

Hablemos de...

Entrevista clínica

MARÍA LUISA ARROBA Y ROSARIO DAGO

^aGrupo Comunicación y salud. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. Madrid. España.

^bGrupo Comunicación y salud. Centro de Salud Castilla la Nueva. Fuenlabrada. Madrid. España.

mlarroba@pap.es; charo_dago@telefonica.net

Al médico especialista en pediatría se le suponen algunas características personales: que le “gusten” los niños, que sepa tratarlos y comunicarse bien con ellos, que comprenda a los padres y a los abuelos, y sobreleve con satisfacción su relación con ellos. En ocasiones, también debe saber relacionarse y compartir información con familias “diferentes”, ya sea por su estructura o por su procedencia sociocultural¹⁻⁴. Cuando terminamos la licenciatura y la especialidad, nos enfrentamos a la realidad: muy pocos médicos y pediatras han tenido la oportunidad de recibir un aprendizaje reglado en comunicación.

Se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar. Esta visión, sin duda idealizada, conlleva otra fantasía: pensar que sea cual sea el tipo de pregunta o la forma de dialogar con los niños y las familias, se obtienen resultados similares. Así, muchas veces identificamos nuestra forma de entrevistar con nuestra forma de ser. Esta actitud nos lleva a sostener que los pacientes y sus familias “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 suele sentar mal o respondemos de forma fatalista: “Qué quieres que te diga, yo soy así”. La entrevista clínica (EC) se considera un medio para obtener datos significativos, negando

las emociones y los sentimientos que encierra toda relación humana. Sin negar el papel instrumental de la EC, entrevistamos para conseguir algo, aunque este “algo” sea a veces simplemente una comunicación o un intercambio de emociones^{2,5-8}.

Todos los pediatras tenemos una forma de entrevistar. Los años de ejercicio sedimentan un conjunto de conductas: el estudio de las técnicas de comunicación permite ensayar nuevas formas de actuar en el contexto de la EC, respetando siempre el estilo de cada profesional^{4,9-12}. Nuestro objetivo es despertar la reflexión sobre el papel de la comunicación en el trabajo cotidiano del pediatra, y el interés de ampliar nuestros recursos y habilidades en el proceso de la EC con el niño y su familia.

Utilidad de las habilidades de comunicación en la práctica clínica

Hay cuestiones que todos los pediatras nos hemos planteado alguna vez: ¿podemos mejorar la relación con los niños y sus familias?, ¿sabemos comunicarnos con nuestros pacientes?, ¿qué características tenemos como entrevistadores? (tabla 1) ¿Por qué, si hemos establecido un diagnóstico de viriasis, la madre sale de la consulta y dice: “Me han dicho que no tiene nada”? Cuando hemos sido pacientes, ¿sabíamos quién se dirigía a nosotros y su nombre?, ¿respetaron nuestra intimidad?^{12,13}

Muchos tratamientos se administran mal o no se cumplen adecuadamente. Cuando tratamos de instaurar o modificar hábitos, ¿las personas cambian sus comportamientos sólo porque les digamos que deben hacerlo?

¿Cuántas veces nos encontramos con una situación difícil en la consulta? ¿Una vez al día, más de una vez al día, varias veces por semana o una vez al mes?

¿Es algo tan raro que ni nos acordamos de la última vez?

El conocimiento de las habilidades de comunicación facilita una conducta sistematizada que previene o ayuda a resolver estos conflictos^{4,12,14-19}.

Los planes oficiales de formación no suelen contemplar el entrenamiento en habilidades de comunicación, que los profesionales clínicos vamos a tener que utili-

Puntos clave

- Las habilidades de comunicación son fruto del aprendizaje profesional, más que una capacidad innata.
- La entrevista clínica es el método de trabajo fundamental de la atención médica en cualquier especialidad asistencial; sentirse poco preparado en comunicación se relaciona con una prevalencia mayor de síndrome de *burnout*.
- Las relaciones profesionales con los pacientes y las familias basadas en una participación activa en la toma de decisiones generan una satisfacción mayor y resultados clínicos mejores.
- Una relación clínica de calidad aumenta la eficacia en la detección y la resolución de problemas clínicos, la satisfacción con la atención recibida y el cumplimiento del tratamiento.
- Las habilidades de comunicación ayudan a establecer una relación clínica gratificante para el pediatra, sus pacientes y los padres.

Tabla 1. Características del entrevistador

Reactividad
Empatía
Asertividad
Calidez
Respeto
Concreción

zar con frecuencia. Se estima que, durante la vida profesional, pueden realizarse entre 100 y 150.000 EC, de manera que es una “técnica” que utilizamos todos los días. Sin embargo, el aprendizaje de la “prisa”, también en la comunicación con los pacientes y sus familias, forma parte del llamado currículo inaparente; es decir, aquellas habilidades, actitudes y valores que no se hacen explícitos en las rotaciones por diferentes servicios, pero que se adquieren de forma inconsciente al observar en las consultas la manera de actuar de los médicos mayores^{2,4,20-22}. Las habilidades de comunicación ayudan a establecer una relación clínica gratificante para el pediatra, sus pacientes y los padres. Una relación clínica de calidad mejora la eficacia en la detección y la resolución de problemas clínicos, la satisfacción con la atención recibida, y la adherencia al tratamiento^{9,21-24}.

La comunicación desde la perspectiva del desarrollo del niño

La capacidad de comunicación de los niños y su comprensión de la salud y del proceso de enfermar cambian con la edad. Es preciso prestar más atención a su papel en la consulta médica: tradicionalmente, los niños no tenían nada que decir^{3,10,22,23,25}. El niño ha de ser tomado “en serio” y considerado como un participante inteligente, capaz y cooperador, con sus propias necesidades cognitivas y emocionales. La cuestión de cuándo un niño puede ser considerado como un participante pleno en la comunicación médica ha de tener en cuenta la edad, 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 los padres^{4,5,22}. Y, ¿qué decir de la barrera lingüística, cada vez más frecuente en nuestro medio? Los niños se convierten, en ocasiones, en intérpretes entre familia y pediatra. También hay dificultades en la comunicación con niños y adolescentes que tienen una enfermedad que puede afectar la vida^{1,2,13,15}. En la consulta pediátrica, tiene relevancia el acompañante habitual del paciente y, en ocasiones, si viene más de un familiar. Hay técnicas para “acomodarlos” (tabla 2). Hacemos resaltar la situación actual que hay en cuanto a cuidadores múltiples, como canguros, vecinas, o los “niños de la llave”, etc., lo que supone una dificultad añadida.

Tabla 2. Técnicas para acomodar a los acompañantes

Invasivo o interventor
Vaciado de la interferencia
Frase puente (dirigida al niño)
Pacto de intervención
Creación de un nuevo entorno
Pasivo
Implicación no verbal o verbal
Preguntas directas
Frase puente

La comunicación es una técnica fundamental en el trabajo diario del pediatra. Es necesario y útil ampliar nuestros recursos y habilidades en el proceso de la entrevista clínica (EC) con el niño y su familia.

Los pediatras ya tenemos una forma de entrevistar: el estudio de las técnicas de comunicación nos permite ensayar nuevas formas de actuar en el contexto de la EC, respetando siempre el estilo particular de cada profesional.

La importancia de la EC se comprende mejor al valorar su carácter relacional, exploratorio y resolutivo. No sólo compartimos información cuando nos comunicamos con los niños y sus padres, sino también emociones.

En los primeros momentos de una entrevista tienen lugar interacciones verbales y no verbales, que suponen empezar una relación asistencial con buen pie o de manera poco propicia.

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^{10,20,22,23}. 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 los niños y sus médicos^{15,20}. Una comunicación más directa entre un niño y su pediatra contribuye a una mejor relación clínica en términos de satisfacción y adherencia al tratamiento^{13,22,25}.

Una propuesta: la entrevista clínica semiestructurada

La EC semiestructurada (ECS) estructura y ordena, sin rigidez, lo que hacemos todos los días, e incorpora a nuestro quehacer técnicas que nos facilitan el trabajo^{5,6,18,19,24}.

- En la parte exploratoria, averiguamos el motivo de consulta (tabla 3). Un recibimiento cordial, una mirada de acogida muestran nuestro interés^{6,11,18,21}. La exploración física (EF) es casi siempre parte de la EC pediátrica. Con frecuencia, la anamnesis es pobre y sólo contamos con la EF para orientar el diagnóstico. Es posible que el niño perciba que le podemos hacer daño. Debemos no mentir, pedir permiso o explicar lo que vamos a hacer en un tono de voz bajo, respetando su intimidad. La EF ha de ser cómoda para el paciente y para nosotros, dejar lo que pueda molestar para el final, y permitir que el niño toque los instrumentos que tenemos en la mano y mantenga contacto con su familia^{3,9,10,22,23}.

- En la parte resolutiva, el pediatra decide la mejor conducta a adoptar: explica problemas detectados, educa en nuevos há-

Las barreras comunicativas debidas a diferencias culturales o lingüísticas tienen una repercusión especial en el manejo de los niños enfermos.

Los estudios realizados sobre la comunicación en la consulta médica nos han ayudado a comprender la manera en que médico y paciente intercambian la información, cómo se produce la motivación y la responsabilización en las decisiones, o las diferentes formas en que surgen y se resuelven los conflictos comunicativos.

El conocimiento de las habilidades de comunicación facilita una conducta sistematizada que previene y ayuda a resolver situaciones conflictivas en el proceso asistencial.

Es útil consolidar, como hábitos de trabajo, la cordialidad (una mirada, una sonrisa), la escucha (dejar hablar al paciente) y saber crear un clima de tranquilidad y sosiego.

Las habilidades comunicacionales ayudan a establecer una relación asistencial satisfactoria y clínicamente efectiva.

Tabla 3. Técnicas en la parte exploratoria de la entrevista

Recibimiento cordial
Pregunta abierta
Delimitar demanda, ¿y algo más?
Técnicas de apoyo narrativo
Técnicas para obtener información específica
¿Problemas previos?
Exploración física

Técnicas de apoyo narrativo

Crear un clima de confianza: empatía, baja reactividad, silencios adecuados, facilitaciones

Favorecer la elaboración de percepciones, ideas, emociones: frases por repetición, clarificación, señalamientos, interpretación

Técnicas para obtener información concreta

Preguntas cerradas

Menú de sugerencias

Preguntas abiertas

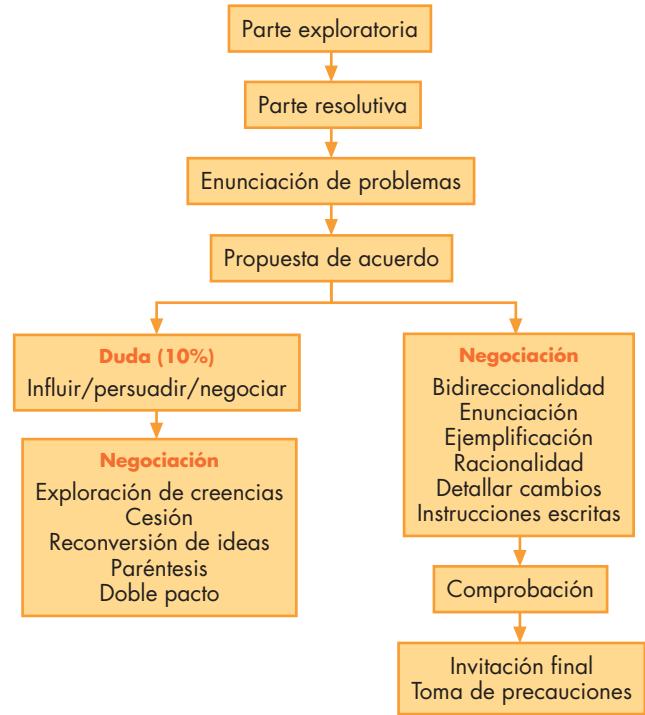


Figura 1. Técnicas en la parte resolutiva de la entrevista.

bitos, explora creencias previas o negocia las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas. La información gana protagonismo; pero informar no es lo mismo que educar^{13,16,20,24}. La educación es un proceso más global que trata de modificar conductas y creencias del paciente. La información emitida debe ser formal, comprensible y entretenida, e incluir a los niños activamente en la conversación. Se recuerda mejor lo que se menciona en primer lugar, lo que está relacionado con conocimientos previos y lo que entendemos como verdaderamente importante para nuestra salud^{13,14} (fig. 1).

Ahora bien, cuando al informar al niño o a sus padres notamos que no aceptan o no les satisface el plan propuesto, queramos o no, estamos frente a una negociación^{6,10,24,25}. Requiere por parte del entrevistador una actitud reflexiva equivalente a decir: “¿Y si efectivamente tuviera razón?” “¿Y si lo que desea decirme fuera de interés?”. La ECS propone un conjunto de técnicas para pactar una futura actuación (fig. 2). En el cierre de la entrevista, aparte de la despedida, terminamos con una toma de precauciones^{6,19}, como, por ejemplo: “Si persiste la fiebre más de 3 o 4 días, no dude en consultar de nuevo”.

Algunas reflexiones

Durante el período de formación en medicina y pediatría, el estudiante o residente, en sus rotaciones, vive entre la tensión de aprender a establecer un buen diagnóstico y/o tratamiento y las habilidades de comunicación, entre los valores morales “oficiales” y las actitudes reales que observa en sus tutores^{2,17,21}.

¿En qué medida las guías de comunicación eficaz están basadas en la evidencia o influidas por la “moral”? Los estudios realizados sobre la consulta médica como interacción comunicativa nos han ayudado a comprender algunos de los procesos relacionales trascendentes en todo acto clínico: la manera en que médico y pa-



El niño es un participante inteligente, capaz y cooperador, con sus propias capacidades cognitivas y emocionales. Incluir a los niños en la conversación médica no prolonga la visita.

Es inevitable que los clínicos encuentren, durante su vida profesional, problemas de los pacientes frente a los que no sepan qué hacer. El entrenamiento para afrontar esas situaciones forma parte del aprendizaje de las técnicas de comunicación.

Las habilidades de comunicación ayudan a establecer una relación clínica satisfactoria para el pediatra, sus pacientes y los padres. Una relación clínica de calidad mejora la eficacia en la detección y la resolución de problemas clínicos, la satisfacción con la atención recibida, y la adhesión al tratamiento.

Figura 2. Negociación: respuesta evaluativa.

ciente intercambian la información, cómo se produce la motivación y la corresponsabilización en las decisiones, o las diferentes formas en que surgen y se resuelven los conflictos comunicativos. La entrevista pediátrica debe ser objeto de aprendizaje e investigación científica en nuestro medio, y sólo entonces seremos capaces de incorporar a nuestros conocimientos estrategias de comunicación capaces de mejorar nuestro perfil^{1,4,17,18,20}.

¿Cuál es la manera más eficaz de aprender y enseñar las técnicas de comunicación? Es un acto más práctico que teórico, su aprendizaje ha de permitir la reflexión y la participación: mediante seminarios o talleres que incluyan la dramatización de papeles (paciente, padres, pediatra), y ofrezcan la oportunidad de reproducir la EC de cada día. También es útil la visualización y el análisis de grabaciones en video con guiones preestablecidos de situaciones habituales en nuestras consultas pediátricas, o directamente recogidas de nuestro quehacer diario^{2,4,9,12,16}.

Estas habilidades no son un camino para imponer un esquema relacional fuertemente autoritario. Pueden utilizarse para mejorar la relación asistencial, pero también para manipular al paciente. Por ello, insistimos en que todas estas habilidades de comunicación deben sustentarse en un interés genuino por el paciente y su familia y un respeto por su libertad^{7,8,10}.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

- Committee on Pediatric Workforce. American Academy of Pediatrics. Ensuring culturally effective pediatric care: implications for education and health policy. *Pediatrics*. 2004;114:1677-85.
- Wissow LS, Larson S, Anderson J, et al. Pediatric resident's responses that discourage discussion of psychosocial problems in primary care. *Pediatrics*. 2005;115:1569-78.

- Tates K, Meeuwesen L. "Let mum have her say": turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling*. 2000;40:151-62.
- Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996;150:638-42.
- Rudolf MCJ, Storr E. Tell me a story... What can paediatricians gain from reading stories? *Arch Dis Child*. 2003;88:635-7.
- Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
- Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*. 1999; 113:173-5.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:23-6.
- Van Dulmen AM. Children's contribution to pediatric outpatient encounters. *Pediatrics*. 1998;102:563-8.
- Van Dulmen AM, Holl RA. Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *Eur J Pediatr*. 2000;159:489-95.
- Griffith CH, Wilson JF, Langer S, et al. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2003;18:170-4.
- Sahler OJZ, Frager G, Levetown M, et al. Medical education about end-of-life care in the pediatric setting: principles, challenges, and opportunities. *Pediatrics*. 2000;105:575-84.
- Rodríguez Núñez A, Crespo Suárez P, De Oliveira Pereira Caldas CM, 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.
- Starke M, Möller A. Parent's needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. *J Child Health Care*. 2002;64:245-57.
- Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC, et al. Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ*. 2003;326:305-9.
- Greenberg LW, Ochenschlager D, O'Donnell R, et al. Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics*. 1999; 103:1210-7.
- Ruiz-Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Férula de Torres LA, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2002;29:132-44.
- White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way..." The Closing Moments of the Medical Visit. *J Gen Intern Med*. 1994;9:24-8.
- Borrell F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice. A call for self-awareness. *Ann Am Med*. 2004;2:310-6.
- Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, et al. Physician Communication with Children and Parents. *Pediatrics*. 1982;70:396-402.
- Ruiz-Moral R, Parras-Rejano JM, Alcalá-Partera JA, Castro-Martín E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. *Aten Primaria*. 2005;36:537-43.
- Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Soc Sci Med*. 2001;52:839-51.
- Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, et al. Doctor-parent-child relationship: a "pas de trois". *Patient Educ Couns*. 2002;48:5-14.
- Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*. 2004;33:361-7.
- Nova C, Vegni E, Moja EA. The physician-patient-parent communication: a qualitative perspective on the child's contribution. *Patt Educ Couns*. 2005;58:327-33.