puede desarrollar el entrevistador, el análisis de la comunicación verbal y no verbal o las técnicas de información y negociación que se utilizan en la consulta merecen un espacio más amplio de discusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clin 2002;119(5):175-9.
2. Jínich,H. La clínica y el médico general. Gac Méd Méx Vol.140, supl N°1,2004.

3. Borrell i Carrió F, Cebriá i Andreu J. MEDPAC: Modelo biopsicosocial y gestión clínica. 2004(5).
4. Prados JA, Cebriá J, Bosch JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC 2000 Vol 7(2):83-88.
5. Borrell F, Prados JA. Entrevista Clínica. Conceptos generales. Libro: Guía de Actuación en Atención Primaria. Libro semFYC, 2006.
6. Borrell F. Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas. Libro semFYC, 2004.
7. Borrell F. Deliberación privada y buenas decisiones clínicas. JANO 2006 nº 1598 (62-4)
8. Borrell F. Entrevista Clínica: Algo más que buenas maneras. JANO 2005 nº 1562 (63-4)
9. Borrell-Carrió F, Epstein R. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness Ann Fam Med. 2004;2:310-6