

La entrevista clínica o médica

R. Ruiz Moral

Capítulo

1

«En la técnica de la entrevista se ha atendido a los aspectos meramente formales, (...) la entrevista debe estar presidida por la metarregla de la veracidad (...) lo que no se contradice con la flexibilidad»

Carlos Castilla del Pino, 1980

Objetivos

- Describir un marco conceptual y operativo de la comunicación en el ámbito sanitario.
- Presentar los aspectos básicos de la comunicación que enfatizan su carácter interaccional y flexible, determinados por objetivos concretos.
- Exponer los objetivos de la comunicación clínica y ofrecer un marco explicativo sobre cómo la comunicación influye en el proceso salud-enfermedad.
- Describir tres tipos de habilidades comunicativas: de contenido, de proceso y autoperceptivas, exponer sus principales componentes y proponer un esquema operativo para su integración de manera estructurada en la consulta.

■ INTRODUCCIÓN

La *entrevista médica o clínica* es el contexto en el que el médico y el paciente se relacionan y donde el primero despliega las principales competencias clínicas para diagnosticar y tratar a un paciente: el conocimiento médico, la exploración física y el razonamiento clínico para resolver los problemas. El desarrollo de la entrevista clínica depende de la aplicación de una competencia fundamental: la comunicación. Dado que la aplicación del resto de las competencias clínicas sucede siempre dentro de un marco comunicativo o relacional (de una relación profesional entre un médico y un paciente), son las habilidades comunicativas las que modulan esta aplicación haciéndola más o menos eficiente. La forma en la que se

comunica es tan importante como el contenido de lo que se comunica. Por esta razón, la comunicación es básica y no es una habilidad opcional, añadida o extra al resto de habilidades del clínico (Laín Entralgo, 1998).

■ UN MODELO OPERATIVO PARA LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

El modelo comunicativo que aquí presentamos resalta los siguientes componentes:

1) Los actores de la comunicación

La comunicación, como mínimo, ocurre siempre entre dos personas, y tiene un **componente social** básico. En el ámbito sanitario se produce entre el profesional y el paciente,

los cuales son seres complejos multidimensionales (con dimensión biológica, psicológica, personal, familiar, profesional, experiencial, cognitiva, social, espiritual, etc.); estas dimensiones (Figs. 1-1 y 1-8) van a influir en la relación y sus resultados.

2) La relación comunicativa en el contexto sanitario es una relación predominantemente diádica: médico-paciente), aunque frecuentemente es también triádica: médico-paciente-familiar. Tiene lugar en el contexto genérico del encuentro clínico o entrevista médica, la cual tiene unos objetivos bien definidos (resolución de los problemas de salud del paciente) que, por otra parte, hacen posible evaluar la propia comunicación.

3) Los contextos clínicos. A pesar del contexto genérico que supone el encuentro clínico, existe una importante variedad de situaciones clínicas que, por las características de sus actores (pacientes) y del contexto en el que tienen lugar, determina aproximaciones comunicativas específicas que facilitan la consecución de los resultados (la efectividad del encuentro).

4) Los canales de comunicación son los medios elegidos para que las interacciones tengan lugar. Habitualmente estas interacciones son cara a cara en el contexto de una consulta; sin embargo, cada vez son más habituales las interacciones que se producen de manera «indirecta» a través de la escritura-lectura, el teléfono o las tecnologías virtuales.

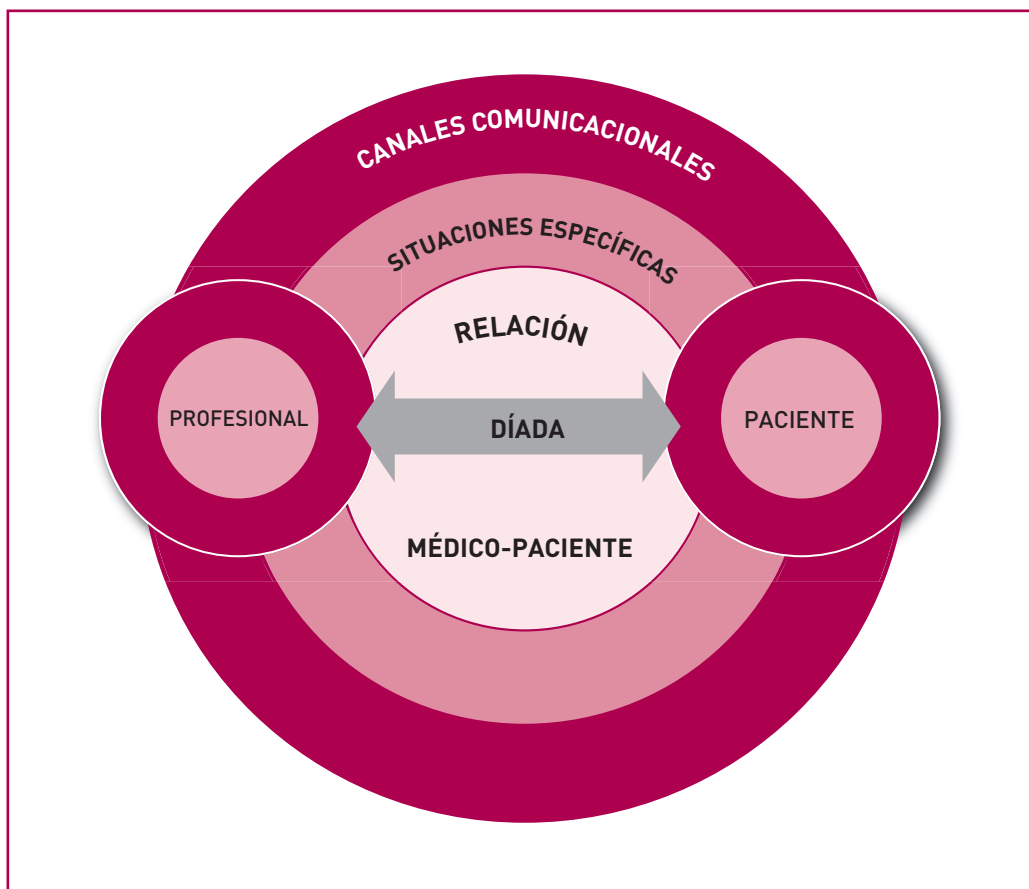


Figura 1-1. Dimensiones clave de la comunicación entre profesional sanitario y paciente (1).

Situación clínica 1-1: El nuevo residente en la consulta



El Dr. N.P. es un residente de obstetricia de tercer año que lleva 2 días en consultas externas. L.H. es una paciente de 34 años que acude a la consulta para una revisión de embarazo de alto riesgo. En este día, el Dr. N.P. se encuentra un poco apurado de tiempo, ya que entre otras tareas ha de salir antes de la consulta para asistir a una sesión e iniciar su guardia después. Así, mientras cierra el registro de la anterior paciente y la enfermera le comunica quién es la señora L.H. y para qué viene, le indica a la enfermera que dirija a la señora a la camilla para realizarle la ecografía mientras él revisa los análisis. Al repasar la historia de la paciente observa los resultados de los análisis que le informan de una infección urinaria. Mientras le hace la ecografía a la paciente le comenta los resultados y la necesidad de seguir un tratamiento antibiótico. La paciente y su pareja no parecen muy convencidos de ello y entablan un diálogo con el médico sobre el tema. Éste finalmente insiste sobre la absoluta necesidad de tomarlo y después de preguntar por posibles alergias le prescribe el tratamiento y le da una nueva cita. Días después y tras faltar a la cita, el residente se enteró de que L.H. no siguió el tratamiento y consultó con otro obstetra. El residente se sintió frustrado.

Pausa reflexiva 1-1



- ¿Crees que entre el residente y la señora L.H. ha habido comunicación?
- Tanto si tu respuesta es afirmativa como negativa, da al menos una razón para apoyarla.

■ TRES ASPECTOS BÁSICOS SOBRE COMUNICACIÓN HUMANA

Para entender mejor el acto comunicativo es útil definir los siguientes conceptos:

1) Los componentes de la comunicación

La relación comunicativa la conforman una serie de *conductas comunicativas* que comprende los aspectos verbales y no verbales que los interlocutores ponen en juego durante la interacción. Se distingue entre las *dimensiones de contenido* y las de *relación*; ambas, sin embargo, están inextricablemente unidas (Watzlawick, 1983). Las primeras hacen referencia sobre todo a las palabras, al lenguaje verbal y a la información que los mensajes pretenden transmitir y que el médico y el paciente se intercambian en su

encuentro. En la situación clínica 1-1, el contenido del mensaje que el residente trató de enviar fue «*Necesita tomar el antibiótico para la seguridad de usted y de su hijo*». La segunda se refiere más bien a la forma en la que los participantes se *relacionan* entre sí (relación de autoridad, de camaradería, de interés, la actitud que mantienen uno sobre el otro y los sentimientos y emociones que se expresan mutuamente). Probablemente en la situación clínica 1-1 los componentes de esta dimensión fueron los que hicieron vivir a L.H. y su pareja la experiencia como hostil o insatisfactoria, lo que a su vez hizo que pudieran interpretarla de manera distinta a como lo hizo el residente.

2) El contexto en la comunicación. Tras el encuentro, el residente indagó y conoció la siguiente información:

«*La paciente L.H. y su marido tienen cuatro hijos y viven de una manera un tanto alternativa en una granja donde trabajan en agricultura ecológica. Son activistas muy dinámicos y comprometidos con diferentes movimientos políticos y religiosos. Han mantenido una relación prolongada con un conocido obstetra que les atendió en los anteriores em-*

barazos y los partos, y también en el actual, hasta que por una ausencia prolongada de éste decidieron acudir a la Seguridad Social».

La comunicación puede ser de alto o bajo contexto. Es de **alto contexto** cuando la mayor parte de la información se encuentra en el contexto, puesto que éste suele estar implícito; esta información implica compartir supuestos. La pareja de la situación clínica 1-1 mantenía una comunicación de alto contexto con su anterior obstetra. El residente era nuevo en esa consulta, no los conocía, su conocimiento de la situación se lo proporcionaron los registros que figuraban en la historia clínica, la comunicación entre ambos era de **bajo contexto**. Una comunicación de bajo contexto es aquella en la que la información se encuentra en forma de código explícito. El lenguaje de la ciencia y la tecnología es de bajo contexto. Transmitir información a través del contexto es una forma de hacer frente a la sobrecarga de información. Si se transmite más información en el contexto, tiene que transmitirse menos en el mensaje codificado. Constituye una experiencia habitual que cuando mejor conoce el médico al paciente, menos necesita aportar grandes cantidades de datos. Ciertamente, basarse en el contexto más que en la información explícita conlleva riesgos, pero en clínica, obviar la información contextual supone generalmente disminuir la calidad de la atención.

3) ¿Cuándo existe o no comunicación? Para responder a esta pregunta es preciso considerar lo que ocurrió con el residente y la paciente L.H. tras su encuentro «comunicativo»: la pareja decidió cambiar de médico y el residente inició un proceso de reflexión personal. El encuentro o interacción afectó a ambos, produjo algo nuevo en los protagonistas que de no haber tenido lugar, no se hubiese producido. Este carácter **interactivo** define la comunicación como una *coordinación de conductas*, es decir, una interacción que **produce o modifica una determinada conducta**. Esta perspectiva la tomamos principalmente de los biólogos estructuralistas de la escuela de Santiago de Chile,

Humberto Maturana y Francisco Varela (1990, 1992), y también de la que desarrolló Paul Watzlawick (1983) y la escuela de Palo Alto, los cuales son contrarios a la metáfora de que «algo se comunica», algo se lleva de un punto a otro donde es entregado (**transacción**) y presenta al fenómeno comunicativo como dependiente, no de lo que se entrega (contenido y relación) sino de lo que pasa con los que interaccionan a consecuencia de la interacción. Por eso se puede decir que **«la comunicación es el efecto que produce»**.

Pausa reflexiva 1-2



- Repasa el anterior ejercicio.
- ¿Ha cambiado en algo tu idea respecto a si hubo o no comunicación entre el residente y la señora L.H.?
- ¿Por qué?

Desde un punto de vista práctico, los anteriores aspectos suponen que para comunicar de manera eficaz es preciso: **1) Asegurar el proceso de interacción (y no tanto el de transmisión de información)**, lo que prioriza la recepción de *feedback* por parte del que emite un mensaje sobre cómo este mensaje es interpretado (su comprensión y su impacto). El énfasis se sitúa más sobre la interdependencia del emisor y el receptor. Visto así, para que la comunicación sea eficaz se requiere una comprensión mutua. **2) Trabajar y planificar en términos de resultados**. La efectividad sólo puede comprobarse mediante los resultados que paciente y médico desean alcanzar. Por ejemplo, en un estado de enfado se puede desear ventilar las emociones o aclarar los malos entendidos; esos objetivos requieren estrategias comunicativas diferentes. **3) Asumir que no existen abordajes estandarizados** y que lo que es apropiado para una situación puede ser inapropiado para otra diferente, que cada contexto particular tiene sus propias exigencias, lo que exige aproximaciones siempre flexibles y dinámicas.

■ OBJETIVOS DE LA COMUNICACIÓN CLÍNICA

La comunicación asistencial o clínica no es simplemente mostrarse «agradable», sino que tiene como objetivo principal mejorar la práctica clínica. Las habilidades de comunicación deberían contribuir a que la realización de la historia clínica y la resolución de problemas sean más precisos y eficaces y, por lo tanto, a hacer una práctica clínica más eficiente, pero también debe contribuir a que el paciente se encuentre más apoyado en su demanda de ayuda y se sienta más capacitado para afrontar sus problemas de salud. El uso de habilidades comunicativas debe mostrar que mejoran los parámetros de la atención clínica. Estos parámetros son la propia satisfacción, tanto del paciente como del médico, la adherencia de los pacientes a sus tratamientos, un uso más eficiente de los recursos sanitarios, la resolución, mejora o alivio de los síntomas clínicos y la normalización o mejora de la funcionalidad y los parámetros fisiológicos. Estos efectos de la comunicación deben constatarse mediante investigación. El concepto de colaboración implica una relación entre médico y paciente de mayor igualdad y un cambio en el equilibrio de poder que existe en sus relaciones, desde el paternalismo trasnochado a una relación de mayor colaboración o *mutualidad*, lo que implica la promoción de una mayor participación del paciente en la toma de decisiones.

■ MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA COMUNICACIÓN SOBRE LA SALUD

La necesidad de comprobar la efectividad de la comunicación conlleva la exigencia de comprender cómo ésta se asocia y afecta a la salud tanto física como psicosocial. Un paciente podría experimentar **mejoría física** (menos dolor, mejoría de sus síntomas, de sus sensaciones subjetivas de salud, de su capaci-

dad funcional, normalización de marcadores fisiológicos) si recibiese el régimen terapéutico adecuado (químico, mecánico, conductual, psicológico, etc.), sea éste el que sea. De esta forma, la comunicación podría llevar a mejorar la salud física si, por ejemplo, la conversación entre un médico y un paciente ayudase a identificar el diagnóstico correcto y el plan de tratamiento más adecuado (tratamiento, autocuidados o modificación de las creencias de salud del paciente). Por otra parte, la **salud psicosocial** de una persona se expresa en función del grado en el que ésta tiene más creencias y pensamientos positivos y menos negativos (ansiedad, preocupación, miedo, desilusión, etc.) y funciona bien en su contexto y dentro de sus redes sociales. Este tipo de salud puede mejorarse mediante encuentros comunicativos en los que el paciente se sienta comprendido, validado, esperanzado, valorado, reconfortado, e indirectamente mediante el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades mentales.

Siguiendo a Street et al. (2009), las vías por las que la comunicación médico/paciente-familia influirían en los resultados de salud pueden ser de tipo directo o indirecto (Fig. 1-2):

Vía directa: una charla terapéutica mediante la cual el médico valida la perspectiva del paciente o expresa empatía puede ayudar a que éste experimente una mejora en su bienestar psicológico (menos emociones negativas –miedo, ansiedad, etc.– y más positivas –esperanza, optimismo, autovaloración, etc.–) o físico: disminución del umbral fisiológico del dolor en el intestino irritable mediante una comunicación empática.

Vía indirecta (más frecuente): por ejemplo, explicaciones claras y expresiones de apoyo del médico que llevan a aumentar la confianza y a comprender mejor las opciones terapéuticas. Mayor participación del paciente en la consulta que conlleva a que el médico entienda mejor sus necesidades, preferencias e ideas erróneas sobre el tratamiento y así pueda comunicarle el riesgo de forma que

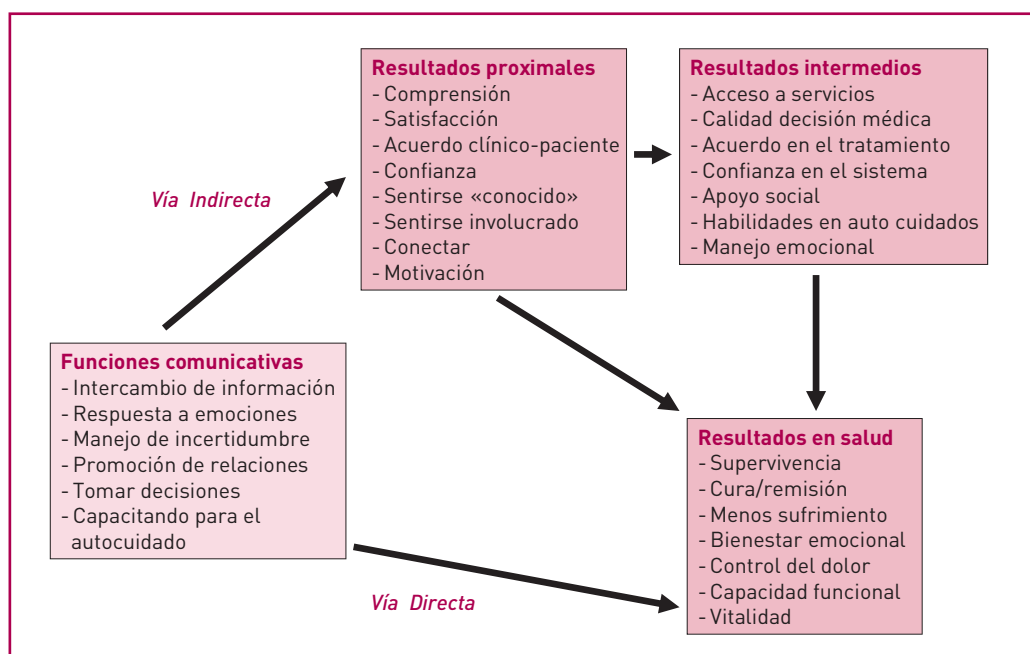


Figura 1-2. Vías de comunicación y resultados de salud (tomada de Street et al., 2009).

el paciente lo entienda mejor y pueda llevar a cabo el plan terapéutico. En la figura 1-2 se exponen gráficamente estas vías.

Un mejor acceso a los cuidados necesarios, aumentar el conocimiento y la comprensión compartida, una mejora de las alianzas terapéuticas (entre médicos, pacientes y familiares) y de la gestión emocional activando el apoyo social y los recursos del paciente, un incremento en la calidad de las decisiones médicas (p. ej., ofreciendo una información en línea con los valores del paciente, relevante con la clínica que éste presenta y con la que tanto médico como paciente estén de acuerdo) y una capacitación del paciente para actuar (incrementando la autoeficacia y el empoderamiento) son vías a través de las cuales la comunicación médico-paciente puede contribuir a mejorar la salud de los pacientes (Epstein y Street, 2007). La investigación en este campo está aún poco desarrollada; sin embargo, desde un punto de vista práctico los médicos y los pacientes deben maximizar los efectos terapéuticos de la co-

municación orientándola de manera explícita para lograr los resultados de tipo intermedio que se ha demostrado que están asociados con una mejoría en la salud (p. ej., la confianza, la comprensión mutua, la adhesión, el apoyo social o la autoeficacia).

■ TIPOS DE HABILIDADES COMUNICATIVAS

Distinguimos tres tipos de habilidades comunicativas:

- **Habilidades de contenido** o lo que el profesional sanitario comunica, lo que implican sus preguntas, sus respuestas y sus afirmaciones, el tipo de información que recoge y la que ofrece, los tratamientos que considera y transmite al paciente.
- **Habilidades de proceso** o la forma en la que el profesional realiza esto, es decir, la forma de comunicar, cómo hace la historia, cómo recoge y ofrece la información, qué habilidades verbales y no verbales

usa, cómo se relaciona con el paciente, cómo se estructura y organiza la comunicación.

- **Habilidades perceptivas** o lo que el profesional siente y piensa cuando comunica, es decir, «su proceso interior», su razonamiento clínico, sus actitudes, su grado de percepción de los sentimientos y pensamientos tanto suyos como del paciente, su autopercepción sobre su confianza, sesgos o distracciones.

Pausa reflexiva 1-3



- ¿Qué aspectos consideras más importantes a la hora de obtener datos clínicos de utilidad: el contenido de la información que hay que obtener, la forma en la que ésta se obtiene o ambos por igual?
- ¿Por qué?

Situación clínica 1-2: La historia y la entrevista*



El Sr. Pérez es un paciente ingresado en planta desde hace 3 días.

Entrevista con el estudiante A

Es. Hola, soy el alumno adscrito a esta habitación y vengo a revisar su historia y a explorarlo.

Pa. Vale, puedes revisarla en el ordenador o en los archivos. Ya he hablado con bastantes médicos.

Es. ¿Cómo dice?

Pa. ...sí, ya ha oído. Que no quiero hablar ya con más médicos. Que está todo lo que necesitan en mi historial apuntado. Ya está bien de contar la misma historia una y otra vez, ¿no? ¿Es que no hablan entre ustedes?

Es. Eh... bueno, claro que hablamos. Pero por eso tengo que volver a historiarle, para discutir su caso y ver cómo podemos ayudarle.

Pa. Magnífico, sólo tienes que salir y estudiar lo que otros ya han apuntado y habla con el Dr. A y el Dr. B, ellos me vieron primero en urgencias y después nada más llegar aquí. No necesito contarle esto a más médicos...

Es. ¿Qué le parece si sólo le pregunto sobre su enfermedad actual y dejo fuera todo lo de sus antecedentes?

Pa. Mira, puedes dejar fuera todo. No voy a hablar con más médicos y punto.

Es. ¿Está usted enfadado conmigo?

Pa. ¿Por qué tendría que estar enfadado contigo? No, no te conozco de nada.

Es. Bueno... mi trabajo es rehacer su historia y explorarlo y...

Pa. No me importa cuál sea tu trabajo. No voy a hablar más.

Entrevista con el estudiante B

Es. Hola, soy el alumno adscrito a esta habitación y vengo a revisar su historia y a explorarlo.

Pa. Vale, puedes revisarla en el ordenador o en los archivos. Ya he hablado con bastantes médicos.

Es. ¡Vaya! Me parece que está harto de contar la misma historia una y otra vez a un montón de médicos que parece que no se comunican entre sí.

Pa. ¡Exacto!

Continúa

Situación clínica 1-2: La historia y la entrevista* (Cont.)



- Es.** Veo lo irritado que está por esto. Debe de estar diciéndose para qué sirve contar una y otra vez lo que le está pasando.
- Pa.** No me parece que haya servido para nada...
- Es.** ¡Como si estuviera dando vueltas en una noria!
- Pa.** Y sin saber cómo salir.
- Es.** ¡Ya lo creo! Me doy cuenta de su frustración.
- Pa.** Eso es lo que tengo, ¡frustración, doctor! No tengo nada contra usted. Ahora al menos hay alguien aquí que sabe cómo me encuentro.
- Es.** Bueno... ¿Qué podemos hacer ahora?... ¿Qué le parece si cojo su historial y le cuento lo que puedo aprender de él? Entonces usted podría completar lo que falta y corregir lo que no sea correcto.
- Pa.** Vale... podemos hacer eso.
- Es.** Sabe, uno de los problemas es que algunos médicos dictan sus notas y después esto no se transcribe de forma inmediata. Entonces los estudiantes nos encontramos sólo apuntes muy abreviados en el historial.
- Pa.** Está bien doctor, le ayudaré a rellenar sus «huecos».

* Tomada con permiso de: F.W. Platt. *Conversation Repair*. Nueva York: Little Brown, 1995.

Pausa reflexiva 1-4



- ¿Qué conclusiones sacas tras la lectura de las dos situaciones anteriores?

■ HABILIDADES DE CONTENIDO: LA HISTORIA CLÍNICA

Se llama *historia clínica* al relato, escrito o verbal, de la enfermedad de un paciente. Aunque el punto de partida es un episodio concreto de la biografía médica del paciente, la historia clínica se amplía a sus antecedentes tanto personales como familiares y sociales y abarcaría *todos* los aspectos humanos de su vida y no exclusivamente los relacionados con la enfermedad.

Clásicamente, la historia clínica comprende: la *anamnesis*, la *exploración física* y *complementaria*, la *evolución* y la *epicrisis*.

La *anamnesis* es la recolección de la información proporcionada por el propio

paciente al médico durante el **proceso de la entrevista clínica**, con el fin de incorporar dicha información a la historia clínica. Esta información incluye los datos subjetivos del paciente sobre su enfermedad y cómo la vive (experiencias), sobre sus síntomas, antecedentes e historia, familiares y personales, y los síntomas que experimenta en su enfermedad.

La **exploración** o *examen clínico* es otro método de obtener información clínica que comprende la exploración física o la realizada directamente por el médico con sus sentidos sobre el paciente y los *exámenes complementarios* (o procedimientos utilizados para la detección de signos y alteraciones orgánicas o funcionales).

La **evolución** o diario clínico es la redacción de las incidencias que tienen lugar durante la evolución de la enfermedad sometida a observación clínica (los nuevos síntomas y signos que pueden aparecer, su remisión o intensificación, complicaciones aparecidas, respuesta al tratamiento, etc.).

La **epicrisis** es el comentario final con el que se cierra una historia clínica y representa el juicio clínico del caso.

Estructura y contenido de la historia clínica

Cuando un estudiante de medicina inicia su formación clínica debe contar con una serie pormenorizada de instrucciones claras sobre los aspectos relevantes que toda historia clínica debe tener. Éstos aparecen en el **cuadro 1-1**.

Cuadro 1-1. Contenido de la historia clínica

- Información básica sobre el paciente
- Motivo principal de consulta
- Historia de la enfermedad actual
- Perspectiva del paciente sobre su enfermedad
- Antecedentes médicos personales
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales y contexto sociolaboral
- Revisión por órganos y aparatos

Información básica sobre el paciente

Aquí se detallan algunos datos personales del paciente: nombre, dirección, edad, ocupación y estado civil, y se pueden incluir ciertos aspectos sociodemográficos básicos, como el nivel educativo o el lugar de residencia.

Descripción del motivo principal de consulta

El motivo principal de consulta (MPC) representa lo que ha llevado a consultar al paciente. Puede ser un único motivo o varios. Cuando existen varios motivos de consulta, lo cual no es inusual en contextos clínicos como el de la atención primaria, es importante determinar cuál de ellos es el más importante. Algunos aspectos se deben considerar a la hora de explorar el MPC:

- Comenzar con una pregunta abierta y seguir con técnicas abiertas y escucha activa.
- Atender a las palabras y expresiones textuales del paciente (y anotarlas tal cual).
- A veces los pacientes exponen un diagnóstico en lugar de síntomas: clarificar lo que esto significa para ellos (la experiencia que representa).
- A veces la descripción del problema se acompaña de las emociones suscitadas por éste; en este caso, detenerse en la emoción para una mejor exploración del MPC y como vía para empatizar con el paciente.
- No se debe cerrar esta exploración sin antes preguntar si acude por algo más, lo que se llama *delimitar los motivos de consulta*.

Historia de la enfermedad actual

Representa una parte crucial de la historia clínica. El objetivo aquí sería: obtener una historia del motivo de consulta tan completa como precisa y relevante sobre el MPC, saber qué es lo que piensa el paciente sobre lo que le puede estar pasando, averiguar cuál es la actitud del paciente en relación a su problema y determinar el efecto que tiene el problema sobre su vida y sus relaciones (Fig. 1-3), para después pasar a caracterizarlo desde una perspectiva más biomédica. Es preciso hacer esto con cada uno de los MPC que se vayan a atender.

Perspectiva del paciente sobre su enfermedad

Incluye la exploración de ideas, temores, sentimientos y expectativas del paciente sobre su problema o las expectativas con las que acude a la consulta, así como las preferencias sobre el tema o los temas que se abordarán en ésta.

Antecedentes médicos personales

En este apartado se obtiene información sobre enfermedades padecidas previamente;

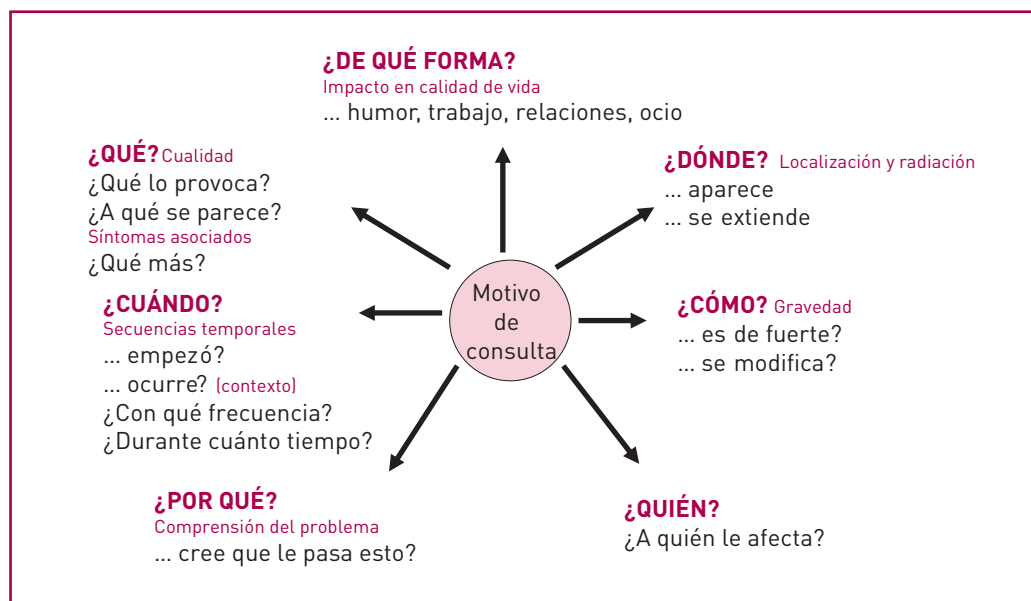


Figura 1-3. Historia de la enfermedad actual.

suele ser importante para comprender el problema actual:

- Enfermedades previas.
- Ingresos hospitalarios.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Accidentes y minusvalías.
- Embarazos.
- Historia de medicación y alergias.

Es posible que haya condiciones específicas sobre las que se puede querer indagar. Éstas dependen de las circunstancias, pero por regla general están determinadas por su alta prevalencia o repercusiones, por ejemplo, diabetes, hipertensión, algunos tipos de enfermedades infecciosas, etc. También en esta sección se pueden incluir la historia que tiene el paciente sobre posibles alergias a medicamentos o contrastes y el tipo de medicación que ha podido tomar otras veces o que habitualmente toma.

Antecedentes familiares

Supone explorar aquí los siguientes aspectos:

- Posibles enfermedades determinadas genéticamente.
- Preocupación del paciente de que su problema esté relacionado con la experiencia de otro u otros miembros de su familia.
- Familiares de primer grado, si viven, y si no, sobre las causas de su muerte; preguntar con sensibilidad.
- Preguntar si en la familia se padece de algún tipo de enfermedad específico.

En muchas ocasiones es de utilidad representar el árbol familiar o el genograma (Fig. 1-4), el cual da información visual sobre diferentes aspectos relevantes de la familia del paciente y ayuda a integrar esta información más fácilmente.

Antecedentes personales y contexto sociolaboral

El objetivo aquí es hacerse una idea del paciente como persona (no como paciente ingresado o que hace una consulta al médico). Aspectos como lo que el paciente suele hacer a lo largo del día, la estructura y la

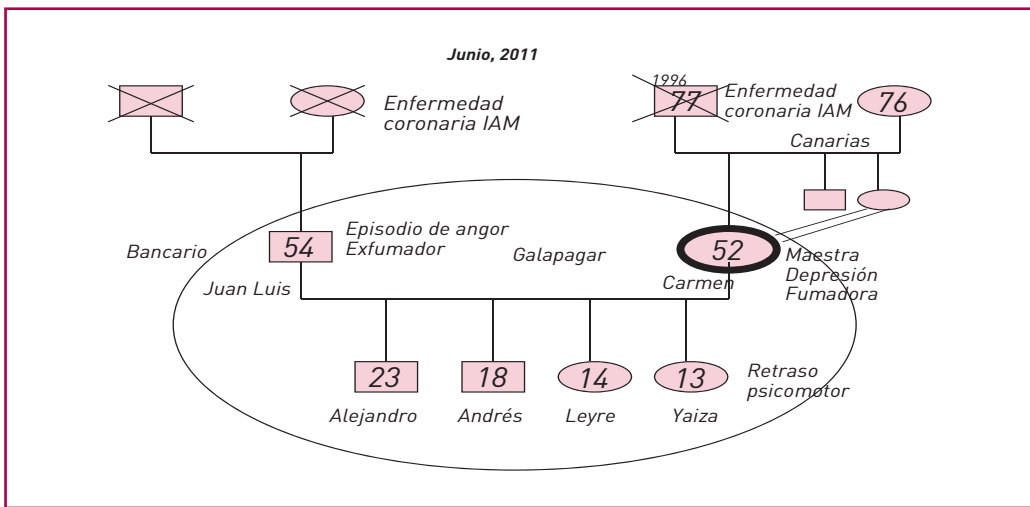


Figura 1-4. El árbol familiar o genograma. IAM: infarto agudo de miocardio.

forma de relacionarse con el resto de sus familiares, su estilo de vida y su situación socioeconómica pueden ayudar no sólo a interpretar la forma en la que se presenta el problema, sino a la hora de discutir la forma de abordarlo. Esta parte de la historia suele incorporar el perfil del paciente, sus factores de riesgo (generalmente determinados por su estilo de vida) y las fuentes de estrés y apoyos del paciente:

- Perfil del paciente:
 - Vida familiar.
 - Relaciones sociales.
 - Historia laboral.
- Estilos de vida (factores de riesgo):
 - Tabaquismo.
 - Consumo de alcohol.
 - Consumo de drogas.
- Acontecimientos vitales estresantes.

Revisión por órganos y aparatos

Esta sección de la historia implica una serie de preguntas relacionadas con los diferentes sistemas orgánicos y el estado mental. Su objetivo es tratar de conocer síntomas importantes que el paciente haya podido olvidar o pueda no haberlos considerado como

importantes o significativos por no estar directamente relacionados con su MPC. Los estudiantes suelen tener dos tipos de problemas con esta parte de la historia: primero porque les resulta difícil recordar todo lo que pueden preguntar y segundo porque suele resultarles embarazoso que el paciente, que les dará respuestas negativas en su mayoría a las preguntas que hacen, se pregunte por la relevancia de tales preguntas. Para superar estos dos inconvenientes se puede:

- Utilizar una especie de tarjeta en la que a modo de guía-ayuda figuren los aspectos que se van a preguntar.
- Introducir esta sección mediante un comentario del tipo: «*Ahora le voy a hacer una serie de preguntas sobre problemas de salud que suele tener la gente, para asegurarnos de que usted no padece alguno de ellos*».

Un listado de temas que hay que abordar aparece en la figura 1-5.

Modificaciones en la secuencia de la historia

Es importante que un estudiante aprenda y practique la secuencia en la que se realiza una historia clínica. Al hacerlo de manera

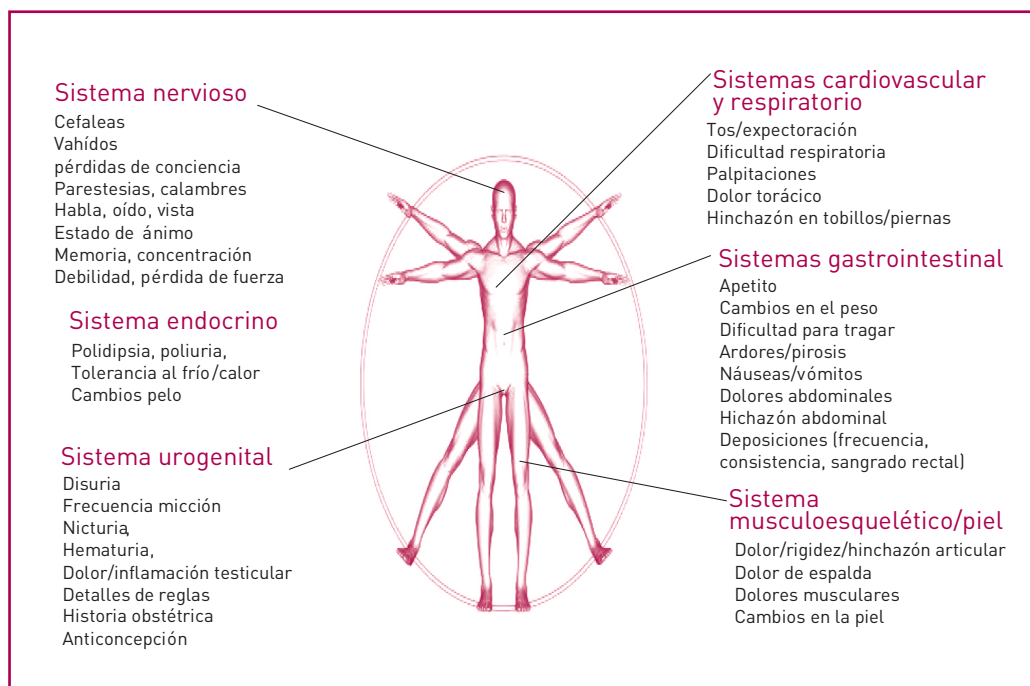


Figura 1-5. Revisión funcional y por órganos y aparatos.

estructurada se consiguen dos objetivos: las posibilidades de perder información importante son menores y se va aprendiendo e incorporando un modelo que más adelante puede utilizarse de una forma más dirigida o focalizada. La aplicación de esta estructura puede ser sin embargo inapropiada en algunas situaciones clínicas, como, por ejemplo, un paciente que consulta por una fractura o traumatismo o un paciente que presenta un dolor torácico agudo en un contexto de urgencias. En el capítulo 6 «Integrar, estructurar y evaluar la entrevista» se ofrecen con detalle estrategias y habilidades concretas que facilitan esta estructuración.

Cuando se trabaja en contextos como la medicina general, el estudiante se da cuenta de que el médico rara vez formaliza una historia completa al paciente, lo que refleja el modo en el que un médico se aproxima a la tarea de conseguir un diagnóstico y aplicar un tratamiento. Realizar una historia exhaustiva como la que aquí hemos descri-

to no es la forma habitual (y más eficiente) de tomar decisiones clínicas. Los estudios sobre razonamiento clínico han demostrado que los médicos de manera muy temprana en la entrevista hacen algunas hipótesis sobre los posibles diagnósticos. Esto depende del conocimiento y la experiencia del médico. Una vez tienen estas hipótesis, a continuación dirigen la búsqueda de información para corroborar o descartar cada una de ellas. Esta forma de proceder a la hora de tomar decisiones se llama método hipotético deductivo y se desarrolla con la experiencia. Existen, sin embargo, otras formas de proceder que no se tratarán aquí por estar fuera de los objetivos de este capítulo. A medida que un estudiante adquiere más experiencia y conocimiento se encontrará procediendo de estas maneras, pero la base para aplicar este método no es otra que comenzar aprendiendo a hacer una historia sistemáticamente tal y como se ha descrito aquí.

■ HABILIDADES DE PROCESO: LA COMUNICACIÓN CLÍNICA

Tradicionalmente, los estudiantes en la facultad se enfrentan con dos modelos aparentemente contradictorios de entrevista médica. Anteriormente hemos descrito el modelo clásico de entrevista médica denominado **historia clínica tradicional**, que es el marco de información que se espera que utilicen los clínicos para hacer un diagnóstico y que incluye la tradicional anamnesis y exploración física. Esto es lo que se ha llamado *el contenido* de la entrevista médica, la información que se necesita conseguir. El segundo es un modelo de comunicación que proporciona un marco alternativo y un conjunto de habilidades que detallan la forma en la que los médicos llevan a cabo la entrevista, desarrollan una relación profesional con sus pacientes, obtienen la información requerida que se describe en la historia clínica tradicional y luego discuten sus conclusiones y alternativas de manejo con ellos. Esto es lo que comúnmente se conoce como *el proceso de la entrevista médica* o la forma que tienen de hacer las cosas los médicos. Ejemplos de habilidades de proceso pueden ser el comportamiento no verbal del médico, el uso de preguntas abiertas o cerradas, las habilidades que usa para asegurarse de que el paciente le ha entendido o cómo estructura la entrevista.

Modelo de proceso de la relación clínica: la guía CICA

Nuestro modelo conceptual desarrollado originalmente en nuestra guía CICA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar) publicada en el año 2004 (Ruiz Moral, 2004 y 2005) representaba un modelo de proceso o de conductas comunicativas para desarrollar en una entrevista médica o, lo que es más común, a lo largo de sucesivos encuentros, consultas o entrevistas.

Dentro de este concepto de relación clínica, la guía CICA definía un currículum de habilidades para la relación médico-paciente en el que, con fines didácticos, se delimitaban una serie de *tareas comunicativas generales, habilidades comunicativas estratégicas y técnicas comunicativas básicas*.

Las tareas. Son objetivos generales para alcanzar y representan los conceptos clave de la relación clínica. Son el origen del acrónimo CICA:

- **Conectar** con el paciente/familia.
- **Identificar los problemas** de salud del paciente/familia.
- **Comprender los problemas** de salud del paciente/familia.
- **Acordar** con el paciente/familia sobre el problema o problemas, las decisiones y las acciones.
- **Ayudar** al paciente/familia a entender, elegir y actuar.

Las habilidades estratégicas. Son las habilidades comunicativas que permiten la consecución de las tareas comunicativas. Entre ellas están: recibir, escuchar, empatizar, cerrar, preguntar, integrar la información, comprobar, negociar, informar, motivar, etcétera.

Las técnicas comunicativas básicas. Son los elementos conductuales que configuran las habilidades. *Una habilidad es una secuencia de acciones intencionadas que se puede repetir voluntariamente.* No es, por lo tanto, una acción o un movimiento simple sino una cadena de acciones que conducen hacia un objetivo. Por ejemplo: la escucha activa es una habilidad comunicacional que se alcanza poniendo en juego una cadena de acciones o conductas comunicativas; a esto es a lo que llamamos *elementos o técnicas comunicativas*. Para conseguir una escucha activa es preciso integrar una serie de elementos comunicativos como son: mantener una baja reactividad, facilitar el discurso del paciente, mantener un contacto visual-facial adecuado, etcétera.

Integración de habilidades y estructuración de la entrevista médica

La consideración de las habilidades de contenido y las de proceso como competencias diferentes suele producir confusión. Con frecuencia, los estudiantes pasan por alto sus habilidades de comunicación y utilizan el historial médico tradicional como guía no sólo para el contenido de la información, sino también para el proceso de la entrevista. Como consecuencia de ello, los alumnos cambian en sus estrategias y utilizan preguntas cerradas y hacen una entrevista rígida dictada casi en exclusiva por la búsqueda de la información biomédica. Para resolver esta confusión, es necesario considerar un método clínico que integre explícitamente el método clínico tradicional y las técnicas eficaces de comunicación (es decir, una integración del contenido y del proceso), de tal manera que la contribución de ambos componentes se enfatice por igual en cualquier sesión docente. En este sentido, siguiendo los esquemas iniciales propuestos por Kurtz et al. (2003), se ha adaptado la guía de habilidades comunicativas CICAA (Ruiz Moral, 2004)

para que se produzca un maridaje eficaz entre ambos componentes. La **figura 1-6** es una representación gráfica de cómo esto puede hacerse en una entrevista médica: en ella se incluyen tanto las tareas comunicativas como la exploración física y la autopercepción. También se representa el flujo en el que se desarrollan estas tareas en la realidad de la práctica clínica. Las habilidades se organizan en las cuatro tareas básicas que el médico y el paciente deben abordar: identificar y comprender los problemas I (correlacionada con la anamnesis) y II (correlacionada con la exploración física), y acordar y ayudar (explicar y planificar), enmarcadas entre la apertura y el cierre de la entrevista.

En la **figura 1-7** se detallan los objetivos que deben conseguirse dentro de cada una de las tareas: el contenido que debe ser descubierto.

Como puede observarse en la **figura 1-7**, las tareas enmarcadas en la flecha central del diagrama deberían suceder de forma secuencial en una entrevista. Además de estas tareas secuenciales el diagrama incluye también las tres tareas que tienen lugar de manera continua a lo largo de la entrevista (flechas): la co-

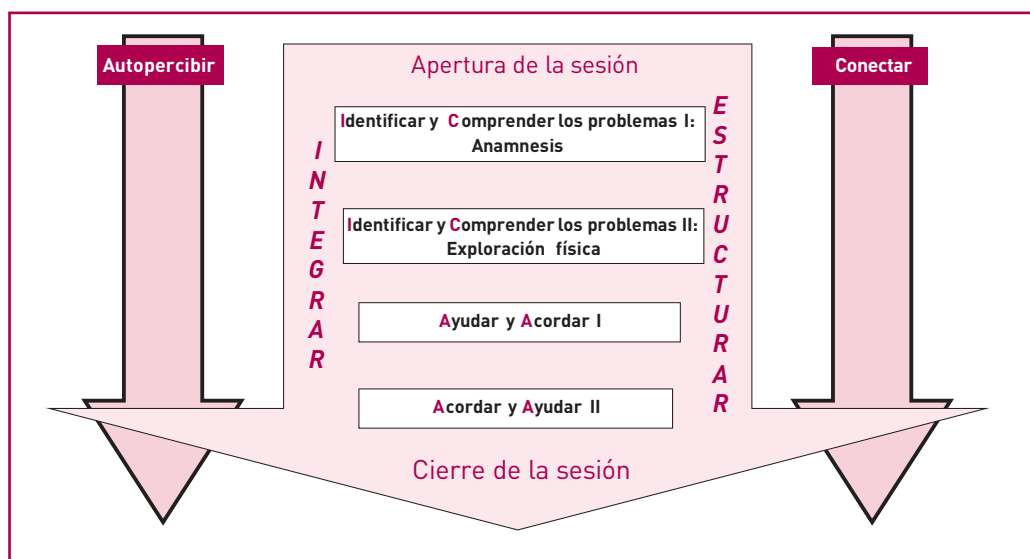


Figura 1-6. Diagrama básico (adaptado de Silverman J, et al., 2005).

nexión o construcción de la relación con el paciente, la autopercepción que debe mantener el profesional sobre su estado personal (percepciones, emociones y sentimientos provocados durante la entrevista) y la estructura que debe guardar la entrevista.

La presente propuesta está inspirada en los trabajos de Kurtz et al. (2003) y de Silverman et al. (2005) modificados y adaptados. Esta manera de integrar forma, contenido y percepción de la entrevista clínica ofrece una estructura en la que los tres componentes encajan ofreciendo una serie de ventajas como son: ordenar la consulta evitando que sea caótica y que se pierdan aspectos importantes de ésta; orientar el uso de las habilidades comunicativas y evitar que éstas se usen al azar. Si el médico no entiende que en la fase de obtención de información es preciso obtener el punto de vista del paciente sobre su enfermedad más allá del que se limita a sus aspectos clínicos, puede entrar en la fase de

acordar y ayudar (explicar y planificar) con pocas probabilidades de éxito, al no haber abordado previamente las auténticas preocupaciones del paciente. Para los estudiantes, aprenderse un listado de habilidades comunicativas solo no es suficiente, es preciso que sepan cómo éstas se organizan dentro de un modelo conceptual que además se basa en la evidencia. El aprendizaje de este tipo de habilidades es de tipo experiencial y por sí mismo es azaroso, por lo que disponer de esta estructura ayuda a «colocar» cada habilidad en su lugar más adecuado (Ruiz Moral et al., 2012). A los educadores este esquema les puede ayudar a dirigir las sesiones prácticas y a orientar a los alumnos sobre «dónde se encuentran éstos en un momento dado», «qué están tratando de conseguir», para así trabajar cómo pueden conseguirlo mejor. Finalmente, esta guía resalta las habilidades que se han demostrado útiles para conseguir objetivos de la consulta, pero no explica sobre cómo

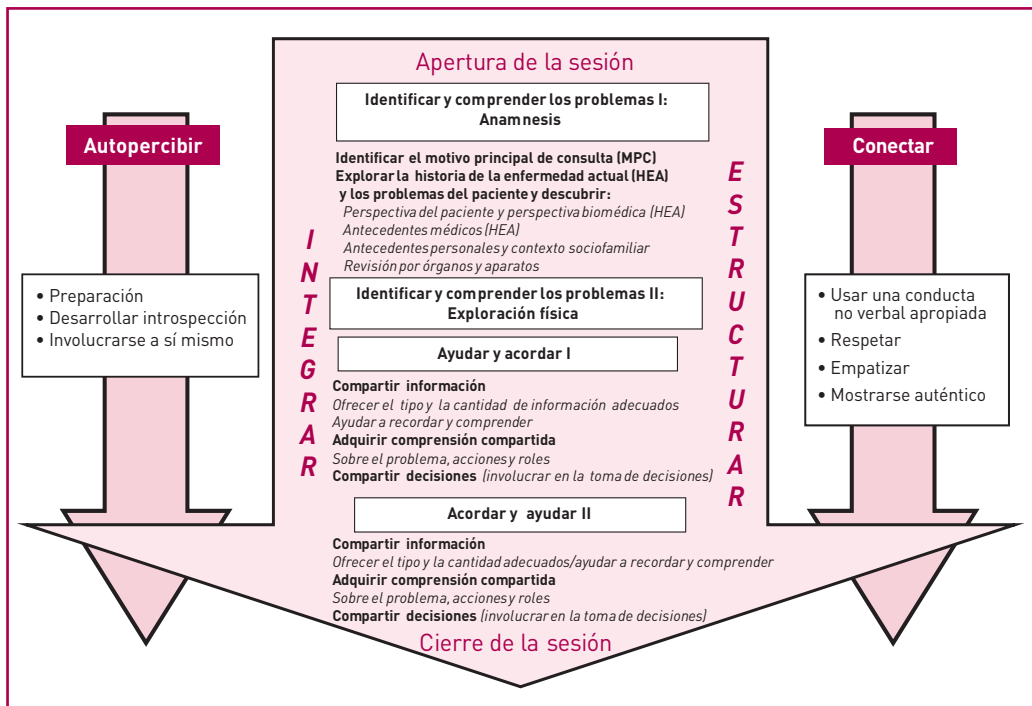


Figura 1-7. Diagrama ampliado (adaptado de Silverman J, et al., 2005).

ponerlas en práctica. Las habilidades comunicativas son muy personales, en el sentido de que cada alumno debe descubrir su propia forma de aplicarlas, incluso de usarlas, en función de su personalidad, creando así su propio repertorio.

■ MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO

Se establece así una propuesta didáctica para la integración de las diferentes habilidades comunicativas de la entrevista médica y sirve de base para el desarrollo de un **currículum nuclear de competencias comunicativas** de un médico (v. Apéndice). Esta propuesta tiene como fundamento último un marco conceptual con diferentes ingredientes: por un lado, toma para su desarrollo y delimitación un modelo antropológico en el que las personas (médico y paciente) son consideradas como seres complejos multidimensionales y en relación. La comprensión de la dolencia del paciente se hace a la luz del marco conceptual que el modelo biopsicosocial ofrece. Se toma la aproximación relacional **centrada en el paciente y la relación** como la condición de posibilidad básica para la identificación y el manejo de los problemas de salud. Dentro del marco conceptual biopsicosocial y en conexión a la aproximación relacional, adquiere una especial relevancia el contexto familiar del paciente y el profesional del médico. Así, desde esta perspectiva distinguimos las siguientes dimensiones sobre las que se definen las competencias comunicativas del modelo y se estructuran los capítulos de este libro:

El paciente

Su dolencia: conlleva la idea de que la comprensión de la dolencia (no sólo de la enfermedad) del paciente y la realización de un diagnóstico de ésta adecuado son más precisas si se considera el marco o modelo biopsicosocial (Capítulo 3).

Su persona: conlleva la idea de que para entender la dolencia y el sufrimiento que ésta causa, el médico debe entender el significado personal que tiene para el paciente y comprender la experiencia individual de dolencia que tiene el paciente (lo que está determinado por su cultura y su biografía) (Capítulo 3).

Su contexto familiar: se justifica por la influencia que el entorno familiar tiene en la salud y la enfermedad del paciente y en el papel que desempeñan sus miembros a la hora de solicitar atención sanitaria (Capítulo 8).

El médico

Su persona: conlleva la consideración de la influencia de las cualidades personales del médico y la necesidad de cultivar el autoconocimiento y responder de manera emocionalmente adecuada para conseguir una mayor eficacia diagnóstica y terapéutica (Capítulo 7).

Su contexto profesional (interprofesional e intraprofesional): se justifica por la dependencia que hoy día tiene el médico del trabajo de otros profesionales, generalmente en el seno de un equipo de trabajo, pero también fuera de éste. En este contexto las relaciones entre profesionales influyen directamente en la calidad de la atención (Capítulo 22).

La relación médico-paciente (díada)

Las tareas y habilidades comunicativas: CICAA. Al considerar la comunicación como un medio para conseguir una serie de objetivos, las principales actividades comunicativas para realizar en la entrevista médica pueden enseñarse y aprenderse como tareas. Se propone el modelo CICAA de entrevista, que incluye estas tareas y que aquí se resumen como sigue:

Conectar: establecer y mantener la relación (Capítulo 2).

Información y comprensión: obtener e integrar la información (Capítulo 3).

Acordar y ayudar: explicar, tomar decisiones e implantarlas (Capítulos 4 y 5).

Cada una de estas tareas se consigue mediante el desarrollo y la aplicación de habilidades conductuales concretas, específicas y observables.

Los canales comunicativos. Hacen referencia a las características particulares de las formas más habituales en las que tiene lugar la comunicación asistencial: **directa (cara a cara)**, **escrita** (Capítulo 24), **tecnologías informáticas** (Capítulo 23).

Contextos comunicativos específicos. Existen situaciones contextuales específicas y que representan desafíos adicionales especiales por su complejidad, que requieren una aplicación especial y flexible de las anteriores tareas y habilidades nucleares o la incorporación de habilidades y elementos comunicativos adicionales:

Situaciones delicadas: dar malas noticias, el duelo y la donación (Capítulo 12), temas sexuales (Capítulo 14), asuntos estigmatizadores como el maltrato (Capítulo 15),

enfermedad mental (Capítulo 17), mala praxis (Capítulo 13).

Manejo de las emociones: estrés, temor, negación, colusión, vergüenza, enfado, agresividad (Capítulo 16).

Diversidad cultural y social (Capítulo 18).

Promoción de la salud y modificación de conductas (Capítulo 9).

Contextos clínicos específicos: psiquiátrico (Capítulo 17), demencia-deterioro cognitivo (Capítulo 19).

Pacientes específicos: niños y padres (Capítulo 21), adolescentes (Capítulo 20), personas mayores (Capítulo 19).

Pacientes con problemas sensoriales (auditivos, visuales, de expresión verbal) (Capítulo 19).

En la **figura 1-8** se muestra una representación gráfica y esquemática de las diferentes dimensiones consideradas para la elaboración y agrupación de las competencias comunicativas nucleares en ciencias de la salud que se describen en el **Anexo**.

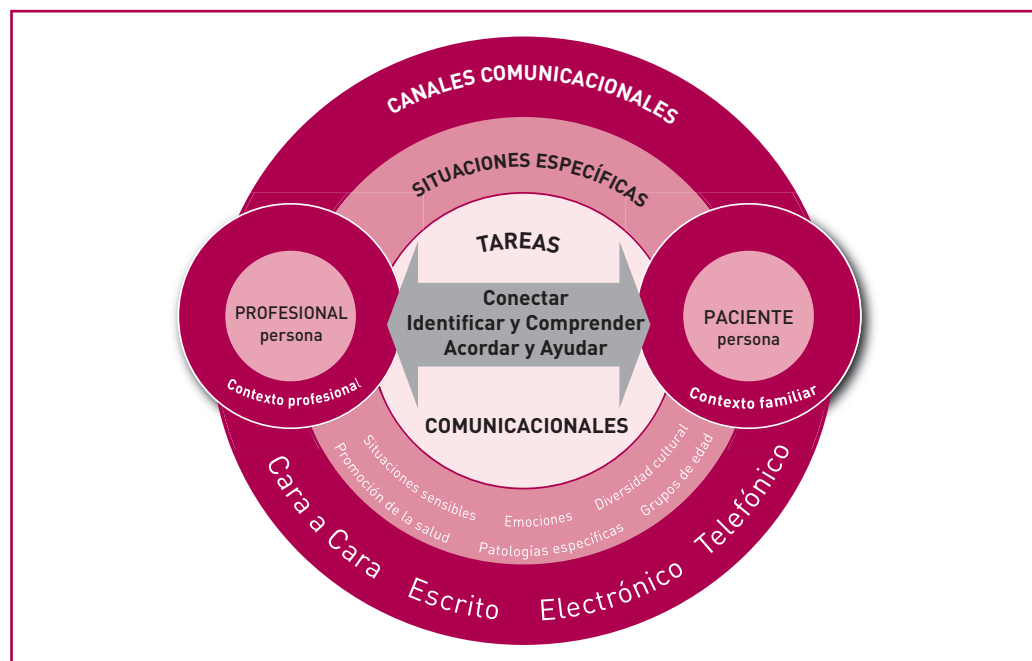


Figura 1-8. Dimensiones clave de la comunicación entre profesional sanitario y paciente y sus componentes (II).

PUNTOS CLAVE



- ✓ La comunicación es una competencia clínica fundamental, ya que a través de ella se desarrollan el resto de las competencias.
- ✓ En el contexto clínico, la efectividad de la comunicación depende de su consideración como interacción (y no como transacción de información) para conseguir unos objetivos específicos.
- ✓ Las habilidades comunicativas son:
 - De contenido (la información que el médico debe obtener y ofrecer: tradicionalmente es lo que se ha considerado como la anamnesis, la exploración física y la información diagnóstica y terapéutica que el médico ofrece).
 - De proceso (la forma en la que el médico lleva a cabo lo anterior. Se suele estructurar en un conjunto de tareas y habilidades relacionales).
 - Autoperceptivas (lo que siente y piensa durante el proceso).
- ✓ Para que una entrevista clínica sea eficaz, el médico debe integrar estas habilidades en función de las características de cada encuentro clínico particular. Para ello se propone la guía CICAA ampliada como método clínico operativo.
- ✓ Las ventajas de esta guía son: ordenar la consulta evitando que se pierdan aspectos importantes de ésta y orientar sobre el uso de las habilidades comunicativas; además, es una buena herramienta para la enseñanza y el aprendizaje de una competencia compleja.
- ✓ Esta propuesta operativa se basa en un marco conceptual sobre la entrevista clínica que es el medio para la delimitación de las competencias comunicativas nucleares del médico.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Epstein RM, Street RL. Patient centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute of Health. NIH Publication nº 07-6225. Bethesda, MD, 2007.
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge Guides. Acad Med 2003;78:802-9.
- Laín Entralgo P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Triacastela, 1998.
- Maturana H, Varela F. El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano. Madrid: Debate, 1990.
- Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC Ediciones, 2004.
- Ruiz Moral R. La relación clínica, hoy. Aten Primaria 2005;35:279-80.
- Ruiz-Moral R, Salido-Morales I, Aguado-Taberné C, Périola de Torres LA, Alba-Díaz A, Guerra-Pasadas F. Programa para ayudar a estudiantes de tercer año a integrar el contenido y la forma en la realización de la historia clínica. Edu Med 2012;15:56-61.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon, Reino Unido: Radcliffe Medical Press, 2005.
- Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Pat Edu Couns 2009;74:295-301.
- Varela F, Thompson E, Rosch E. De cuerpo presente. Las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Gedisa, 1992.
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1983.