

## Tema 10

### La entrevista diagnóstica

#### **Componentes**

- A. Inicio o apertura
- B. Información sobre el motivo de consulta y la enfermedad actual
- C. Información sobre los antecedentes
- D. Cierre

#### **Técnicas de comunicación**

- 1. Transiciones
- 2. Valoración de la gravedad
- 3. Tipos de preguntas
- 4. Procedimientos de facilitación. Señales de escucha

#### **Síntesis: Comunicación en la fase de motivo de consulta**

La comunicación directa entre médico y paciente se establece en dos momentos: la entrevista diagnóstica y la entrevista para la prescripción. De esta última se ocupa el tema 11. La entrevista diagnóstica se caracteriza por la recogida de información para elaborar la historia clínica y formular el diagnóstico (a partir del autoinforme).

Además de la entrevista, la información se obtiene a partir de la exploración física. Una y otra aportan la información para formular hipótesis diagnósticas (**diagnóstico de presunción**) y solicitar las exploraciones complementarias adecuadas para llegar al diagnóstico definitivo.

#### **Componentes**

La entrevista diagnóstica puede tener de distintas modalidades. La más habitual consta de cuatro partes:

- 1. Inicio o apertura
- 2. Información sobre el motivo de consulta y la enfermedad actual
- 3. Información sobre los antecedentes
- 4. Final o cierre.

#### **1. INICIO O APERTURA**

En esta fase se establece la toma de contacto entre el profesional, el paciente y, en caso de que exista, su acompañante.

**Contenidos:**

Presentación

Información sobre los datos básicos: nombre, edad, profesión, fecha y lugar de nacimiento, lugar de residencia.

Preguntar por el motivo de consulta (*¿Qué le pasa?*)

## 2. INFORMACIÓN SOBRE EL MOTIVO DE CONSULTA Y LA ENFERMEDAD ACTUAL

Ésta es la fase decisiva de la entrevista. La información que se obtenga en ella va a orientar el diagnóstico y, en gran medida, el tratamiento. Es crucial que sea la mejor información posible, la que permita formular las hipótesis diagnósticas más acertadas, sin distorsiones ni condicionamientos. Por tanto, es en esta fase donde las habilidades de comunicación cobran su mayor importancia.

### Contenidos de información:

El profesional tiene que terminar esta parte de la entrevista habiendo obtenido información sobre:

- por qué ha acudido el paciente (y por qué lo ha hecho en ese momento).
- **qué tiene el paciente:** en qué sentido lo que refiere constituye un **cambio**, cómo estaba antes; cómo lo ha detectado.
- **desde cuándo** lo tiene o cuándo se hallaba previamente bien
- **a qué lo atribuye**
- qué atenúa o agrava el problema; qué hace el paciente para controlarlo
- el "coste" del problema, entendido en términos de las limitaciones que introduce en la autonomía de la persona
- los recursos que ha desarrollado el propio paciente y su entorno para sobrellevar de la mejor forma posible el problema que ha aparecido, es decir, qué recursos han generado para adaptarse al cambio

Esta fase tendría que cerrarse sólo cuando el profesional estuviera en grado de formular las dos o tres hipótesis diagnósticas más probables (o plausibles) con razonable seguridad, o, como mínimo, tuviera una idea de qué órgano o aparato puede ser el responsable

## 3. INFORMACIÓN SOBRE LOS ANTECEDENTES

Esta fase puede faltar si no es la primera vez que el paciente acude a ese profesional, porque ya constan los datos en la historia clínica previamente realizada.

Esta fase se destina a obtener información de contexto, tanto personal como familiar, que pueda matizar o confirmar los datos obtenidos en la fase anterior y permita valorar la repercusión del cambio en la vida del paciente. También tiene como objetivo obtener algunas de las informaciones necesarias para elaborar el programa terapéutico: por ejemplo, horarios, preferencias, condiciones laborales, etc.

### Contenidos de información:

- Los antecedentes personales fisiológicos y los hábitos y estilos de vida. Los más importantes y generales son sueño, ingesta, sexo y trabajo. Hábitos y factores de riesgo.
- Los antecedentes personales patológicos

- Los antecedentes familiares, en los que se busca, sobre todo, si existe alguna enfermedad que se repita en la familia y la información habitual sobre enfermedades tales como la hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, etc.

#### 4. CIERRE

En esta fase, que va precedida, habitualmente, por la exploración física, se informa sobre las pruebas complementarias que se van a solicitar y su fundamento o propósito, formulando, siempre que se pueda, una orientación diagnóstica básica para el paciente.

##### Contenidos:

Comunicar la impresión diagnóstica, estando preparados para contestar (o no contestar) a la pregunta: *¿Es grave?*

Formular y justificar la petición de exploraciones complementarias

Citar para la próxima visita.

#### Técnicas de comunicación

A continuación se describen algunos elementos de la comunicación y que pueden influir, por tanto, en la calidad de la información que se obtenga. Son numerosos, y su aprendizaje y consolidación requieren tiempo y práctica. Pero hay un principio general que los preside a todos y que puede formularse así: Las entrevistas, todas, destinadas a recabar o dar información, a prescribir o a hacer un seguimiento, son actos médicos y, como todo acto profesional, exigen **preparación**.

La **Preparación** ha de entenderse en el sentido de tener un conocimiento funcional (es decir, de aplicación) de:

A. los esquemas de contenidos (por ejemplo, dolor) para asegurarse de recoger en cada caso toda la información pertinente

B. las preguntas más eficaces para obtener la información correspondiente a cada contenido

C. los posibles retos o momentos conflictivos de una entrevista y del bagaje de recursos (verbales o no) para evitarlos o resolverlos adecuadamente.

Para adquirir estos conocimientos, existen diversos medios: realizar entrevistas simuladas es uno de ellos y muy eficaz. Pero el más importante es recurrir al más válido y universal de los recursos: la observación de los profesionales expertos. Observar cómo afrontan los “veteranos” los momentos difíciles de la entrevista y adquirir una serie de procedimientos para estas ocasiones y, en general, para formular las mejores preguntas posibles.

#### TRANSICIONES

En toda entrevista diagnóstica existen, por lo menos, dos momentos que pueden resultar problemáticos sobre todo para el profesional menos experto. El primero se da cuando se pasa de recoger información sobre la enfermedad actual a averiguar los antecedentes. El segundo, cuando, tras la exploración física, se pasa a pedir las exploraciones complementarias.

El paso de una fase de la entrevista a otra puede ser muy suave. Por ejemplo, en la descripción del motivo de consulta el paciente ha explicado que últimamente le cuesta conciliar el sueño. El profesional puede hacer referencia a esta información (*Me ha dicho que tiene dificultad para dormirse. Hábleme más de sus hábitos de sueño*) y seguir con el resto de los hábitos y antecedentes fisiológicos, para pasar a los patológicos del paciente y de su familia.

Pero no siempre se tiene la oportunidad o la sagacidad de “hacérselo venir bien” y la transición puede resultar más o menos desconcertante. Las transiciones se hacen menos bruscas cuando se utilizan “enlaces”. *Hemos tocado las enfermedades que ha habido en su familia, ahora me gustaría hablar de sus propios antecedentes.* En general, es suficiente con explicar por qué se produce el cambio de tema y qué interesa saber, en cada caso.

### VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

En cualquier momento de la entrevista, pero típicamente al final, antes de despedirse, suele producirse otro momento potencialmente problemático: cuando el paciente o el acompañante preguntan: *¿Es grave? ¿Tiene cura?*

Si tiene experiencia y empatía, el médico preve estas fuentes de preocupación y se anticipa a ellas, haciendo referencia, sin esperar la pregunta, al pronóstico o a lo que es previsible que preocupe al paciente.

Sea por iniciativa propia o como respuesta a la cuestión del paciente, el profesional ha de ser honesto, hacer referencia a la falta de información y evitar aventurarse en afirmaciones que carecen de fundamento o que no está autorizado a hacer, por un mal entendido deseo de tranquilizar al paciente a toda costa. *No tengo elementos para decir si se trata de algo banal o más importante. Aún no me puedo pronunciar.*

### INFORMACIONES DE CONTENIDO EMOCIONAL

A lo largo de toda la entrevista el paciente puede ofrecer información sobre aspectos biográficos de contenido emocional o que vive como problemas. Otras veces, esta modificación del estado del ánimo aparece tras la información que le damos.

También en este caso, la empatía permite anticipar la respuesta emocional: *Esto que me explica recuerda lo que tuvo su familiar, y Vd, en seguida ha pensado en lo peor, ¿verdad?* Es conveniente comunicar que se entiende y se encuentra razonable lo que siente el paciente (*Es comprensible que esté Vd. preocupado*), que no se es indiferente a sus sentimientos y que el profesional es capaz de ponerse en su lugar. En caso de no saber cómo actuar, se puede recurrir a mantener un breve silencio y luego continuar con el curso de la entrevista. Dar “acuse de recibo” y “aparcar” y, si se ve conveniente, volver.

Por encima de todo, hay que huir de los consejos rutinarios del tipo *No se preocupe* (sin decir por qué no tendría que hacerlo) o *Piense en positivo*. No son propios del ámbito ni del lenguaje clínico. Este tipo de respuestas estereotipadas suelen aparecer cuando se improvisa y es un grave error dejar estas cuestiones a la improvisación. El profesional pasará un mal rato y la inseguridad se transparentará en sus palabras. Por otra parte, cuando aparentemente se improvisa no se inventa sino que se recurre a lo que se aprendió y usó en otros contextos. En la vida de cada día, por ejemplo, decir: *No se preocupe. Hemos de confiar en que no sea nada*, puede ser adecuado. En un ámbito asistencial, suscita fundadas dudas sobre la competencia profesional del médico.

### TIPOS O ESTILO DE PREGUNTAS

El principal procedimiento para obtener información son las preguntas. Pueden equipararse a perros de caza que levantan la presa, o sea, los datos que el profesional necesita.

Las preguntas pueden ser:

- A. Relevantes y concretas
- B. Comprensibles

C. Genéricas o particulares

D. Abiertas o cerradas

## A. Preguntas relevantes y concretas.

Hay que tener presente que médico y paciente tienen diferentes modelos, conceptos de enfermedad y criterios de lo que es importante.

El tiempo es limitado y es probable que el paciente no sepa exactamente lo que quiere saber el médico. Para ello va a ser necesario utilizar preguntas **relevantes**, importantes para el proceso en cuestión, que van a ayudar a centrar al paciente y a impedir que se pierda en relatos sin interés.

La relevancia de las preguntas depende también de los conocimientos médicos y de lo acertadas que sean las primeras hipótesis que el profesional ha formulado.

Se suele obtener mejor información con preguntas **concretas**. Por ejemplo:

- Preguntar por una cantidad específica, en lugar de una estimación global. *¿Cuántas veces se levanta para orinar, durante la noche?* es preferible a *¿Orina a menudo durante la noche?* *En general, ¿cuántas horas pasa sentado al día?* es mejor que *¿Es de hábitos sedentarios?*
- Siempre que se pueda, se obtiene una información más objetiva haciendo referencia a indicadores, en lugar de pedir al paciente una impresión global, que puede ser distinta de la nuestra. Por ejemplo, en lugar de preguntar: *¿Se le hinchon las piernas?*, puede obtenerse mejor información preguntando: *¿Ha notado estos últimos días que los calcetines le aprietan más y le dejan más marca?*

## B. Preguntas comprensibles.

Para que las preguntas sean comprensibles hay que escoger y adaptar cuidadosamente las palabras, el lenguaje al paciente y conseguir que la construcción de la pregunta sea lo más simple posible.

No existen criterios intrínsecos de “comprensibilidad” válidos para todos los individuos y todas las situaciones. Puede que el paciente no entienda pero que no se dé cuenta o le dé apuro preguntar aclaraciones. Cuando se sospecha esto y el punto es importante es necesario comprobar su comprensión haciéndole preguntas dirigidas a este fin.

Otras veces es la comprensión del profesional la que se trata de comprobar. Por ejemplo, preguntando *¿En qué sentido dice Vd. que se cansa mucho?* O bien *A ver si le he entendido correctamente. Así dice que...*

## C. Preguntas genéricas o particulares

Al profesional le interesa conocer las tendencias generales de lo que le pasa al paciente. Pero la respuesta que se obtenga a la pregunta directa (por ejemplo *En general, ¿se encuentra cansado?*) puede informar mal, porque lo general, lo habitual y, sobre todo, lo normal, para un paciente puede ser muy distinto que para un profesional.

Para obtener esta información puede resultar más conveniente preguntar la descripción de algo concreto y particular y pedir al paciente que valore en qué grado es representativo de una pauta general. *¿Qué comió ayer?* *¿En que se distingue de lo que come cualquier otro día?*

Algo parecido puede hacerse preguntando por un ejemplo representativo en lugar de principios generales.

Ejemplos: *Imagínese que acaba de encender un cigarrillo. ¿Qué es lo más probable que haya pasado inmediatamente antes?* Proporciona una mejor información que *¿Qué suele inducirle a fumar?* E incomparablemente mejor que *¿Por qué fuma?*

*Imagine que está Vd. en el metro y éste se para entre dos estaciones. ¿Cómo reaccionaría?* genera mejor información que *¿Suele angustiarse en lugares cerrados?*

#### **D. Preguntas abiertas o cerradas.**

Las preguntas abiertas requieren una respuesta amplia y permiten obtener una información relativamente poco condicionada por el profesional. Dentro del contexto de una anamnesis, y para recabar información sobre los hábitos y estilos de vida del paciente, el procedimiento de obtención de información más amplia y menos condicionadora posible es pedirle la descripción de un día típico.

Las preguntas cerradas son aquellas que se pueden contestar con una palabra y, en su máxima expresión, con monosílabos (*Sí* o *No*). *¿Cuántas veces se despierta durante la noche?* *¿Cuántas cucharaditas de azúcar se pone en el café?* *¿Le duele al levantarse?*

Ejemplos: *¿Se despierta Vd. a menudo?* (pregunta cerrada) en contraposición a *¿Cómo duerme en la actualidad?* (pregunta abierta).

Uno y otro tipo son indispensables, pero tienen un *timing* diferente. De entrada, sobre todo en la fase de la descripción del motivo de consulta, interesa no condicionar al paciente ni influir en su información. El procedimiento más adecuado es empezar por preguntas abiertas y luego precisar la información mediante preguntas cerradas. Así no preguntaremos, de entrada, *¿Duerme Vd. bien?* sino *¿Cómo duerme, Vd?* ni *¿Toma algún calmante cuando tiene dolor de cabeza?* sino *¿Qué hace cuando tiene dolor de cabeza?*

Luego se pasará a formular todas las preguntas cerradas necesarias para precisar la información expresada en la respuesta abierta

#### **PROCEDIMIENTOS DE FACILITACIÓN CUANTITATIVA. SEÑALES DE ESCUCHA**

Dentro de este apartado se encuentran los recursos para conseguir que el entrevistado dé el máximo de información, hable o se revele lo más posible. Son señales para el paciente de que se le escucha e interesa lo que dice. Muchos de ellos, asimismo, son señales de atención social, que es, como se sabe, un poderoso reforzador.

##### **Tipos y ejemplos**

- Utilizar o hacer referencia a las palabras del paciente (*feedback*). Probablemente es el signo de escucha más efectivo. Además, contribuye a clarificar la percepción que el paciente tiene de sí mismo y de sus dolencias y permite recapacitar al médico y reflexionar en voz alta sobre los síntomas y el diseño de la actitud terapéutica: *Usted me dijo que le costaba respirar... ¿Desde cuándo le ocurre esto?*
- Asentir lo que comenta el paciente, ya sea con las palabras o con gestos
- Animarle a que se siga aportando información. *Explíqueme más sobre este punto.*
- Escribir-mirar. Levantar la cabeza del papel en que se toman notas para mirar al paciente y así poder seguir lo que dice con mayor interés.
- Formular preguntas de ampliación: *Supongamos que no tuviera esto que me acaba de contar. ¿Estaría completamente bien o tendría alguna otra molestia, algún otro problema?*
- El uso del silencio, que ha de ser moderado y bien dosificado, para no provocar ansiedad.

- Como ejemplo negativo, hay que citar los comentarios morales o juicios que pueden interrumpir la relación de hechos e incluso llevar a omitir información. Ejemplos: *¿Sigue Vd. una dieta sana? ¿Ha caído Vd. en el consumo de alguna otra droga?*

## **SÍNTESIS: COMUNICACIÓN EN LA FASE DE MOTIVO DE CONSULTA**

Puesto que es la fase más importante, presentamos un ejemplo de la aplicareción de estos principios de comunicación a la fase en que se averigua el motivo de consulta y la enfermedad actual.

Pasos del procedimiento:

- a) Saber con qué tiempo se cuenta y administrarlo en consecuencia.
- b) Dejar hablar al paciente. Callar, asentir y presentar otros signos para facilitar que hable
- c) No hacer preguntas, de entrada, o hacerlas sólo de tipo retórico y muy abierto: *¿Qué le pasa? ¿Cómo es este dolor?* o repetir las palabras del paciente. Hay que evitar, sobre todo, que el motivo de consulta se exponga sólo como un conjunto de respuestas al interrogatorio del profesional, porque se corre el riesgo de distorsionar la información al haberla inducido con nuestras preguntas.
- d) Cuando el paciente ha finalizado la exposición de sus síntomas introducir las preguntas (cerradas, en general) que van a concretar mejor el problema, de manera que quede clara la información que se está buscando

### **Acabar la entrevista:**

- preguntando qué es lo que más le preocupa, si ha explicado varios síntomas
- averiguando si le preocupan otros problemas además de los que ha mencionado.
- haciendo un **resumen** de la información recogida, para asegurarse de que es correcta.