

LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

ÍNDICE

Preguntas guía

CONTENIDOS: COMPONENTES

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

PROCEDIMIENTOS: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN

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

SÍNTESIS: LA COMUNICACIÓN EN LA FASE DEL MOTIVO DE CONSULTA

Actividades de aplicación

PREGUNTAS GUÍA

Pg_01

Ordene estos acontecimientos en orden cronológico

- Diagnóstico definitivo
- Petición de exploraciones complementarias
- Anamnesis
- Exploración física
- Diagnóstico de presunción

Pg_02

Cite los tres principales contenidos de información del motivo de consulta.

Pg_03

Dentro de los antecedentes fisiológicos, se recoge información sobre los hábitos y estilos de vida del paciente. Enumere los que son más generales y que pueden estar alterados en un mayor número de enfermedades.

Pg_04

¿Cuál es la principal información que se busca al estudiar los antecedentes familiares?

Pg_05

La auscultación (una parte de la exploración física), ¿es una exploración complementaria?

Pg_06

Esquemáticamente, ¿en qué consiste la preparación para las entrevistas diagnósticas?

Pg_07

Cite las principales transiciones que se producen en una entrevista diagnóstica.

Pulse aquí para ir a la respuesta

- Pg_08** ¿Qué quiere decir *anticiparse a la pregunta de un paciente*? Cite un ejemplo.
- Pg_09** ¿Qué tipo de comentarios se debe evitar cuando el paciente dice algo que le preocupa?
- Pg_10** Para averiguar tendencias o rasgos generales, una forma es preguntándolo directamente (*En general,....*). ¿Cuál es la otra forma?
- Pg_11** ¿Por qué no se deben utilizar sólo preguntas de respuesta cerrada en una entrevista diagnóstica?
- Pg_12** Cite la pregunta más abierta y genérica para estudiar los hábitos y estilos de vida de un paciente.
- Pg_13** Está Ud. realizando una historia clínica y la paciente se muestra poco comunicativa, limitándose a responder a las preguntas de forma sumamente concisa. Indique qué recursos se pueden utilizar para aumentar la comunicación.
- Pg_14** ¿Cuál es el procedimiento que es conveniente seguir cuando el paciente “se va por las ramas” y se alarga en información irrelevante?

LA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

La comunicación directa entre médico y paciente se establece en dos momentos: cuando se recaba la información para llegar al diagnóstico (entrevista diagnóstica) y cuando se comunica el diagnóstico al paciente y se prescribe el tratamiento (entrevista para la prescripción).

[PREGUNTA GUÍA 01] La primera tiene como fin obtener la información para formular las primeras hipótesis diagnósticas (**diagnóstico de presunción**) y solicitar las exploraciones complementarias adecuadas para llegar al **diagnóstico definitivo**. Esta información se obtiene a partir de la anamnesis y de la exploración física. ↑

Pulse aquí para volver a las preguntas

CONTENIDOS: COMPONENTES

La entrevista diagnóstica, en su formato más típico, 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, estado civil, 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

Pulse **AQUÍ** para ver un ejemplo en vídeo

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 sesgos. De aquí que, en esta fase, las habilidades de comunicación cobren su mayor importancia.

Contenidos de información

[PREGUNTA GUÍA 02] En esta fase de la entrevista el profesional busca información sobre los siguientes puntos (en negrita y rojo, los principales):

- 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 lo ha detectado; cómo estaba antes.
- **desde cuándo** lo tiene o cuándo se hallaba previamente bien
- **a qué lo atribuye**
- qué atenúa el problema o qué hace el paciente para controlarlo
- qué agrava el problema
- el coste del problema, entendido en términos de las limitaciones que introduce en la autonomía de la persona
- los recursos que han desarrollado el propio paciente y su entorno para adaptarse al cambio y sobrellevar de la mejor forma posible el problema que ha aparecido. 

Esta fase debería darse por terminada sólo cuando el profesional estuviera en grado de formular, con razonable seguridad, las dos o tres hipótesis diagnósticas más plausibles o, como mínimo, tuviera una idea de qué órgano o aparato puede ser el responsable.

3. Información sobre los antecedentes

Pulse **AQUÍ** para ver un ejemplo en vídeo

Esta parte de la entrevista puede faltar si no es la primera vez que el paciente acude a ese profesional, porque los datos ya constan en su historia clínica.

Esta fase tiene dos objetivos:

- 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, y

b) obtener algunas de las informaciones necesarias para elaborar el **programa terapéutico**, como, por ejemplo, los horarios, los gustos y preferencias o las condiciones laborales.

Contenidos de información

- **[PREGUNTA GUÍA 03]** Los antecedentes personales fisiológicos y los hábitos y estilos de vida. De estos últimos, los más generales y que pueden estar afectados en un mayor número de enfermedades son los hábitos de sueño, ingesta, actividad sexual y trabajo. Además, pero no únicamente, los hábitos y factores de riesgo (consumo de alcohol, de tabaco y otros). ↑
- Los antecedentes personales patológicos
- **[PREGUNTA GUÍA 04]** Los antecedentes familiares. En ellos se busca la existencia de alguna enfermedad que se repita en la familia y la información sobre enfermedades tales como la hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes. ↑

4. Cierre

Pulse **AQUÍ** para ver un ejemplo en vídeo

[PREGUNTA GUÍA 05] Esta fase va precedida, habitualmente, por la exploración física. En ella se informa sobre las pruebas complementarias que se van a solicitar y se formula, siempre que se pueda, una orientación diagnóstica básica para el paciente. ↑

Contenidos

Comunicar la impresión diagnóstica, estando preparados para contestar a la pregunta: *¿Es grave?*

Formular y justificar la petición de exploraciones complementarias

Citar para la próxima visita.

PROCEDIMIENTOS: TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN


Preparación

A continuación se describen algunos elementos de la comunicación, que pueden influir 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. Puede formularse así: Las entrevistas, todas, las que están destinadas a recabar o dar información, a prescribir o a hacer un seguimiento, son **actos médicos** y, como todo acto profesional, exigen entrenamiento y **preparación**.

A diferencia de lo que sucede con la entrevista para la prescripción, aquí no podemos hablar, lógicamente, de preparación para una entrevista concreta, pues el profesional no sabe en qué va a consistir. El término se refiere a la preparación en general y a la adquisición de la habilidad para obtener –mediante una entrevista– la información necesaria para llegar a las decisiones o hipótesis diagnósticas correctas.


La preparación consiste básicamente en dos cosas: saber **qué** hay que averiguar y saber **cómo** hacerlo. Lo primero vendrá dado por el conocimiento de la medicina, lo segundo, de las ciencias de la comunicación.

[PREGUNTA GUÍA 06] La **Preparación** ha de entenderse en el sentido de asegurarse de que se conocen perfectamente:

- A. (qué) los principales contenidos de información que hay que obtener en relación con los motivos de consulta más frecuentes, por ejemplo, el dolor,
- B. (cómo) las preguntas más eficaces para obtener la información correspondiente a cada contenido
- C. (cómo) los posibles momentos conflictivos de una entrevista y los recursos (verbales o no) para evitarlos o resolverlos airoosamente. 

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

Transiciones

[PREGUNTA GUÍA 07] En toda entrevista diagnóstica existen, por lo menos, dos momentos que pueden resultar problemáticos 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. 

La transición de una fase de la entrevista a otra puede ser muy suave. 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 mediante los “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 cambia de tema y qué interesa saber, en cada caso.

Valoración de la gravedad

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

El médico con experiencia y, sobre todo, con empatía, prevé 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 pregunta del paciente, el profesional ha de ser honesto, mencionar la falta de información y evitar aventurarse en afirmaciones que carecen de fundamento o que no está autorizado a hacer en ese momento, por un mal entendido deseo de tranquilizar al paciente a toda costa: *Aún no tengo elementos para decir si se trata de algo banal o más importante. Hemos de esperar los resultados de las pruebas.*

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, lo que provoca una respuesta emocional es la información que le damos.

[PREGUNTA GUÍA 08] También en este caso, la empatía permite anticiparse a la expresión de lo que preocupa al paciente: *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 señales de que ha escuchado lo que ha dicho el paciente, “aparcar” momentáneamente el tema y, si se ve conveniente, volver: *Luego volveremos sobre esto que me acaba de decir. Ahora explíqueme...*

[PREGUNTA GUÍA 09] Por encima de todo, se debe huir de los consejos rutinarios del tipo *No se preocupe* (sin decir por qué no debería 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 se improvisa no se inventa sino que se recurre a lo que se ha aprendido y se usa en otros contextos. En la vida de cada día, por ejemplo, decir: *No se preocupe. Hemos de confiar en que no sea nada grave*, puede ser adecuado. En un ámbito asistencial, tranquiliza poco y 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 cebos que permiten obtener la presa, o sea, los datos que el profesional necesita.

Las preguntas pueden ser de muchos tipos pero serán mejores o peores en función de un criterio que está por encima de todos los demás: **la calidad de la información** que permiten obtener. Serán buenas sólo si la información que producen es relevante y clara.

Siguiendo las clasificaciones más habituales, las preguntas pueden ser:

- A. Más o menos comprensibles
- B. Genéricas o concretas
- C. Abiertas o cerradas

A. Preguntas comprensibles

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

No existen criterios intrínsecos de “comprensibilidad”, válidos para todos los individuos y todas las situaciones. De aquí que solo el paciente nos puede “dar pistas” sobre su comprensión.

Puede darse el caso de que el paciente no entienda pero no se dé cuenta o le dé apuro preguntar aclaraciones. Cuando 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...*

Realizar uno o dos resúmenes a lo largo de la entrevista es una buena manera de asegurar la validez de la información de que dispone el profesional.

B. Preguntas genéricas o concretas

En general, 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. Por ejemplo, en lugar de preguntar: *¿Se le hinchan las piernas?*, puede obtenerse mejor información preguntando: *¿Ha notado estos últimos días que los calcetines le aprietan más y le dejan más marca?*

Al profesional le interesa conocer los rasgos 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 otro y para un profesional.

[PREGUNTA GUÍA 10] Para obtener esta información puede resultar más conveniente preguntar la descripción de algo concreto y particular y pedir al paciente que valo-

re en qué grado es representativo de una pauta general. *¿Qué comió ayer? ¿En qué fue distinto de lo que come cualquier otro día?* ↑

Algo parecido puede conseguirse preguntando por un **ejemplo representativo** de una situación, en lugar de generalidades. Ejemplos:

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?*

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?*

C. Preguntas de respuesta abierta o cerrada.

Las preguntas de respuesta cerrada son aquellas que se pueden contestar con una palabra o con monosílabos (Sí o No). Ejemplos: *¿Cuántas veces se despierta durante la noche?* *¿Cuántas cucharaditas de azúcar se pone en el café?* *¿Le duele al levantarse?*

Cuando la respuesta requerida es más amplia y variable, hablamos de preguntas de respuesta abierta. Estas suelen ser más generales y permiten obtener una información relativamente poco condicionada por el profesional.

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

[PREGUNTA GUÍA 11] 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. En efecto, se corre el riesgo de acotar prematuramente el foco de atención y distorsionar la información, al haberla inducido con nuestras preguntas. ↑

El procedimiento más adecuado es empezar por preguntas de respuesta abierta y luego precisar la información mediante las de respuesta cerrada. Así no preguntaremos, de entrada, *¿Duerme Vd. bien?* sino *¿Cómo duerme, Vd.?*, ni *¿Toma algún calmante cuando tiene dolor de cabeza?* sino *¿Hace algo cuando tiene dolor de cabeza?* *¿Qué es?* Luego se pasará a formular todas las preguntas cerradas necesarias para precisar la información.

[PREGUNTA GUÍA 12] Dentro del contexto de una anamnesis, y para recabar información sobre los hábitos y estilos de vida del paciente, el procedimiento de obtención de la información más amplia y menos condicionada posible es pedirle la descripción de un **día típico**. ↑

Procedimientos de facilitación

[PREGUNTA GUÍA 13] 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. Como se puede comprobar, algunos de ellos son vocales, otros tácitos o no vocales.

Tipos y ejemplos

- Utilizar o hacer referencia a las palabras del paciente (*feedback*). Probablemente es el signo de escucha más claro y por tanto 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?***
- Formular preguntas de ampliación. Por ejemplo: *Supongamos que no tuviera esto que me acaba de contar. ¿Estaría completamente bien o tendría alguna otra molestia, algún otro problema?*
- Animarle a que siga aportando información. *Explíqueme más sobre este punto.*
- Asentir a lo que comenta el paciente, ya sea con las palabras o con gestos
- 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.
- El uso del silencio. Es muy eficaz, pero 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 y equilibrada? ¿Ha caído Vd. en el consumo de alguna otra droga?* ↑

SÍNTESIS: LA COMUNICACIÓN EN LA FASE DEL MOTIVO DE CONSULTA

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

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 (Facilitación)
- c) **[PREGUNTA GUÍA 14]** Si el paciente se alarga en explicaciones no relevantes, reconducir su discurso mediante una pregunta y, sobre todo, dejando en claro cuál es la información que nos interesa y por qué. ↑
- d) Evitar hacer preguntas, de entrada, o hacerlas sólo de tipo 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, como se ha dicho, se corre el riesgo de distorsionar la información, al haberla inducido con nuestras preguntas.

- e) Cuando el paciente ha finalizado la exposición de sus síntomas introducir las preguntas (cerradas, en general) que van a concretar el problema, de manera que quede clara la información que se necesita.

Acabar esta parte de la entrevista:

- preguntando cuál de los síntomas que ha explicado le preocupa más
- averiguando si le preocupan otros problemas además de los que ha mencionado. Puede pasar que haya omitido precisamente lo que más le preocupa, por ignorancia o por pudor.
- haciendo un **resumen** de la información recogida, para asegurarse de que es correcta.