

¿Son útiles las técnicas circulares y reflexivas en la entrevista clínica del médico de familia?

Sr. Director: Parece deseable que, desde los primeros contactos del consultante con el sistema sanitario, se tenga en cuenta la red biopsicosocial en la que se encuentra incorporado para fomentar desde un principio su independencia del aparato sanitario¹.

La estrategia de la entrevista parece influir decisivamente en las posiciones que adquiere cada uno de los participantes, médico y consultante, durante el encuentro. De ahí la descripción de varios tipos de entrevista²⁻⁴.

Valoramos la posibilidad de aplicación de una entrevista con preguntas circulares y reflexivas en la consulta del médico de familia y la relevancia de la información/intervención obtenida desde la perspectiva del médico. Realizamos un ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 8 médicos del Centro de Salud Portada Alta de Málaga, elegidos al azar entre los 12 médicos del centro y que aceptaron participar. Analizamos 56 entrevistas ($\alpha = 0,05$, $\beta = 0,20$, contraste bilateral, diferencia significativa que debe detectarse 0,35).

Se realizó una asignación de 7 entrevistas por médico entregando una tablilla con el tipo de entrevista que tenía que realizar. El modelo de entrevista se asignó de forma aleatoria siguiendo el listado de los pacientes citados ese día. Se pidió permiso a los pacientes para que el médico participara con su entrevista en el estudio. Se valoraron los datos brutos y se compararon los grupos mediante prueba de la χ^2 y la prueba exacta de Fisher, realizando un análisis según decisión de tratar⁵.

El factor de estudio está constituido por 2 modelos de entrevista clínica. El modelo A se corresponde con la tradición médica hipocrática. El modelo B se diseñó incorporando una apertura basada en la propuesta de complementariedad por parte del médico al presentarse como una ayuda creando

TABLA 1
Contraste de hipótesis (%)

Variable	Entrevista A	Entrevista B	p
Grado de acomodación			
Muy cómodo	19 (66)	12 (44)	0,039 (NS)
Cómodo	10 (34)	15 (56)	
Relevancia de la información sobre recursos personales			
Mucho interés	9 (31)	12 (44)	0,5253 (NS)
Algo de interés	11 (38)	7 (26)	
Nada de interés	9 (31)	8 (30)	
Relevancia de la información sobre la red familiar			
De interés	8 (28)	21 (78)	0,00019
Sin interés	21 (78)	6 (22)	

un estado cognitivo de suposición: «Usted ya está haciendo lo posible. Úseme». Se sigue de una pregunta de reconocimiento de la competencia del propio paciente y termina con una intervención de circularidad al invitar a un tercero, habitualmente ausente, a entrar como figura activa en la afección y en la curación.

En ninguno de los 2 modelos los médicos se sintieron incómodos. Parece existir una tendencia que no alcanzó la significación a encontrarse mejor en el modelo de linealidad causal. No se registraron diferencias en la percepción de utilidad de la participación de los pacientes en la construcción del problema y en sus soluciones. No sabemos si aportaron lo mismo o si no aportaron nada sustancial. La tercera opción se destacó para la entrevista tipo B en la que los médicos manifestaron que la información recibida les fue de interés, aunque no sabemos si de utilidad para los cuidados del paciente (tabla 1).

Al igual que sucede en otros estudios, se detectó una menor valoración de la entrevista centrada en los recursos y red familiar del paciente⁶.

La pregunta reflexiva a partir de la cual construir la «agentividad» del consultante no parece aportar elementos diferenciales. Aunque era de esperar que la pregunta circular aportase una información cualitativamente diferente puesto que no tenía una contrapartida clara en la entrevista A, no obstante, nos parece muy importante que haya sido valorada como de mucho interés por los médicos.

En conclusión, creemos que el médico de familia se acomoda mejor al tipo clásico de entrevista, aunque es capaz de adaptarse bien a otras modalidades. No existen dife-

rencias significativas en la información sobre los recursos personales del paciente ante la enfermedad proporcionada por un tipo u otro de entrevista. La información obtenida sobre la red familiar que posibilita la pregunta circular tuvo un alto grado de interés para los médicos.

José Ramón Boxó Cifuentes

Centro de Salud Puerta Blanca.
Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud
SÁMFyC. Málaga. España.

1. Tizón JL. Aten Primaria. 2000;26:101-7.
2. Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder; 1997. p. 52-4.
3. Selvini MP, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing-circularity neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Family Process. 1980;19:3-12.
4. Tomm K. Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. Family Process. 1987; 226:167-83.
5. Argimón Pallás J, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Harcourt; 2000.
6. Torío Duránte J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica II: opinión y preferencias de los médicos. Aten Primaria. 1997;19:63-74.

Palabras clave: Entrevista clínica.
Técnicas de entrevista. Médico de familia.