



M.^a Luisa Arroba Basanta:
mlarroba@pap.es

Taller

Taller de entrevista clínica

M. L. Arroba Basanta

Pediatra. CS Pozuelo estación. Pozuelo de Alarcón, Madrid. España.

INTRODUCCIÓN

La entrevista clínica (EC) es considerada por algunos como un medio para obtener datos significativos que nos ayuden en el diagnóstico y el tratamiento, negando las emociones y los sentimientos que encierra toda relación humana. Sin negar el papel instrumental de la EC, entrevistamos, en efecto, para conseguir algo, aunque este “algo” sea a veces simplemente una comunicación. La entrevista en sí misma puede y debe ser objeto de aprendizaje para mejorar nuestro perfil.

Los objetivos de la EC en la atención pediátrica son: conocer el motivo por el que el paciente y su familia acuden a consultarnos; prescribir un tratamiento o recomendar una pauta de conducta, un cambio de hábitos; establecer una relación asistencial satisfactoria con los padres y el niño.

Los pediatras ya tenemos una manera de entrevistar; el aprendizaje y entrenamiento de las técnicas de comunicación mediante un taller nos permite ensayar nuevas formas de actuar en la relación asistencial, respetando siempre el estilo de cada profesional.

EL APRENDIZAJE DE TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN EN MEDICINA

Los conceptos de relación clínica, EC o relación médico-paciente pertenecen a esa clase de aspectos

de la práctica clínica entre los que también se encuentran la profesionalidad o los valores. Todos tenemos nuestra propia idea sobre lo que significa ser pediatra y comunicarnos con los pacientes y sus familias. También somos conscientes de la repercusión que todo ello tiene en nuestro trabajo diario, aunque lo hagamos de forma intuitiva. Por otro lado, al pediatra se le suponen algunas características diferenciales: que le “gustan” los niños y sabe dirigirse a ellos con cariño, que entiende a los padres y a los abuelos y le satisface su relación con ellos. En la actualidad, ha de saber relacionarse y compartir información variados modelos de familias por su procedencia sociocultural o su estructura. ¿Qué pediatra no ha tenido problemas comunicativos o francas meteduras de pata con el padre o la madre durante un proceso de separación o divorcio?¹⁻³.

El reconocimiento de la importancia de los aspectos relacionales en la atención sanitaria se apoya en datos obtenidos de la investigación. Estos estudios aportan pruebas sobre la efectividad de una buena comunicación clínica en diferentes aspectos: mejora resultados en salud, aumenta la satisfacción del paciente, la adherencia terapéutica, y disminuye las demandas legales⁴⁻⁸. También la satisfacción del pediatra con su trabajo. La puesta en práctica de estos estilos relacionales requiere la conjunción en los pediatras de actitudes, conocimientos y habilidades. Los estudios demuestran que la mera práctica clínica, “la experiencia”, no

dotan al profesional de esta capacidad, e incluso podría en determinadas situaciones empeorarla^{3,5-7}. Las habilidades comunicativas y ciertas actitudes y valores que deben mantener los pediatras con respecto a los pacientes y sus familias y a sí mismos son competencias clínicas que, al ser integradas con otras como el conocimiento científico, la solución de problemas y la toma de decisiones, el uso de los recursos y la práctica de la exploración física, favorecen el que una consulta sea efectiva. Hasta hace relativamente poco se consideraba que los aspectos relacionales formaban parte de las cualidades innatas del profesional y que, por lo tanto, no podían ser modificados, pues representaban el “arte de la medicina”, pero la relación clínica puede enseñarse y aprenderse.

Es frecuente identificar nuestra forma de entrevistar con nuestra manera de ser. Es esta actitud la que nos lleva a sostener que los pacientes y sus padres “tienen que aceptarnos como somos”, y, cuando un compañero nos hace una observación sobre la inconveniencia de una determinada conducta en el transcurso de una entrevista, nos sienta mal o respondemos de forma fatalista: “qué quieres que te diga, yo soy así”. En la época de formación, durante la carrera de Medicina, los aspectos relativos a la comunicación humana habían caído sistemáticamente en el olvido. En realidad se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar y es un experto en la relación con cualquier persona, sana o enferma, siendo esta última más complicada. Esta visión, sin duda idealizada, conlleva otra fantasía: pensar que sea cual sea el tipo de pregunta o la forma de preguntar o dialogar con el paciente y las familias, se obtienen resultados similares. Cuando terminamos la licenciatura y la especialidad, nos enfrentamos a la realidad: muy pocos pediatras han tenido la oportunidad de recibir un aprendizaje reglado en comunicación. Afortunadamente, eso va a cambiar. Desde febrero de 2008, se incluye el aprendizaje en comunicación como materia indispensable para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de médico⁹.

La EC es considerada por algunos como medio para obtener datos significativos, con una total negación de las emociones y los sentimientos que encierra toda relación humana. En el polo opuesto encontraríamos a los defensores del humanismo científico. Sin negar el papel instrumental de la EC, entrevistamos, en efecto, para conseguir algo, aunque este “algo” sea a veces simplemente el hecho comunicativo o relacional, en sí mismo terapéutico^{1,2,10,11}. Hoy día la entrevista es objeto de investigación científica y de enseñanza, pues la forma de comportarse de los profesionales puede transformarse y mejorar perdurando estas modificaciones a lo largo de los años de ejercicio profesional.

Ocasionalmente esa relación entre el médico y el paciente o sus padres se enrarece. Una relación médico-paciente deficiente se asocia con dificultades del médico para detectar el problema del paciente y recoger información clínica así como para explicar y plantear estrategias de manejo, problemas en el desarrollo y construcción de una relación terapéutica, uso inadecuado de los recursos, desgaste profesional, problemas médico-legales y una menor adherencia a los tratamientos^{1-3,7}.

GENERALIDADES SOBRE COMUNICACIÓN

En todo proceso comunicativo existe un emisor de la información, un canal por el que se vehicula la misma, que puede ser visual, vocal, gestual, postural, paralenguaje, etc., y un receptor, que interpreta esa información. Entre emisor y receptor existen elementos condicionantes: ruidos del entorno (repcionista, escasa ventilación, sala de espera deficiente, llantos en la consulta de al lado, entradas y salidas de diferentes profesionales en la consulta, teléfono, etc.), interferencias de tipo cognitivo, emocional y social. Llamamos interferencia cognitiva a la incapacidad del paciente para expresarse de manera comprensible. La interferencia emocional se produce cuando el paciente o sus padres tienen un trastorno mental (depresión, ansiedad) o emociones extremas (resentimiento, agresividad). La interferencia social se da cuando existe una diferencia sociocultural importante entre la

familia y el profesional de la salud. Otro tipo de interferencia cada vez más frecuente en nuestro medio es la barrera lingüística^{1,2,12,13}.

Comunicación no verbal^{8,11,14,15}

El poder de la comunicación no verbal es enorme: gracias a ella transmitimos la mayor parte del significado de nuestros mensajes, expresamos sentimientos y emociones, regulamos la interacción y validamos mensajes verbales. ¿Se han preguntado por qué unos padres que han consultado de madrugada en urgencias con su niño febril comentan a la abuela o al pediatra “me dijeron que no tenía nada”? Ningún médico hace ese diagnóstico. Probablemente, el pediatra estableció algún juicio clínico e indicó alguna pauta terapéutica, mientras ponía cara de “cómo se les ha ocurrido venir a estas horas por algo sin importancia”. El mensaje que “llegó” a los padres es obvio.

La comunicación no verbal tiene diferentes componentes: la proxémica, la quinésica, el paralenguaje y la escenografía. La proxémica incluye territorialidad, distancia y orden, cómo utilizamos el espacio, cómo nos sentamos en una mesa, el acercamiento al paciente y el contacto corporal, la utilización de la mirada y la postura como señales de aceptación, rechazo y jerarquías y la distribución de espacios en salas de espera y consultas. La quinésica incluye la gestualidad y expresiones faciales, calidad y cantidad de movimiento. El paralenguaje consiste en la minuciosidad en la pronunciación de las palabras, inflexiones de la voz que transmiten emociones (ansiedad, tensión, seguridad), modulación, timbre y estereotipos de la voz. Y, por último, la escenografía o espacio propio, símbolos del entorno como títulos, libros, instrumentos, máquinas, la decoración, etc.

En la quinésica distinguimos posiciones, gestos y expresiones faciales. En cuanto a la posición, básicamente tenemos posiciones abiertas y posiciones cerradas. Pensad también en esa chica que viene “a rastras” con los padres y se “tira” en la silla, queriendo demostrarnos lo poco que le interesa la entrevista... Los gestos pueden ser emblemas, reguladores,

que delimitan el flujo comunicativo; ilustradores, que describen y apoyan los contenidos verbales, y adaptadores, que amortiguan la tensión interior. Las expresiones faciales manifiestan estados emocionales diversos.

La comunicación y el desarrollo del niño

La capacidad de comunicación de los niños y su comprensión de la salud y la enfermedad cambian con la edad. Tradicionalmente, no tenían nada que decir en la consulta: “Los niños están más guapos callados”^{2,12}. Es necesario prestar más atención a su papel en la relación asistencial y considerarlos participantes capaces y cooperadores, con sus propias necesidades cognitivas y emocionales, teniendo en cuenta su maduración, el tipo de proceso y la relación entre padres e hijo. La competencia comunicativa influye en la participación de los niños en la conversación médica, pero pueden sentirse más o menos animados a participar dependiendo de las prácticas discursivas utilizadas por el pediatra y la familia^{10,11,14}.

Algunos estudios muestran el valor en la promoción de la salud de la participación activa de los niños. Sin embargo, los pediatras tendemos a obtener la anamnesis de los niños, pero les excluimos de la información diagnóstica y terapéutica^{4,10}.

La barrera lingüística, cada vez más frecuente en nuestro medio, convierte a los niños en intérpretes improvisados entre su familia y el pediatra. También hay dificultades en la comunicación con niños y adolescentes que tienen una enfermedad que puede afectar la vida^{11,15}.

La posición social de niños y jóvenes con respecto a los adultos, y el papel directivo y protector de los padres, pueden marginarles y dificultar una relación clínica satisfactoria entre ellos y sus médicos.

Acomodación del acompañante^{2,3,5,6}

En la consulta pediátrica tiene relevancia la persona que acude de acompañante del paciente de forma habitual (padres, abuelos, cuidadores múltiples, canguros, vecinas, o los “niños de la llave” que se hacen cargo de sus hermanos menores).

Esta es una de las cuestiones que más cambian con respecto a la relación clínica o entrevista de un adulto con su médico. En la entrevista pediátrica, salvo la relacionada con el adolescente, siempre existe un acompañante, que suele ser la madre o el padre; en definitiva, el adulto que viene con el paciente y con el que, habitualmente, se establece una relación de confianza. ¿Y cuando no es así? Podemos encontrar un acompañante invasivo o interventor, que trata de dirigir en todo momento la entrevista, nos dice lo que debemos hacer o no deja hablar al paciente. Podemos “vaciar la interferencia” (¿qué supone usted que tiene?, ¿qué piensa que deberíamos hacer?), dirigir una “frase puente dirigida al paciente” (¿qué opinas de lo que dice tu madre?), hacer un “pacto de intervención” (primero que nos cuente Sergio lo que opina y luego me comenta usted) o “crear un nuevo entorno” (probablemente el chico necesita tener un cambio de impresiones conmigo a solas, ¿no le parece?).

Al acompañante pasivo, que permanece al margen de la entrevista, podemos animarle a participar mediante la implicación no verbal (contacto visual) y verbal (facilitadores del tipo de “sí, sí... cuénteme”, preguntas directas y frases puente: “¿y usted, cómo lo ve?”).

Y el acompañante enfermo: la madre es la verdadera enferma y el niño o la enfermedad por la que acude es un síntoma de su enfermedad. Esta situación es relativamente frecuente en la consulta de Pediatría y suele coincidir con hiperfrecuentación. Es necesario abordar aspectos psicosociales para tratar de conseguir que el acompañante/madre sea la que pida ayuda.

Características del buen entrevistador^{4,5,7,13}

- La calidez, la proximidad afectiva, transmitiendo al consultante que es bienvenido y que deseamos comunicarnos con él (contacto visual adecuado, recibimiento personalizado, sonrisa oportuna).
- El respeto es la capacidad de ser honestos en la relación asistencial, preservando los puntos de vista del consultante.

- La baja reactividad, la capacidad de escucha. La reactividad es el tiempo que transcurre desde que el paciente termina de hablar hasta que el profesional lo hace. Una reactividad baja hace percibir el tiempo que dedicamos a la consulta más largo y sosegado.
- La empatía es la capacidad del entrevistador para comprender las emociones del paciente y su familia y darles a entender esta comprensión, y para conectar con el sufrimiento o alegría del paciente, de manera que este percibe que el pediatra se solidariza con sus emociones. Puede ser verbal o no verbal, como, por ejemplo, un gesto.

La empatía ha sido definida como una conducta, una dimensión de la personalidad o una emoción, es decir, es algo complejo que tiene varias fases, dimensiones y componentes. La empatía constituye una de las más importantes habilidades para construir y mantener una relación terapéutica. Esta habilidad conlleva el poner en juego una serie de conductas encaminadas a descifrar los sentimientos y las preocupaciones del paciente y darles una respuesta, de manera que el profesional le demuestre que los ha entendido y aceptado. La empatía supone, por lo tanto, el reconocimiento y reflejo del estado emocional del paciente. Es algo diferente de la simpatía, que es la respuesta emocional paralela a la emoción del paciente y en el mismo sentido. La enfermedad conlleva, generalmente, distintos tipos de sentimientos, como aislamiento, ansiedad, tristeza, miedo, ira, etc. Una comunicación basada en la empatía contribuye a mitigarlos y, por ello, es terapéutica. La actitud de empatía implica una serie de conductas no verbales y otras verbales, siendo en este caso las no verbales de más trascendencia y efectividad. Las habilidades para ser empáticos pueden aprenderse, pero para que estas sean genuinas, se deben integrar dentro de un estilo natural de relación. El proceso de mostrar empatía requiere, como mínimo, pasar por las siguientes fases: darnos cuenta de cuando se produce un momento afectivo, tratar de entender y apreciar de forma sensible la existencia de la emoción, comunicar al paciente la compren-

sión de su emoción y ofrecer ayuda y apoyo: “Entiendo cómo se siente”.

- La asertividad es la capacidad para cumplir de forma plena y segura los derechos y deberes correspondientes a nuestro rol profesional, sin mostrar inseguridad a la hora de tomar decisiones y haciéndole ver al paciente y a sus padres que se encuentran en buenas manos. Saber decir sí y saber decir no nos hace más asertivos.
- La paciencia, una cualidad que se hace tanto más necesaria cuantos más años llevemos de ejercicio profesional.

Los objetivos^{5,6} de la EC en la atención pediátrica son: conocer el motivo por el que el paciente acude; prescribir un tratamiento o recomendar una pauta de conducta; establecer una relación asistencial satisfactoria con los padres y el niño.

TIPOS DE ENTREVISTA CLÍNICA

Existen diferentes tipos de entrevista según los objetivos, el método, el receptor de los cuidados de salud o el canal de comunicación.

Según los objetivos, la entrevista puede ser operativa, es decir, con objetivos acordados previamente, o de diagnóstico o de escucha, en la que la finalidad no se ha acordado previamente.

Según el método de entrevistar, tenemos la entrevista libre, con libertad total del entrevistado para escoger los contenidos a explicar; la dirigida o estructurada, en la que los contenidos están totalmente predeterminados por el sanitario, y la semidirigida o semiestructurada⁵, cuyos contenidos están parcialmente determinados por el sanitario con espacio libre para la narración del paciente.

Según el receptor de los cuidados de salud, la entrevista puede ser dual, en la que el profesional de salud entrevista a un solo paciente, como, por ejemplo, cuando acude un niño mayor o adolescente sin acompañante o bien un familiar a consultar algo sobre el paciente. También puede ser múltiple, cuando establece en una misma consulta diferentes visitas a varios miembros de una familia.

Nos vamos a centrar en el análisis de la entrevista semiestructurada o semidirigida, que es la que mejor podemos utilizar, tanto por el tiempo como por los contenidos que se pueden aplicar en el trabajo habitual del pediatra.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Si diseccionamos o analizamos cuidadosamente cualquier entrevista ordenada encontramos en todas una sucesión de hechos que ayudan a la consecución de los objetivos por ambas partes.

La EC semiestructurada ordena, sin rigidez, lo que hacemos todos los días, incorporando a nuestro quehacer técnicas que nos facilitan el trabajo^{3,5-7}.

En la **parte exploratoria** averiguamos el motivo de consulta. El recibimiento cordial y una mirada de acogida muestran nuestro interés. La forma habitual de iniciar una relación clínica en la consulta es mediante el recibimiento. Durante este y en los primeros momentos de la consulta, tienen lugar reajustes conductuales que pueden determinar el resto de la consulta y de la relación: la concordancia entre médico y paciente o el grado en el que ambos van a compartir las decisiones durante el resto de la consulta.

La exploración física (EF) es casi siempre parte de la EC pediátrica y resulta esencial para orientar el diagnóstico. Conviene pedir permiso, explicar lo que vamos a hacer y respetar la intimidad. La EF ha de ser cómoda para el paciente y para nosotros, dejando para el final las maniobras molestas, permitiendo que el niño toque los instrumentos que tenemos en la mano y mantenga contacto con su familia^{4-6,10}.

En la **parte resolutoria** el pediatra decide la mejor conducta a adoptar: explica problemas detectados, educa en nuevos hábitos, explora creencias previas o negocia las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas. La información emitida debe de ser formal, comprensible y entretenida, incluyendo a los niños activamente en la conversación. Se recuerda mejor lo que se menciona en primer lugar, lo que está relacionado con conocimien-

tos previos y lo que entendemos como verdaderamente importante para nuestra salud^{5,7,15}.

En **el cierre de la entrevista**, aparte de la despedida, terminamos con una toma de precauciones^{5,6}, como, por ejemplo, “si el niño continua vomitando, no dude en consultar de nuevo”.

Como primera aproximación, indicar que es importante no mezclar, no alterar ese orden propuesto. ¿Cuántas veces, después de indicar a unos padres que vienen “de urgencia”, que eso no es una urgencia, nos hemos encontrado en la desagradable situación, tras la exploración física, de reconocer una sospecha de meningitis o una neumonía?

La entrevista semiestructurada propone un conjunto de habilidades. De todas maneras, sería peligroso entender estas habilidades como un camino de saber imponer de manera más elegante, pero en definitiva imponer, el mismo esquema relacional fuertemente autoritario. Este es uno de los peligros de estas habilidades, a saber, dar elementos que pueden ser utilizados para una mejor relación asistencial, pero que también pueden servir para manipular al paciente. Por ello insistimos en que todas estas habilidades de comunicación deben sustentarse en un interés genuino por el paciente y en un respeto por su libertad^{5,7}.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1971.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wissow LS, Larson S, Anderson J, Hadjiisky E. Pediatric resident's responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. *Pediatrics*. 2005;115:1569-78.
2. Tates K, Meeuwesen L. “Let mum have her say”: turn-taking in doctor-parent-child communication. *Patient Educ Couns*. 2000;40:151-62.
3. Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:638-42.

- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
- Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
- Ruiz Moral R. Relación clínica. Barcelona: Semfyc; 2004.
- Tizón JI. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma; 1988.
- Neighbour R. La consulta interior. Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat (Barcelona):J&C; 1998.
- Davis F. La comunicación no verbal. Madrid: Alianza; 1998.

PELÍCULAS RECOMENDADAS

- El Doctor. Randa Haines, 1991.
- Las confesiones del Dr. Sachs. Michel Deville, 2001.
- Patch Adams. Tom Shadyac, 1998.
- Mumford. Lawrence Kasdan, 1990.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

EC: entrevista clínica • EF: exploración física.

4. Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P, Ross AW. Physician Communication with Children and Parents. *Pediatrics*. 1982;70:396-402.
5. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
6. Borrell-Carrió F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice. A call for self-awareness. *Ann Am Med*. 2004;2:310-6.
7. Van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr*. 2000;159:489-95.

8. Griffith CH 3rd, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2003;18:170-4.
9. Ministerio de Educación y Ciencia. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero. BOE nº40, 15-02-2008, p8351-8356.
10. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med.* 2001;839-51.
11. Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC, Heney D. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ.* 2003;326:305-9.
12. Van Dulmen AM. Children's contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics.* 1998;102:563-8.
13. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationship: a "pas de trois". *Patient Educ Couns.* 2002;48:5-14.
14. Nova C, Vegni E, Moja EA. The physician-patient-parent communication: a qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Educ Couns.* 2005;58:327-33.
15. Rodríguez Núñez A, Crespo Suárez P, Martins de Oliveira Pereira Caldas C, Pérez Rodríguez MT, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JM. Información y atención en cuidados intensivos pediátricos. Opiniones de los padres. *An Pediatr (Barc).* 2004;61: 231-5.