

1. La entrevista en Atención Primaria de Salud

M. Hernández Monsalve

Jefe de los Servicios de Salud Mental de Parla. Madrid.

1.1 LA ENTREVISTA: INSTRUMENTO BÁSICO DE LA ATENCIÓN

La importancia diagnóstica y terapéutica de la entrevista ha sido reconocida desde siempre, y ha constituido el instrumento más eficaz del que ha dispuesto el médico para entender y atender las dolencias de los pacientes. Sólo en el pasado reciente, al disponer de medios tecnológicos sofisticados para diagnosticar y tratar las enfermedades, quedó relegada a un segundo plano, sirviendo al médico para acercarse a la enfermedad, y al paciente para acceder a los medios técnicos. A menudo, ambos, fascinados por la magia de la técnica, han prescindido del encuentro personal, lo que explica, en buena parte, la denominada paradoja, de la salud¹: a pesar de los indudables avances técnicos- (diagnósticos y terapéuticos), y de la mejoría de los indicadores objetivos de salud, los usuarios de servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos^{2,6}. Como acertadamente señala Mechanic⁷: "Muchas de las críticas contra la Medicina en los años recientes y muchos de los pleitos por mala práctica contra los médicos, reflejan la naturaleza impersonal de la relación médico-paciente y las dudas de los pacientes en torno al interés de los médicos por sus problemas y por el cuidado y atención que requieren".

Cuidar la relación con el paciente no puede ser para el médico una mera cuestión de cortesía que se puede soslayar sin graves perjuicios. De hecho, el creciente interés por que el médico adquiera capacidad para tratar con los pacientes, comunicarse adecuadamente con ellos y propiciar su colaboración no responde a cuestiones anecdóticas, sino que constituye el mayor reto que tiene planteado la Atención Primaria de Salud. Se trata del mejor (y acaso, el único) medio para prevenir la insatisfacción de los pacientes con la atención que se les presta, y abordar el creciente número de "no cumplidores" y los litigios (aunque no hay tantos en

nuestro país) por mala práctica hacia los médicos; también es el modo más eficaz de asegurar la satisfacción de los profesionales con su propio trabajo. Al médico le cuesta mucho trabajo aceptar este área de responsabilidades, en gran parte porque ha sido un aspecto muy descuidado en la formación pre y posgraduada, y también por ser "víctima" de la influencia social que ha resaltado los beneficios y el prestigio social de "lo tecnológico" frente a "lo humano", que se presupone fuera del campo de lo científico. No faltan datos que informan de cómo muchos médicos se sienten a disgusto tratando los aspectos personales y sociales de los pacientes⁸, y no faltan voces autorizadas que ponen en tela de juicio la conveniencia de que los médicos sean también expertos en el tratamiento de los problemas humanos cotidianos⁹. En mi opinión, el asunto no puede zanjarse sin tener en cuenta, simultáneamente, dos cuestiones que atañen al lugar social de las ciencias de la salud: 1) efectivamente, en la práctica, los pacientes recurren a los servicios de Atención Primaria con demandas o expectativas que no siempre se corresponden con lo que pueden ofrecer. Los servicios de atención a la salud son utilizados como vicariantes de otros servicios de asistencia inexistentes; 2) los procesos de salud y de enfermedad no son independientes de las circunstancias de la vida (de lo personal, lo social, lo cultural, las condiciones del trabajo, del ambiente...) y, por tanto, las ciencias de la salud tienen que saber integrar las aportaciones de las ciencias humanas y sociales (e incorporarlas a los currículos de los profesionales). Se trata de evitar tanto la "medicalización"¹⁰ de los problemas humanos y de los conflictos sociales, como la descontextualización (sin tener en cuenta al individuo ni el entorno) de la atención a los problemas de salud.

La formación médica estimula el reto intelectual del diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, la práctica de la Atención Primaria precisa una

SALUD MENTAL

orientación centrada en el paciente. El reconocimiento de la enfermedad es imprescindible pero no suficiente para conseguir que aumente la salud de la población. El médico de Atención Primaria, finalmente, se dedica a tratar síntomas, y discapacidades tanto como a curar enfermedades. A menudo, trata situaciones sintomáticas como: trastornos "funcionales", trastornos auto-limitados, enfermedades crónicas para las que no hay tratamiento efectivo. El tratamiento clínico de esas situaciones requiere que el médico conozca bien la situación emocional del paciente, sus situaciones interpersonales y vida social y laboral; su motivación, expectativas, temores y resistencias para el tratamiento. Para ello, requiere no solo una semiología más amplia que la del reconocimiento del síntoma como expresión de enfermedad, sino también el reconocimiento de la "queja" como emergente de su situación global (física, emocional, social). La entrevista aparece, de este modo, como el lugar de exploración de la experiencia del paciente y la oportunidad para acordar y negociar el abordaje de los problemas. Como propone Barsky¹², la entrevista debe ser ocasión de:

- a) Discusión de diversos aspectos más que interrogatorio.
- b) Búsqueda de negociación y consenso más que autoritaria prescripción y proscripción.
- c) Un diálogo asociativo más que rígidamente estructurado.

La entrevista sigue siendo un poderoso instrumento diagnóstico, pues permite diagnosticar por sí misma con acierto en un 75% de ocasiones¹³, además de poseer gran valor en todas las actividades preventivas y de educación para la salud¹⁴. Es el único modo de poder acceder a la perspectiva del paciente; en toda visita al médico hay factores sobreañadidos a la presencia de síntomas que hacen que, finalmente, el sujeto acuda a la consulta: la gente tiene síntomas con bastante frecuencia, pero sólo se dirige al médico en una proporción aproximada de una vez por cada diez síntomas percibidos¹⁵; en muchas ocasiones la consulta no está motivada por un empeoramiento de la sintomatología, sino más bien por la existencia de cambios recientes en sus circunstancias sociales o personales. Me Winney reconoce cinco posibles categorías como factores precipitantes de una consulta¹⁶: 1) el límite de tolerancia del sujeto (al dolor, a la incapacidad o la molestia ocasionada por los síntomas; en este sentido habría que incluir también,

la tolerancia al sentimiento de infelicidad considerada, a los efectos, como un síntoma); 2) el límite de tolerancia a la ansiedad (los síntomas por sí mismos pueden ser bien tolerados, pero no la inquietud o la alarma que despiertan); 3) cuando ciertos problemas de la vida (relaciones familiares, marginación social, etc) no pueden ser abordados por otros medios; 4) por razones de tipo administrativo (informes, bajas laborales, etc); 5) para conocer medidas preventivas. A éstas habría que añadir una sexta razón: por intolerancia del entorno hacia los síntomas del sujeto (más evidente en el caso de muchos trastornos psíquicos, en las consultas de niños, de ancianos u otras poblaciones específicas, como toxicómanos, etc) en las que la demanda no parte del "interesado". Y aún otra razón más: cuando el sujeto desea adquirir el estado de enfermo, aun cuando no existan síntomas evidentes que lo justifiquen (sólo el médico puede garantizar ese estado), lo que obliga al médico a indagar acerca de las motivaciones personales, y a actuar de tal modo que se evite la iatrogenia y, en la medida de lo posible, a facilitar que el sujeto elabore otro tipo de demanda que el propio médico u otros dispositivos puedan atender.

1.2 EVALUACIÓN DE ENTREVISTAS: MÉTODOS Y RESULTADOS

Aunque la necesidad de mejorar la relación con el paciente ha sido ampliamente reconocida¹⁷⁻¹⁹, y se han descrito con profundidad muchas de las dificultades emocionales del médico para asumir adecuadamente sus responsabilidades²⁰⁻²¹, la mayor parte de los autores se referían a casos seleccionados que mostraban como ejemplos ilustrativos. En los últimos 20 años se han venido realizando investigaciones con métodos de observación sistemática de entrevistas (por lo general, mediante registro magnetofónico o vídeo), y mediante encuestas de opinión a médicos y pacientes. En ambos casos se pretende conocer la posible relación entre características del proceso consulta / entrevista y los cambios sucedidos a corto o medio plazo.

1.2.1 La opinión de los pacientes

La confianza de los pacientes en el médico y su opinión respecto a su capacidad "técnica" está condicionada, en buena parte, por el grado de apoyo emocional que ha recibido, lo que conduce a reducir su ansiedad y mejorar más rápidamente²², (incluyendo, por ejemplo, la recuperación del postoperatorio)²³. Cuando los pacientes opinan que el médico es un buen comunicador que dan satisfechos de la consulta en

TABLA 1.1 Las malas consultas: punto de vista del paciente

No le prestan atención	}	75%
No le tratan como persona		
No le han comprendido		
No le han "acertado"		
No le han dado explicaciones		
Errores en diagnóstico o en tratamiento		25%

su conjunto en cerca del 90% de los casos, lo que sólo sucede en el 25% cuando opinan lo contrario.

La satisfacción del paciente es un objetivo importante de toda consulta. Por ejemplo, en la clínica pediátrica, se ha observado una fuerte correlación entre la satisfacción de la madre con la consulta y el cumplimiento de las indicaciones del médico²⁴. La queja principal de éstas es que el médico muestra poco interés en conocer sus preocupaciones acerca del hijo, y no tuvieron oportunidad de hablar sobre ello²⁵.

La satisfacción de las madres y la cumplimentación de las indicaciones no guardaba relación con la duración de la consulta sino con el clima emocional percibido y el diálogo mantenido.

Otros muchos estudios encuentran resultados similares: los aspectos psicológicos (que implican la comunicación mantenida y la relación) se mencionan con mucha más relevancia (75 %) que los puramente médicos (25%) a la hora de considerar buena o mala una consulta (tablas 1.1 y 1.2).

1.2.2 La opinión de los médicos

En un estudio sobre 920²⁶ consultas los médicos detectaron problemas de comunicación en un . En su mayor parte (79%) se concibieron como problemas en la comunicación del paciente hacia el médico, y en menor proporción, como problema en sentido inverso (tabla 1.3).

TABLA 1.2 Los errores más frecuentes del médico.

No considerar la subjetividad de la demanda ni de la conducta de enfermedad
Interrogar. No dialogar
No escuchar
No informar
No contrastar opiniones, ni implicar en las decisiones
Invadir la intimidad
Uso inadecuado del poder
Uso inadecuado del tiempo (en consulta, o en el proceso)

TABLA 1.3 Los problemas de comunicación percibidos por el médico (corresponden al 20-25% de todas las consultas)

80%	Atribuidas a cómo el paciente se dirige al médico
	El paciente comunica poco (no sabe o no quiere)
	El paciente comunica mal
	Dificultades cognitivas
	Dificultades emocionales
	Distancia sociocultural con el médico
15 %	Al intentar el médico comunicar algo al paciente
	Dificultad en persuadir de la importancia del problema (tanto si se trata de informar de la gravedad, como de su escasa relevancia
	Por no gozar de la confianza del paciente
	Por no sentirse entendido por el paciente

1.2.3 La comprensión y el recuerdo de la información recibida

Junto con el grado de satisfacción del paciente tras la consulta, se consideran los índices más significativos para medir la efectividad de la misma en un plazo inmediato. Muy a menudo los pacientes no entienden los comentarios o las indicaciones del médico, y olvidan rápidamente buena parte de la información recibida. En un trabajo de revisión²⁷ podemos observar cómo los pacientes no han comprendido las instrucciones de las prescripciones en unos porcentajes del 35-87%. Resultados algo inferiores se obtuvieron respecto de otros parámetros de la consulta (etiología, diagnóstico, pronóstico, etc). Las razones pueden ser diversas (empleo de lenguaje técnico o jerga por parte del médico, inhibición del paciente para preguntar -muchos pacientes piensan que hacer preguntas puede molestar al médico- y, sobre todo, que el médico no se ocupó de comprobar si el paciente había entendido lo que le había querido decir.

1.2.4 La consulta con los pacientes no cumplidores

Se calcula que aproximadamente el 50% de los pacientes no siguen correctamente las indicaciones del médico, lo que ha motivado un buen número de estudios de evaluación. Aceptamos que en torno a un tercio de los pacientes no hacen caso en absoluto -o apenas en nada- otro tercio sigue las indicaciones parcialmente y sólo el tercio restante son fieles cumplidores²⁸. Los diversos estudios han comprobado que los

no cumplidores están en todas partes y que no hay factores de predicción fiables: ni personales de los pacientes (excepto que es más frecuente en personas mayores, de clase social baja y atendidos en servicios públicos), ni estrictamente dependientes a la personalidad del médico. Se sabe, eso sí, que los no cumplidores a menudo han abandonado la consulta poco satisfechos y con dificultades para recordar los contenidos de las intervenciones del médico. Las hipótesis más verosímiles respecto a cómo explicar este fenómeno hacen hincapié en dos aspectos del proceso de las entrevistas: los pacientes no cumplen las indicaciones cuando éstas no están muy de acuerdo con la idea que el paciente se ha hecho de lo que ocurre y de lo que le podría venir bien, y, sobre todo, cuando a este hecho se añade el que durante la consulta no se sintieran implicados en contrastar sus opiniones con las del médico, ni en el proceso de toma de decisiones terapéuticas. El médico, por tanto, habrá de considerar estas cuestiones si quiere que su actividad sea eficiente.

1.2.5 La observación sistemática de entrevistas

En los últimos veinte años se han venido desarrollando trabajos en busca de una metodología apropiada para describir y evaluar las entrevistas partiendo de la observación de las mismas tal y como sucede en la práctica de Atención Primaria. Muchos de ellos han tomado como referencia el método Bales²⁹ sobre la categorización de la actividad verbal en encuentros sociales; y algunos otros³⁰, centrados en identificar las "unidades de interacción" de modo análogo a los trabajos de Flanders para el estudio de la interacción didáctica³¹. El medio de observación más frecuente es la grabación magnetofónica de las entrevistas, ocasionalmente con vídeo o con la presencia de un observador en la entrevista. Así, por ejemplo, Platt et al³² siguiendo las recomendaciones formuladas por el *American Board of Internal Medicine* (ABIM) observaron más de 300 entrevistas de médicos y estudiantes de un hospital de Denver, encontrando deficiencias en casi todas ellas, lo que les permitió adscribir cinco síndromes de "hipocompetencia" referidos a la actuación del médico en la entrevista.

Bajo contenido terapéutico. Al médico le pasan desapercibidas diversas oportunidades de intervenir terapéuticamente, referidos sobre todo al tratamiento de la situación emocional y relacional de los pacientes ("no escucha" y no responde ante las manifestaciones de

ansiedad, los miedos y las preocupaciones directa o indirectamente relacionados con su situación de enfermedad, y sus repercusiones en el trabajo, en la familia, etc).

Insuficiencia de datos básicos. Se omite sobre todo la recogida de información referida a circunstancias ambientales, aspectos personales y entorno social.

No se comprueban hipótesis. El médico no propicia *feedback* al paciente, de modo que se evidencien los acuerdos o desacuerdos entre ambos, ni se matiza la información intercambiada. Esto afecta: a) a la secuencia y el sentimiento de los síntomas; b) a los factores etiológicos posibles y al diagnóstico; c) al tipo de persona que es el paciente; d) al tipo de dificultades que están sucediendo en la relación (el médico modifica poco su comportamiento en virtud de la persona a quien atiende, y de cómo se exprese).

Aceptar datos secundarios o terciarios. No hay que explorarlos a través del paciente, por ejemplo, se construye la historia con datos de laboratorio, radiológicos, etc. o con información de diagnósticos anteriores sin que el paciente refiera los síntomas, las repercusiones, etc.

Excesivo control de la entrevista ("mi médico no me escucha"). Entrevistas a base de preguntas cerradas que se prestan a ser contestadas con un sí o un no y en las que el paciente no tiene oportunidad de expresarse con sus propias palabras, y mucho menos de asociar las quejas con las vivencias. No se establece la relación médico-paciente.

Desde otra perspectiva, Stiles³³ elaboró un método de codificación de la actividad verbal en las entrevistas (VRM) que incluye ocho categorías (revelación de información subjetiva, preguntas, aportación de datos objetivos, gestos de cortesía, consejos, indicaciones/sugerencias, interpretación, confrontación/contraste, reflejos) comunes para el médico y paciente, admitiendo las posibilidades simultáneas de registro, como forma gramatical y como intención comunicativa.

Comparando los resultados con los publicados por otros autores, encuentra que no hay grandes diferencias en la estructura de la interacción verbal en distintos ámbitos; por lo general, el médico habla más tiempo, hace preguntas y da indicaciones y sugerencias; el paciente aporta in-

formación y formula pocas preguntas y sugerencias.

El mismo autor encuentra que algunos aspectos del intercambio verbal tienen relación significativa con la satisfacción del paciente con la entrevista, según como sucedieran las distintas partes de la misma (que divide en "exposición, exploración física y conclusión"): mayor satisfacción afectiva cuando el paciente tuvo oportunidad de expresar los síntomas con sus propias palabras ala "exposición" (correspondiéndose con intervenciones facilitadoras del médico), y mayor satisfacción cognitiva cuando la información aportada por el médico durante la conclusión se hizo con claridad y en interacción con el paciente (el médico favorecía el *feed-back* al comprobar que el paciente comprendía la información). Bain³⁴ estudia también la actividad verbal mediante una codificación distinta, que incluye categorías específicas para registrar los contenidos de la conversación referidos a aspectos psicosociales (presentes en un tercio de las entrevistas y constituyendo el 11 % del total de lo hablado). Es significativo que en una de cada cuatro entrevistas el paciente no formulase ni una sola pregunta y en la mitad de todas ellas no hubo participación verbal del paciente respecto a las instrucciones, sugerencias y recomendaciones del médico.

La iniciativa en el abordaje de los aspectos médicos la tomó el médico en el 80% de las ocasiones, mientras que correspondió, por lo general, al paciente (70%) cuando se trataron aspectos psicosociales. La cantidad de comunicación fue mayor con los pacientes crónicos y cuando existían trastornos emocionales; en ambos casos participaban más los pacientes y con más control del curso de la entrevista. Con los grupos de más nivel socioeconómico se dio un mayor intercambio verbal que con los de clase social más baja. Recogiendo las aportaciones de los trabajos más significativos de análisis de interacción en la consulta, Barsky et al¹² han propuesto un método de valoración global de entrevista basado en la apreciación por un observador de la actividad del médico respecto al uso de autoridad, curso de la entrevista (coherencia, ritmo, pausas...), sensibilidad al afecto, provisión de información, abordaje de la perspectiva psicosocial y técnica de preguntar. Recomiendan su uso con fines didácticos con el propósito de favorecer modos de entrevista "centradas en el paciente" frente al tradicional "modelo médico" centrado en la enfermedad y en las expectativas del médico.

Más recientemente, Stewart³⁵ aplica la clásica categorización de comportamiento verbal de Bales, y lo estudia en relación a las consecuencias de las consultas: la cumplimentación de las indicaciones por parte del paciente es claramente superior

cuando en la entrevista ha podido expresar la tensión, y cuando ha intervenido haciendo preguntas o sugerencias; igualmente, cuando el médico ha sido más facilitador y persuasivo que autoritario. Especialmente importante fue que el médico iniciara algún modo de discusión/contraste de opiniones, pidiendo, por lo general, la opinión del paciente sobre aspectos más significativos o delicados; ese comportamiento del médico tuvo más trascendencia de cara al seguimiento próximo que la conducta del enfermo, y asimismo, tuvo importantes efectos en el futuro de la relación, ya que sitúa el tono de la misma dando relevancia al paciente (que así se siente más proclive a expresar, en sucesivas ocasiones, sus puntos de vista y sus sentimientos). Uno de los estudios más exhaustivos sobre la actividad verbal de los médicos en las consultas ha sido el realizado por Byrne y Long³⁶. Analizaron 2.500 entrevistas grabadas magnetofónicamente, realizadas por 71 médicos (del Reino Unido, Holanda o Irlanda), todas ellas de consultas de áreas urbanas con un promedio de cinco minutos y medio de duración. Estudian las intervenciones del médico en la secuencia de la entrevista, dividida en seis momentos: 1) establecer la relación con el paciente; 2) conocer el motivo de la consulta; 3) realizar una exploración verbal, o física, o ambas; 4) el médico, o el médico y el paciente -o el paciente (en orden de probabilidad)- consideran la situación; 5) el médico, y ocasionalmente el paciente, detalla el tratamiento o la necesidad de más exploraciones.

La consulta se da por terminada, generalmente por el médico. Las tres primeras fases contribuyen al diagnóstico (unos tres minutos); las tres últimas, de resolución/prescripción. A su vez consideran 55 categorías o modalidades de actividad verbal del médico, susceptibles de ser registradas en cada fase de la entrevista. Cada una de ellas se considera un elemento táctico del médico en la comunicación con el paciente. Algunos de los resultados más significativos son:

1) El 75% de las entrevistas eran iniciadas por el médico. Y comprobaron que tras una hora de observación (unas diez consultas) ya se habían registrado el 85% de las modalidades de intervención que el médico utilizará a lo largo del resto de las consultas. Esta observación, junto a la agrupación de las categorías mediante *cluster* les permitieron definir para cada médico un estilo de intervención, que se mantenía de modo

TABLA 1.4 Modalidades / estilos reconocibles según la actividad verbal en fase diagnóstica y prescriptiva

ENTREVISTAS "CENTRADAS EN EL MEDICO"			ENTREVISTAS "CENTRADAS EN EL PACIENTES"		
Estilos de intervención en el diagnóstico	Registra y ordena la información (preguntas directas y cerradas "interrogatorio"...)	Analiza y comprueba la información (preguntas directas, contrasta las respuestas, hace sugerencias	Clarifica e interpreta (preguntas abiertas, intervenciones facilitadoras de la asociación de ideas...)	Silencio. Escucha activa (anima a que hable el paciente. Explora sus ideas, da respuestas empáticas.	
Estilos de intervención en la prescripción	El médico toma las decisiones e instruye al paciente	Toma las decisiones y se las explica al paciente	Informa de posibles decisiones, "y lo negocia"	Define los límites y pide al paciente que tome la decisión	Permite que el paciente proponga medidas, y tome decisiones

estable a lo largo de las consultas y, en buena parte, independientemente del tipo de paciente, del tipo de problemas, de la capacidad de expresión verbal de los pacientes y de su clase social (si bien la muestra era poco heterogénea al respecto). Este "estilo" propio de cada médico variaba en ocasiones en relación al sexo del paciente, en consultas de ancianos y niños, y según la situación de crisis o de gravedad percibida por el médico.

Distincuen cuatro modalidades/estilos reconocibles según la actividad verbal en las fases diagnósticas y siete estilos prescriptivos, según la actividad en las tres últimas fases (tabla 1.4).

2) Proponen que el estilo de cada médico puede estar condicionado por: a) la prisa y la presión asistencial (ciertos aspectos tenían relación con el número de pacientes ya atendidos o los que quedaban por atender tras la consulta); b) tendencia del médico a atender el primer síntoma presentado o explorar más; c) predisposición para atender los aspectos afectivos de la relación o para adoptar una actitud de mero técnico (señalan la ambigüedad y dificultad de acuerdo para definir qué es un "problema médico", y lo atractivo que resulta para muchos médicos el aceptar como tarea principal el reconocimiento de grupos de síntomas a filiar como entidades diagnósticas).

3) No todas las consultas recorrían ordenada mente las fases reconocidas. Alguna pudo ser omitida, o repetida. Cuando se empleaba más tiempo en la fase 2 (reconocer el motivo de consulta), las fases 3, 5 y 6 eran más rápidas. En un 8% de los casos, el paciente comentaba otro problema nuevo al acabar la consulta; se trataba de

entrevistas en las que la fase 2 había sido muy breve y el médico no había facilitado la participación del paciente. El acortamiento de la fase 2 a menudo se acompaña del *by the way* ("ya de paso...", el paciente presenta un nuevo problema aprovechando un hueco en la secuencia de la entrevista), según ya estudiaron Browne y Freeling³⁷ interrupción que, por lo general, incordia mucho a los médicos. En el 70% de las consultas no se cubrió la fase 4, o bien apenas duró dos segundos. El 5 % de las consultas eran claramente disfuncionales; en ninguno de esos casos se había reconocido el motivo de la consulta, y la fase 2 había sido muy breve.

4) Las consultas disfuncionales, o con fracaso en la relación, eran más breves, sobre todo a expensas de la fase 2, con menos silencios y pautas, con un grado menor de escucha por parte del médico, y, muy a menudo, con actividades muy defensivas o de rechazo (de sugerencias y de expresión de sentimientos u opiniones del paciente; evadiendo preguntas, o interrumpiendo un discurso). La mayor parte de las consultas, centradas en aspectos orgánicos, discurrieron con un control alto por parte del médico (a base de preguntas directas o cerradas).

5) La mayor parte de las consultas, centradas en aspectos orgánicos, discurrieron con un control alto por parte del médico (a base de preguntas directas o cerradas). Cuando el contenido que aportaba el paciente no era exactamente orgánico y el médico abordaba la entrevista con el mismo estilo se obser-

vaba una situación confusa: médico y paciente hablaban de cosas distintas y no se escuchaban. En un escaso número de ocasiones, donde el problema principal era del área sociofamiliar, se dio una falta de entendimiento total, sin lograr ningún momento en el que ambos coincidieran en un aspecto de interés común.

6) Según cómo se abordaran las distintas cuestiones en las consultas, éstas se podrían agrupar en: a) aquellas centradas en la necesidad del médico de conocer (más preguntas y exploración de síntomas); b) la necesidad de controlar (limitar las intervenciones del paciente a las áreas por él definidas); c) las centradas en el reconocimiento de las necesidades latentes (con más escucha e intervenciones facilitadoras); d) las centradas en la capacidad del paciente para tomar decisiones y para participar y comprometerse en su propio tratamiento.

Estas dos últimas posibilidades son omitidas frecuentemente en la práctica de la Atención Primaria, y es imprescindible que se tengan en cuenta y se desarrollen de cara a una asistencia centrada en las necesidades del paciente, que es lo deseable.

1.2.6 La perspectiva Balint

Desde una perspectiva psicoanalítica, Balint se acercó a la práctica de la Medicina Interna y, más tarde, a la del médico general. Muchas de sus apreciaciones constituyen hoy el fundamento de la perspectiva psicológica en la práctica médica, de enfermería y de otros profesionales que se dedican a atender cuestiones que requieren una buena relación con el interesado. Tanto su primer libro *El médico, el paciente y la enfermedad* (1957)²⁰, como el posterior *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general* (1973)³⁸ deberían ser de obligada lectura para los profesionales de la salud.

Sus aportaciones más significativas quizás sean las siguientes:

1) Los problemas psicológicos se manifiestan, a menudo, físicamente y, por lo general, muchas enfermedades físicas implican importantes repercusiones psicológicas que hay que atender adecuadamente.

2) Los sentimientos del médico juegan un importante papel en la relación. Cada paciente despierta en él una respuesta emocional que tiene que ver con su propia experiencia personal y siempre remite de algún modo a sus

precozes relaciones emocionales en su familia de origen (lo que en la psicología dinámica se define como la "contratransferencia").

3) Define la existencia de la "función droga" del médico. El paciente recibe en cada consulta respuestas afectivas del médico (cariño, consuelo u hostilidad) que incidirán significativamente en la posterior evolución de su padecimientos. El médico debería ejercitarse para saber cómo "autoadministrarse" ante cada paciente, pues mal administrada, esa "droga" también tiene efectos indeseables contraproducentes para la salud de los pacientes.

4) Estimuló la creación de "grupos Balint", como medio a través del cual el médico puede ir reconociendo la dinámica subyacente de la relación con los pacientes y, en virtud de ello, adecuar su actitud en las consultas. Originariamente, el grupo Balint debía ser coordinado por un psicoanalista, aunque hoy se dan diversas variantes en las que esa circunstancia no se considera imprescindible.

5) Describió la técnica del "flash", como la idónea para que el médico, atento a sus propios sentimientos durante la entrevista, a los del paciente y al flujo emocional que transcurre entre ambos, pudiera focalizar su intervención en los momentos más apropiados y sobre lo nuclear de los conflictos de los pacientes.

1.3 LAS BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

1.3.1 La distancia sociocultural

Los médicos se sienten más a gusto, en general, cuando tratan con pacientes de un ámbito socio-cultural próximo. Suelen mostrarse menos formalistas, más distendidos, más receptivos hacia las opiniones y sugerencias de los pacientes, aportan información más detallada y se preocupan de que sus indicaciones y prescripciones se acomoden lo más posible al estilo y a las exigencias de la vida diaria de sus pacientes. En estos casos, el paciente idóneo es el interesado en compartir información y responsabilidades con el médico; cuando es de clase social más baja, aquél suele ser descrito como pasivo, como una persona que acepta las indicaciones sin oposición, no hace demasiadas referencias a sus circunstancias personales o sociales, ni muchas preguntas. Por lo ge-

neral, a estos pacientes se les proporciona mucha menos información y se les conceden pocas oportunidades para contrastar opiniones, expresar sentimientos y participar activamente en la consulta. A menudo, los médicos infravaloran la capacidad de comprensión de los pacientes³⁹ e interpretan su inhibición (su "timidez") como una señal de que no quieren enterarse de las cuestiones que afectan a su salud⁴⁰; por el contrario, hay suficientes estudios que evidencian que los pacientes sí están interesados en conocer las cuestiones que atañen a su salud y enfermedades⁴¹. Este hecho podemos comprobarlo a partir del éxito de los programas radiofónicos o televisivos que se ocupan de estos temas.

Lo cierto es que existe una brecha cultural entre los médicos y los pacientes y que cuanto mayor es ésta, menor es la posibilidad de una buena comunicación.

La relación entre médico y paciente puede ser definida, más allá de las características individuales, como un encuentro transcultural donde el médico es representante de la instancia/cultura sanitaria, y el paciente de la cultura popular del ámbito al que pertenece. Ambos sustentan ideas distintas —a veces contrapuestas— respecto a los procesos de salud y de enfermedad, y, por tanto, tienen expectativas distintas respecto a las consultas, lo que no puede ser ignorado por el médico. El paciente puede tener problemas en decir qué contar al médico y con qué palabras decirselo; muchas veces lo comentará antes con familiares y amigos con la intención de persuadirse a sí mismo acerca de lo que le ocurre, de la gravedad y de lo que posiblemente le dará o le mandará hacer el médico; así, llegará a la consulta con una idea preconcebida. Si el paciente utiliza poco los servicios de salud, acudir a la consulta significa en cierta medida entrar a otro mundo (el de los médicos) no exento de misterio y riesgos. También le preocupará la previsible actitud del médico (hay médicos "duros", serios, simpáticos; los hay que "asustan" o quitan importancia a las cosas, los que pueden entenderle y los que "no hacen ni caso"). Todas estas imágenes podrán rondar por su mente antes de decidir consultar y podrán constituir un motivo de ansiedad y preocupación sobreañadida. Su cultura, ya lo hemos dicho, influye también en el hecho de que el paciente no pregunte si no entiende algo o si no se le ha explicado; muchos evitan hacer preguntas por temor a que pueda ser interpretado como una falta de confianza o "de respeto". Otras veces esta misma distancia social opera en sentido distinto. Si el paciente ha acumulado motivos de insatisfacción con el sistema

asistencial o se siente víctima de otras afrontas sociales puede concebir la figura del médico como una representación de la autoridad y el poder social y desplazar hacia él su necesidad de resacarse, "de no dejarse engañar ni dejarse apabullar", e irá a la consulta con exigencias inoportunas que el médico tendrá que interpretar y canalizar adecuadamente, lo que suele resultar bastante difícil en la práctica. El médico tiene que saber descodificar los mensajes implícitos, verbales y paraverbales del paciente para entender así su actitud y sus expectativas; habrá de encontrar los términos adecuados, no sólo para proporcionarle la información necesaria, sino también para persuadirle de que adopte un determinado comportamiento (medicación, dieta, hábitos, etc) y muchas veces también para que modifique alguna de sus convicciones o preocupaciones que influyen negativamente en el cuidado de su salud.

Todo paciente dispone de un sistema creencial, una ideología en torno a su salud (*Health Believe Model* —HBM— descrita por Rosentock en 1966)⁴² que incide en su comportamiento de salud/enfermedad, en el uso de servicios de Salud, expectativas en torno al tratamiento, etc, con mucha más fuerza, a veces, que el modelo de cuidados de salud/tratamiento de la enfermedad que le aporta el médico. Así, por ejemplo, se ha comprobado que los hábitos de alimentación, consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo tienden a establecerse más con relación a las ideas predominantes en el entorno socio-cultural de las madres que en virtud de las recomendaciones del médico⁴³. A diario comprobamos la diversidad de opiniones respecto a cuánto es beber "lo normal", cuándo se está demasiado gordo o demasiado delgado, si es normal estar deprimido cuando a uno le pasa algo o si es eso una enfermedad; y respecto a los tratamientos (los efectos de las vitaminas, de los antibióticos, de los hipnóticos...) y a la conveniencia de determinadas exploraciones ("debería hacerme unas radiografías", "sólo me escuchó con las gomas, así no puede saber lo que tengo"). En casi todas las consultas, el médico tiene oportunidad de contrastar y negociar con el paciente sobre uno o varios aspectos en los que se refleja este "choque de concepciones o de culturas" (la popular y la sanitaria) que condicionan enormemente la relación a establecer. Muchas consultas son un fracaso, al igual que muchos tratamientos porque el médico no ha valorado estos aspectos ni ha incidido sobre ellos; si el paciente sale de la consulta con unas explicaciones o indicaciones que son contrarias a sus creencias al-

TABLA 1.5 El sistema de creencias en torno a la salud

El médico debe considerar
Factores determinantes de la motivación
La vulnerabilidad percibida por el paciente
La gravedad percibida por el paciente
El balance costes-riesgos / beneficios, percibidos por el paciente
Possibilidad de que el paciente elabore nuevas creencias

respecto y sin oportunidad de haberlas discutido, es muy probable que no haga caso al médico, con las consiguientes repercusiones en la relación y, en ocasiones, también en la salud.

Otro área de posible distanciamiento se da en el propio proceso de consulta. El médico da por supuesto que el paciente conoce y acepta las reglas implícitas de la consulta- (de qué hablar, de cuánto tiempo dispone, cuándo callar, qué se puede preguntar, etc). Pero esto no siempre es así; el paciente, a veces, no sabe a qué atenerse (¿se puede hablar de problemas sexuales en una consulta de medicina general?, ¿será importante que mi abuelo tuviera la sífilis?, ¿tendré que contar que mi hija es toxicómana?).

Cuando el paciente no se acomoda al comportamiento que de él espera el médico, éste se suele sentir molesto y tiende a abreviar la consulta; el paciente puede sentirse rechazado y perder la confianza en el médico (tablas 1.5 y 1.6).

1.3.2 La Organización del sistema de atención

A menudo operan como barreras importantes:

1) Cuando no está prevista la continuidad de los cuidados. El paso del hospital al centro de salud, o viceversa, y las derivaciones a los especialistas, son momentos en que, a menudo, se quiebra o se distorsiona la información y el paciente se desconcierta. La insatisfacción del usuario

TABLA 1.6 Conducta de enfermedad

Exención de responsabilidades habituales
"Obligación" de cuidarse-reconocimiento de la involuntariedad de la enfermedad
Acuerdo social de que no es deseable estar enfermo
Obligación del paciente de solicitar ayuda técnicamente eficaz

Tomada de Parsons⁴⁴

repercute en que interrumpe los tratamientos y se siente hostil hacia los profesionales.

2) Un factor también importante es cómo se recibe al paciente cuando llega al consultorio o al centro de salud. El trato despersonalizado y, a veces, vejatorio, el ruido, la falta de limpieza y el aspecto descuidado de la recepción predispone muy negativamente. También el tiempo de espera: se ha comprobado que un excesivo tiempo de espera obligado se correlaciona con mayores comentarios de tono hostil por parte del paciente en la entrevista con el médico⁴⁵.

3) La actividad burocrática del médico (altas y bajas labores, informes de incapacidad, etc) puede ser también motivo de fricción y obliga a contrastar y negociar cuestiones importantes con los pacientes.

4) El tiempo es un importante recurso, escaso y difícil de utilizar, y cada cual lo maneja en virtud de su propia experiencia. Los médicos se suelen quejar de la presión asistencial, y los pacientes de ser "despachados" con rapidez. Es muy difícil precisar el tiempo idóneo que debe durar una consulta, pues está en función de otros factores organizativos; y, además, en Atención Primaria se da una gama muy variada de tipos de consulta. Pero es evidente que el promedio no puede ser de dos minutos o menos como en muchas consultas de Medicina General.

A pesar de su importancia, hay pocas publicaciones que analicen cómo afecta el tiempo de consulta al contenido de la misma y a la relación. Sí conocemos algunos estudios sobre consultas de Medicina General del Servicio Nacional de Salud inglés que exponen los siguientes puntos:

a) Las consultas realizadas en un tiempo inferior a cinco minutos fueron insatisfactorias para los médicos y los pacientes. No ocurrió así en las que tuvieron un promedio de diez minutos (el médico entonces sí pudo informar al paciente de sus opiniones respecto a los problemas planteados y la manera de abordarlos; y añadió comentarios respecto a la prevención y educación para la salud⁴⁶⁻⁴⁷).

b) En otro estudio que recoge más de 1.000 consultas de 25 médicos generales ingleses⁴⁸ resultó que menos de un 10% de los pacientes se quejaban del tiempo que se les ha dedicado en consulta y de la dificultad en comunicar sus problemas al médico. La insatisfacción era mayor en las consultas más breves (menos de siete minutos y medio), cuando el paciente había hecho pocas consultas previamente con ese médico, y

cuanto mayor era el componente psicológico de los problemas del paciente. El grupo de población más representado entre los insatisfechos fueron mujeres de 15 a 44 años. Otros autores han descrito porcentajes similares de insatisfacción con el tiempo de consulta⁴⁹⁻³⁰.

c) El tiempo de consulta puede estar muy influenciado por aspectos importantes de la relación establecida: quien consigue abreviar o prolongar una entrevista está ejerciendo un importante control. El médico puede intentar tener entrevistas más breves con los pacientes que le provocan incomodidad; y los pacientes pueden intentar prolongarlas, ya sea por la necesidad de disponer de un tiempo para explicarse —al que tiene derecho— ya como medio de mostrar indirectamente (y a menudo inconscientemente) su disconformidad u hostilidad con el médico (se rebela contra el ritmo que pretende imponerle), o con el conjunto del sistema de asistencia.

Ya hemos dicho que, por lo general, el médico tiende a hacer entrevistas más largas con pacientes que le resultan más próximos culturalmente; pero otras veces, la mayor afinidad facilita el entendimiento y permite consultas más breves. A su vez, algunas de las consultas en las que se invierte más tiempo no se caracterizan precisamente por una mayor extensión y profundidad en la consideración de los problemas, sino que se alargan por la dificultad para entenderse y ponerse de acuerdo.

Finalmente, el médico siempre ha de tener presente que la atención a los pacientes es un complejo proceso que se realiza a lo largo de muchos años, y que el establecimiento y mantenimiento de la relación no depende de una sola consulta. El intervalo entre las consultas sirve también para que ambos reconozcan mejor sus dificultades emocionales, organicen sus ideas y adecuen sus expectativas sobre bases más realistas.

1.3.3 Factores individuales del médico o del paciente

Son las barreras más inmediatas de las que, finalmente, depende la calidad de la comunicación en cada entrevista. Su mayor relevancia estriba en que se trata de factores susceptibles de cambios que puede decidir el médico modificando su orientación hacia la entrevista y mejorando su capacidad para conducirla, centrándose en "las necesidades del paciente". Sus efectos serán tanto sobre cada entrevista individual como sobre la relación a largo plazo: la relación con los pacientes en Atención Primaria es "para siempre" en principio y, a la larga, su actitud ante la consulta está muy determinada por la forma con la que

perciben a "su médico" y cómo se sienten con él. Cada consulta es una oportunidad de actividad "pedagógica" (ampliando y matizando el bagaje informativo del paciente en las cuestiones relativas a la salud, conducta de enfermedad, uso de servicios, etc.) y un momento en el que siempre se interviene en los aspectos más profundos de la relación emocional, aunque aparentemente pueda pasar desapercibido. Por lo general, ha predominado el énfasis en la "culpabilidad" del paciente para no entenderse en las consultas. Pero ya Balint²⁰, desde una perspectiva psicoanalítica, y, más recientemente Me Kinlay⁵¹ y otros autores desde una perspectiva psicosocial han insistido en el papel decisivo del médico para el éxito o fracaso de la relación.

Factores derivados de las características de los pacientes

1) Las limitaciones sensorio-perceptivas (hipoacusia), expresivas (tartamudez) o intelectivas (deficiencia intelectual) obligan a que el médico realice un esfuerzo mayor en su intervención.

2) Actitud evitativa o negadora de los problemas y los riesgos (no querer enterarse de las malas noticias), o de las responsabilidades ("usted sabrá qué tiene que hacer para curarme"). La irritación del médico con estos pacientes suele ser contraproducente. El esfuerzo debe dirigirse a una cuidadosa exploración de la demanda, de la "versión" del paciente sobre lo que le ocurre y de sus expectativas; debe implicarle en las consideraciones en torno al diagnóstico y los factores etiológicos e informar con claridad acerca de las previsibles consecuencias a corto y largo plazo de las decisiones y comportamientos que se adopten. Y aceptar que, por supuesto, la responsabilidad última sobre lo que el paciente esté dispuesto a saber o a decidir respecto al cuidado de su salud le compete a él mismo. El médico debe evitar tanto asumir "todas las responsabilidades" como inhibirse y rechazar al paciente ("allá usted, ese es su problema, conmigo no cuenta").

3) Ansiedad ante la consulta (expresada como inhibición, dificultades de atención o de memoria, cierta confusión). La respuesta del médico debe ser empática, con intervenciones facilitadoras (véase el próximo apartado) y adecuando el ritmo de la entrevista a la capacidad del paciente para seguir el hilo conductor de la misma.

4) Dificultades en la comprensión de términos médicos. Se suele dar la paradoja de que mien-

tras por un lado se infravalora la capacidad de comprensión de los pacientes ("no merece la pena darles muchas explicaciones, no entienden"), por otro los médicos no sospechan que muchos de sus pacientes les reprochan no haber sabido explicar las cosas y no haber entendido las prescripciones. Obliga a que, como veremos más adelante, el médico siempre intente tener un *feed-back* hacia el paciente, que les permita comprobar si han entendido correctamente su mensaje.

5) Dificultad en discriminar sus propias percepciones de lo corporal, y sentimental, y de expresarlo con palabras. Dificultad de reconocer y expresar el correlato físico de las situaciones emocionales, y de establecer nexos o relaciones de sentido entre las vivencias y las molestias. Esta dificultad no depende tanto del nivel intelectual como de factores culturales y de personalidad, en virtud de los cuales cada individuo dispone de un sistema de valores y significados otorgados a lo corporal, que se entienden en función de sus experiencias subjetivas y de la dimensión relacional del aspecto físico y del cuerpo como vehículo de comunicación con el mundo, además de su insustituible lugar como el instrumento más imprescindible de trabajo (para el minero y para la cantante de ópera, incluyendo al propio médico).

Factores derivados de las características del médico

1) Actitud defensiva en la relación y restrictiva en la información que se toma:

a) Estableciendo una relación sobre bases instrumentales que no le compromete emocionalmente ("me ocupo de las enfermedades").

b) Restringiendo la información: es un modo de reforzar su rol de autoridad y de aumentar su dominio de la relación, (abandonar el tradicional secretismo médico ayudaría a los pacientes a colaborar mejor con los médicos).

c) Evitando informaciones delicadas (por ejemplo, los malos pronósticos, o informar que cierta exploración puede resultar molesta o arriesgada); así, se protege de tener que hacerse cargo de la reacción emocional previsiblemente difícil del paciente.

d) No dando muchas explicaciones, pues esto también ayuda a encubrir algunos errores (propios o de los colegas).

2) Dificultad para establecer una relación empática (la única que permite "hacerse una idea" de la subjetividad del paciente), de lo que se deriva:

a) Una actitud de escucha selectiva por parte del médico focalizada en los aspectos somáticos o, en todo caso, abordando lo psíquico como mera presencia de datos.

b) Incapacidad para reconocer la demanda implícita, y de asumir al paciente globalmente.

3) Infravaloración de la capacidad del paciente para entender.

4) Uso y abuso de la jerga médica, que distancia y humilla al paciente.

5) Dificultad para entender ciertos términos del lenguaje popular, lo que hace más difícil que el paciente se sienta comprendido. Estas diferencias en el vocabulario de distintos grupos étnicos en EEUU motivaron, incluso, la confección de una especie de diccionario (*patientspeak*) con la intención de mejorar la comprensión del lenguaje popular que utilizaban los pacientes en la consulta⁵².

6) La actitud del propio médico en torno a su identidad profesional, que influye no sólo en su grado de satisfacción individual sino en aspectos importantes de la atención: ¿dónde están los límites de lo que es un problema médico?⁹, ¿y dónde los de la intervención profesional?. Muchos médicos se dicen "mi responsabilidad está en hacer un diagnóstico de la enfermedad y en indicar el tratamiento, si el paciente no me hace caso, es su problema", o se preguntan por qué tienen que escuchar las anécdotas y pormenores de la vida de los pacientes (¿acaso me pagan para esto?).

7) Las propias características emocionales del médico, especialmente las más estables y persistentes. Algunas frecuentes y significativas se manifiestan por ejemplo como un afán de proteger y/o consultar (paternalismo), de controlar y dirigir (estilo autoritario), de convencer y adoctrinar (el médico se "proyecta" en los pacientes), de deslumbrar y/o seducir (médicos vanidosos que buscan constantemente el asombro y halago); hay también médicos muy necesitados de la estima y el aprecio constante de los pacientes (médicos inseguros, siempre dispuestos a complacer cualquier pedido del paciente, complacientes hasta el extremo con tal de no escuchar ningún reproche); algunos rivalizaran constantemente con los pacientes (sensitivos), siempre dispuestos a aplastar cualquier posible discrepancia, o quienes por un desmesurado afán de "psicologizar" la consulta se entrometen en la

TABLA 1.7 Algunas situaciones: problemas frecuentes

SITUACION	RESPUESTA EMOCIONAL	RESPUESTA CONDUCTUAL
Enfermos terminales o incurables	Identificación, junto a impotencia, merma de autoestima, frustración	Negación y evitación del paciente y de los familiares
Crisis emocional	Desconcierto, y pérdida de control	Fracasa la consulta y/o derivación
Pacientes muy dementes, personal, agresivas, hiperdependientes, hipocondríacos, "antisociales", y los "no cumplidores" Corregida de Gorlin (1984)		Hostilidad Rechazo

intimidación de los pacientes, sin tener cuidado alguno ni respeto a la hora de indagar u opinar acerca de cualquier detalle personal, por inútil que sea para el beneficio del paciente (es ésta una versión exagerada del "estilo detectivesco" descrito por Balint). Lo peor, desde el punto de vista de la relación, es que el médico presente cualquiera de estas características de un modo rígido, sobre todo porque el portador tendrá más dificultades en reconocer su estilo como inadecuado y será, por tanto, mucho más difícil de modificar.

Borrell⁵³, siguiendo a Platt³² ha agrupado muchos de estos aspectos en tres síndromes disfuncionales: "baja empatía", "alto control" y "proyección excesiva", proporcionando a su vez una serie de orientaciones muy valiosas para poder modificar, tras una atenta autoobservación, estas deficiencias.

8) La reacción emocional del médico ante los problemas del paciente en la consulta, cuando es muy intensa y desborda su propio autocontrol. Nadie está exento de que lo pueda suceder. Muy a menudo, en las consultas, el médico se sentirá afectado por la presencia del paciente (siente lástima, angustia o irritación). Se trata, en la medida de lo posible, de estar atento a reconocer los aspectos particulares ante los que, individualmente, se siente más sensibilizado y las situaciones ante las que suele tener un menor umbral de reactividad emocional. En la tabla 1.7 se presentan algunas observaciones al respecto⁵⁴.

9) Finalmente, el médico, al igual que cualquier otra persona, puede verse afectado por variaciones del estado de ánimo inducidas por factores ajenos a su actividad profesional; se ha estudiado por ejemplo la importancia de los factores "domésticos" y de la vida familiar⁵⁵. Su abordaje nos llevaría a consideraciones que irían más allá de nuestro

actual propósito para este libro. Baste recordar que la actividad del médico de familia precisa de una persistente capacidad psicológica para entender y contener las ansiedades más arraigadas en la naturaleza humana y que para hacer frente a esta exigencia, los profesionales no han sido advertidos, por lo general, de los necesarios cuidados psicológicos⁵⁶. El ejercicio de la profesión es reconocido como una importante fuente de estrés (y también para los familiares), que tal vez explica la tendencia al padecimiento de enfermedades psicosomáticas, alcoholismo, algunas formas de toxicomanía (antes de la actual epidemia de consumo generalizado), y trastornos emocionales (especialmente depresiones)⁵⁸.

Factores derivados de una peculiar relación médico-paciente

Me refiero ahora específicamente a aquellas situaciones en las que parece existir un acuerdo tácito entre ambos, que les hace sentirse cómplices de un cierto "pacto de silencio", y que describe García Tizón²¹ como colusión de intereses: al paciente le "interesa" que el médico no intente sacar a relucir lo que a él más le desagrade por mucho que tenga que ver con su salud. El médico, callando, acepta complaciente la definición de los problemas que le ofrece el paciente y evita así la dificultad de tener que asumir la emergencia de angustia en el paciente. Es poco aconsejable prestarse a esas complicidades. No proponemos que el médico, a toda costa, quiera destapar los conflictos de alguien que se resiste a hacerlo, pero sí es imprescindible que, al menos, intente hacerle ver la conveniencia de que antes o después deban abordarse aspectos más incómodos.

1.4 LA CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA

Las características de la entrevista en Atención Primaria tienen en común con otros encuentros

sociales el que dos (y a veces más) personas mantienen un diálogo. Ahora bien, en este caso es un diálogo peculiar: ambos participantes no ocupan posiciones simétricas, sino desiguales. El médico ocupa el papel de experto-proveedor de ayuda; el paciente el de receptor. El objetivo es que, tras la entrevista, el paciente adopte algún tipo de comportamiento (ya sea dirigirse al hospital para ingresar, ya sea modificar su dieta habitual) que repercuta en una mejoría de la salud y/o que le prevenga de ciertos riesgos para la misma. En otras ocasiones, no se deriva de la consulta ninguna medida de cambio en el comportamiento, pero sí en el bagaje informativo del sujeto (mediante intervenciones del médico dirigidas a la educación para la salud).

En Atención Primaria caben diversos modos de entrevista según cual sea el objetivo (por problemas de salud, por asuntos burocráticos, por actividades preventivas). Nos ocuparemos especialmente del primero de ellos: consultas por demanda del paciente por un supuesto problema de salud.

En todo caso, el médico ha de asumir la responsabilidad de conducir la entrevista. Su actitud puede ser más o menos directiva y hacerla más o menos abierta, pero es él quien, por lo general de modo implícito, marca los límites, la secuencia, las formas y buena parte de los contenidos de que se hable. El paciente podrá adecuarse con facilidad o resistirse a las pautas del médico. Como vamos a ver, lo más conveniente es que el médico conduzca la entrevista teniendo

do como referencia al paciente y sus necesidades. Siguiendo a Pendleton definimos las tareas a desarrollar en toda consulta (tabla 1.8)⁵⁷.

1) *Establecer un buen contacto con el paciente* Si no se satisface adecuadamente esta condición, la entrevista será un fracaso, bien porque se haga evidente el desacuerdo con el paciente, bien porque éste salga contrariado y sin interés en seguir las indicaciones del médico.

La buena relación se inicia desde que el paciente entra en el despacho, si se establece rápidamente un primer contacto visual, se le llama por su nombre, se le recibe con cortesía y se espera a iniciar las preguntas una vez que se haya sentado. Del médico se espera que sepa estar atento y respetuoso con el paciente. Ha de evitar tanto las muestras de indiferencia como las expresiones emocionales vehementes; ha de ser empático y con baja reactividad emocional. Por empatía se entiende una actitud personal mediante la cual podemos hacernos eco de cómo se encuentra nuestro interlocutor, "poniéndonos por un momento en su lugar", pero sin llegar a identificarnos tanto como para perder el control desde nuestra subjetividad. Se trata de "comprender" y hacer ver al paciente que se le está comprendiendo. Éste no necesita sólo muestras de solidaridad, que le pueden prestar otras personas, sino también ayuda desde fuera, y esa es la ayuda que presta la relación empática (comprender lo suficientemente de cerca como para poder ayudar).

2) *Conocer los motivos de la consulta.* Uno de los errores más frecuentes es que el médico cree conocer los motivos de la consulta pocos momentos después de que haya entrado el paciente; otras veces, ni tan siquiera ha pensado por un momento a qué ha venido. Ya hemos comentado antes que ésta es la razón principal que explica los fracasos de la comunicación.

El propósito de la primera parte de la entrevista es que el médico pueda hacerse una idea sobre cuál ha sido el motivo que ha hecho que el paciente acuda a la consulta; junto a ello, conseguir que se sienta aceptado y comprendido. Condición imprescindible es que el paciente se pueda expresar con toda libertad, con términos del lenguaje común y coloquial. Toda demanda está implícita o explícitamente acompañada por una solicitud al médico al que se le exige una definición "técnica", profesional de los problemas, explicaciones (aporte información), y vías de solución a aquellos; y siempre, de forma más o menos marcada, el paciente

TABLA 1.8 Tareas a desarrollar en la consulta

- Crear y mantener una buena relación
 - Definir las razones de consulta
 - Naturaleza e historia de los problemas
 - Su etiología
 - Las ideas, preocupaciones y expectativas del paciente
 - Las repercusiones de los problemas
- Considerar otros problemas
 - Problemas continuos (crónicos)
 - Factores riesgo
- Escoger junto al paciente una acción apropiada para cada problema con el paciente
- Compartir la comprensión del problema con el paciente
- Implicar al paciente en su autocuidado y animarle a que asuma responsabilidades
- Hacer uso adecuado del tiempo y de otros recursos
 - En cada consulta
 - En el proceso a largo plazo

SALUD MENTAL

con su actitud está haciendo al médico una "propuesta de relación": que le cuide, que le escuche, que le oriente, que le riña, que discuta, que le dé la razón, que le quite el miedo, que le dé ánimos, o cualquier otra que tenga que con las necesidades emocionales más profundas del paciente (en la relación se establece una "transferencia", que es una transmisión de afectos desde el paciente hacia el médico, en su mayor parte de modo inconsciente y expresados a través del lenguaje corporal: gestos, posturas, miradas, tono de voz, etc).

Desde los primeros momentos ya están tramitando entre ambos no sólo el intercambio de información respecto a los problemas de salud que hayan motivado la consulta sino también sobre las expectativas no declaradas. Asimismo, intercambian señales indicadoras del papel social que cada uno está representando (enfermo frente a sanador; ignorante frente a experto; inferior frente a superior).

La buena marcha de la entrevista requiere que el médico preste la debida atención a los tres procesos comunicativos que se están produciendo simultáneamente: síntomas, necesidades emocionales, y papeles representados en el escenario de la consulta.

El instrumento principal del que dispone el médico en estos momentos de la entrevista es La *escucha*; es una actividad que requiere empatía, capacidad de observación y mucha atención, centrada tanto en el flujo de información verbal como de la paraverbal y gestual (vehículo de expresión de emociones y sentimientos); y dirigida tanto al paciente como a la subjetividad del médico (darse cuenta de qué está sintiendo y pensando mientras habla o calla el paciente). El médico debe *facilitar* (mediante gestos, miradas y expresiones de apoyo) la expresión de quejas y síntomas por parte del paciente con sus propias palabras. Debe evitar todo tono inquisitorial, prisas, agobios y, sin adelantarse, sugerir las respuestas al paciente. El médico interviene:

a) Facilitando, animando a que el paciente prosiga, respetando su ritmo de exposición.
b) Haciendo preguntas abiertas, que permitan respuestas amplias y matizadas, y no puedan con testarse con simples monosílabos. Se trata de facilitar que el paciente pueda dar cuenta de la naturaleza e historia de los problemas, y de su posible etiología (es decir, de la idea que tiene sobre lo que le ocurre y a qué puede deberse), del conjunto de sus preocupaciones y expectativas en relación con los síntomas y con la consulta que ha venido a hacer; el médico debe propiciar que el

paciente relate los efectos, las repercusiones que estos síntomas están teniendo en su vida diaria (costumbres, trabajo, familia, etc).

c) Haciendo preguntas cerradas; tras las primeras interacciones según las pautas anteriores, ya podrá lanzar preguntas cerradas (que buscan una respuesta puntual, precisa), dirigidas a concretar información, evitando siempre "apuntar" la respuesta que espera el médico.

d) Sugiriendo la posibilidad de ampliar información; después de concretar el perfil de los síntomas presentados espontáneamente, siempre se debe preguntar si hay alguna cosa más que le preocupa o que crea que el médico deba saber respecto de su salud. La misma operación debe seguirse tras finalizar la exploración (verbal o física) de cualquier queja, hasta comprobar que no queda nada pendiente.

El médico debe tener presente las posibles dificultades del paciente para referir los síntomas. El paciente suele tener problemas en organizar sus ideas para construir su versión de lo que le ocurre, en recordar la secuencia de presentación de los síntomas y, por supuesto, en distinguir las repercusiones somáticas del estado emocional concomitante.

En ocasiones, la sintomatología somática de la angustia surgida por la alarma tras los primeros síntomas de una enfermedad es mucho más relevante que los síntomas de la enfermedad somática subyacente. Es difícil para él construir su versión de los síntomas. El médico, con sus preguntas y con sus comentarios va a ejercer una poderosa influencia en la manera en que el paciente organice mentalmente sus padecimientos, especialmente en el caso de padecimiento crónico y en los trastornos más psicosomáticos; al margen de la etiología, la enfermedad pasa a ser una constante en la vida de los pacientes, modificándose en virtud de ella las relaciones familiares y sociales, y la propia estructura mental del sujeto, que debe encontrar un hueco donde alojar su enfermedad, reconstruir su sentido de la vida -vigente cuando estaba sano- reorganizar sus actividades laborales y su vida cotidiana. Para todo ello, y a pesar incluso de la intención del médico, cualquier gesto o comentario del médico podrá tener enormes repercusiones, y, posiblemente, se referirá a él en conversaciones con familiares o amigos como argumento en pro o en contra del pesimismo o de la actitud esperanzada del paciente.

A veces, los pacientes no dan información porque se les olvida (lamentándose poco después de la consulta), o porque la ocultan por temor o vergüenza (por ejemplo, cuando evitan contar la presencia de heces sanguinolentas para evitar la

exploración rectal, o cuando "olvidan" ese bulto del pecho por miedo a que sea cáncer). Los pacientes no quieren que el médico confirme sus sospechas y también tienen un "temor injustificado" a que el médico se irrite por no haber vuelto a la consulta cuando se lo indicó, por no haber seguido el tratamiento. Incluso, es posible que no quieran entretenerle con cosas que "a lo mejor, no tienen tanta importancia".

El médico tiene que ir respondiendo al relato, además de facilitarle. Ha de mantener un buen autocontrol y una baja reactividad emocional, pero no puede escuchar sin inmutarse. El paciente ha de darse cuenta de que el médico le presta atención, que no permanece indiferente, que se está enterando de lo que le dice y de cómo se siente ("lo que no le dice"). Eso le ayuda a ordenar su relato y su propia experiencia cuando estuviera confusa (comunicar a otro lo que uno siente y lo que uno piensa ayuda a comprenderse mejor a uno mismo). No es sólo el médico quien está evaluando, también el paciente está expectante respecto a las reacciones del médico y saca sus propias conclusiones. En gran medida, todos sabemos de nosotros mismos en virtud de las reacciones que provocamos en los demás. También el paciente irá conociendo su enfermedad y a sí mismo según las reacciones que aprecia en el médico. Por otra parte, sentirse enfermo suele ser motivo de un estado de hipersensibilidad e "hiper alerta" ante las respuestas de afecto o de indiferencia y rechazo. De ahí la importancia de que la interacción transcurra en un clima de aceptación, facilitación y confianza.

El *feed-back* del médico es muy importante: facilita la exposición del paciente y, además, si éste aprecia que el médico se está esforzando en comprender, es más probable que él mismo haga otro tanto (siendo tenga que atender e intentar entender las explicaciones y las prescripciones del médico en el transcurso de la entrevista. Se crea así un vínculo de cooperación terapéutica que servirá para afianzar la relación y como punto de referencia imprescindible para posteriores consultas.

Una vez aclarados cada uno de los síntomas del "paquete de quejas" con que el paciente acude a la consulta, es conveniente que el médico recapitule sobre lo hablado, lo resuma y lo contraste con el paciente, comprobando así que ha entendido correctamente.

En esta primera fase a menudo se comenten tres errores importantes:

1) Dar por supuesto que se está de acuerdo con el significado o la dimensión de ciertas expresiones, siendo éste motivo de malentendidos que repercuten en diagnósticos erróneos o

insuficientes. Es muy frecuente que si el paciente comenta que "además, tengo muchos nervios" el médico, si lo escucha, lo registre como un síntoma más, recetando al final algún ansiolítico, y sin explorar con más detalle el síntoma (su fenomenología, a qué lo atribuye, qué hace cuando se siente así, etc). Igualmente sucede con muchos síntomas filiados como "funcionales" (cefaleas, insomnio, astenia, etc). Se registran como tales, pero no se indaga acerca de "qué función" están prestando en la vida psíquica y relacional del sujeto. Cada uno de estos síntomas, si se les presta atención, conllevan propuestas en alguna de estas tres direcciones:

a) Que el médico escuche lo que no ha podido decir en otro sitio (desde la mera catarsis hasta la posibilidad de hablar de sus conflictos personales).

b) Que el médico reaccione de algún modo (que se compadezca, que le anime).

c) Que exista la posibilidad de que el médico "entienda" el mensaje implícito en el síntoma (expresiones como "me siento muy oprimido" "es que me duele mucho el corazón" "desde que me pasa esto es que no soy persona" "siento asco por todo" si se acompañan de gestos suficientemente expresivos, están dando claves acerca del curso de los sufrimientos de los pacientes, y pueden ser empleadas para acercarse a éstos cuando parezca más oportuno, no para dar al paciente, sin más, nuestra interpretación.

2) Dar seguridades prematuras. Cuando el médico se apresura a ofrecer la solución para el problema cuando aún no ha sido totalmente explorado el alcance del mismo, ni el punto de vista del paciente ("no me cuente más...no se preocupe...ya sé lo que le pasa..."). La pega es que, aún cuando el médico hubiera acertado con el diagnóstico del problema, no ha recabado la colaboración del paciente, de tal modo que se corre el riesgo de perder su confianza ("no puede saber lo que me pasa...si casi no me ha preguntado, ni me ha mirado..."), u obligarle a depositar en él una especie de confianza mágica ("...sólo con mirarme, enseguida supo lo que me pasaba...") que resulta muy contraproducente a la larga.

2) Soslayar algunas referencias dichas de paso por el paciente. A veces la información más importante es la que el paciente introduce en momentos como de descuido del médico, cuando le parece que "ha bajado la guardia"; a menudo

cuando el médico no le está mirando, mientras toma notas o escribe las recetas: "...la verdad es que desde que murió mi padre, no levanto cabeza...", o "a una prima mía le pasaba como a mí y le hicieron un escáner..." o, "quizá usted piensa que todo es de los nervios". Son insinuaciones del paciente, que siempre están cargadas de sentido y que nunca se deben pasar por alto. Son presentadas de esta forma "indirecta" bien porque el médico no ha facilitado hacerlo de otro modo, o porque son cuestiones inquietantes para el paciente; otras veces, simplemente porque no sabe si esa información será considerada por el médico como relevante o como inoportuna. Lo cierto es que siempre son una oportunidad para que el médico "no se dé por enterado", o por el contrario, para que conecte con la dimensión más subjetiva del paciente.

Decíamos que antes de dar por finalizada la escucha se debe invitar al paciente a que aporte más información si lo cree oportuno. Tan importante como facilitarle la aportación de información es depositar en él, en última instancia, la responsabilidad de reconocer qué es lo que quiere que conozca el médico. Si sospechamos que está evitando dar información, lo más aconsejable es darle facilidades más adelante para que le pueda aportar o, como última actitud, hacerle ver nuestra incapacidad para ayudarlo si a su vez él no nos ayuda. Debemos evitar de cualquier modo el rechazo personal, que cerraría las puertas a la posibilidad de reconstruir una relación de mayor confianza.

Invitar al paciente a que complete la información no suele significar, en contra de lo que suele creerse, entrevistas más largas; por el contrario, evita que los comentarios que tenga necesidad de hacer el paciente emerjan en cualquier otro momento distorsionando la secuencia de la interacción. Es lo que se ha dado en llamar, la prevención del *by the way* ("ya de paso..."). El paciente sabe que dispone de tiempo escaso, pero no quiere irse sin decir lo que tenía pensado, y aprovechará cualquier resquicio para decirlo. Aún en el caso de que se alargue alguna entrevista (al sugerir el médico más información), es probable que se eviten más adelante consultas poco justificadas que el paciente haga mejor uso de las mismas y se obtendrá con seguridad una mayor satisfacción del paciente, mayor interés por actuar de acuerdo con el médico y en seguir sus prescripciones.

Además de los síntomas, se deben *explorar las ideas* del paciente (su versión de lo que le ocurre), sus *expectativas*, y *motivación* para el tratamiento:

La valoración que hace el paciente de sus síntomas está basada en sus creencias acerca de la etiología y de la

gravedad, que proceden de su propia experiencia, de la de sus familiares, amigos y de su entorno cultural ("barreras socioculturales") y no son científicas (por su modo de generarse, aunque a veces puedan ser coincidentes con los postulados de lo científico). A modo de guía, recordar que el paciente se intenta responder acerca de:

a) Las causas (el médico debe preguntar a qué lo atribuye).

b) Beneficios y riesgos del tratamiento (explorar con detalle siempre que se encuentren resistencias: cuando pone muchas pegos, o un gesto de estar poco convencido). Conseguir que el paciente sea un buen socio en un intento de que remitan los síntomas y la enfermedad (el proceso terapéutico) permite que el médico asuma el papel llevadero de ser un "monitor" más que la difícil tarea de director y responsable total del comportamiento del paciente (especialmente si se prevén dificultades: tratamientos largos y tediosos, dietas restrictivas, tratamientos de rehabilitación).

c) El sentido de la enfermedad: remite a las causas, e incluye las repercusiones (las ya presentes, y las que se temen). Hay que intentar conocer la percepción subjetiva de la causa (a veces asociada a sentimientos de culpa), las reacciones de los familiares, etc. Debemos prestar una cuidadosa atención a la manera en que el paciente describe los síntomas, y al lenguaje metafórico que emplea, a través del cual se insinúa el sentido que tiene para el paciente.

La exploración de las ideas y expectativas debe hacerse en paralelo a la de las circunstancias personales y sociales. Sólo así podrá el médico (¡y el paciente!) caer en la cuenta de la dimensión personal de los síntomas, de cómo el paciente se ha reorganizado en torno a ellos, del tipo de ayuda que el paciente precisa y del perfil que ha de tener la posible intervención del médico. Al paciente le suele resultar difícil relacionar los síntomas con sus circunstancias vitales, y muy a menudo, tiende a rechazar la primera versión del médico (especialmente si ante la presencia de síntomas somáticos la hipótesis del médico es psicógena). En estas circunstancias, nada más contraproducente que querer imponer el criterio médico, o recurrir a argumentos de autoridad. Lo más aconsejable, en los casos que se suelen filiar como "funcionales", es: a) durante la entrevista, señalar o resaltar aquellos comentarios espontáneos que sugieren una asociación entre lo vivencial y lo somático; b) sugerir convenien-

cia de que piense en las dificultades emocionales que pudiera estar atravesando; c) sugerir, quizás, que en futuras entrevistas acuda acompañado de la pareja, hijos o personas significativas con quienes parezca importante considerar estas cuestiones; d) dejar abierto un proceso dirigido a un mejor entendimiento, y una posible negociación en torno al sentido de los síntomas y de la ayuda que se le pueda brindar; e) proporcionar un tratamiento sintomático, si se considera que puede contribuir a aliviar los síntomas y a favorecer un acuerdo para el proceso terapéutico que se inicia; y f) evitar la iatrogenia por "hiperactivismo" (pedir mil pruebas analíticas, radiológicas, etc. con la sola intención de que se convenza de que no tiene nada).

Hay que respetar "el tiempo psíquico" de cada paciente, y adecuarnos a él, intentando aprovechar los momentos más adecuados (por su mayor receptividad, o por elaboración espontánea de asociaciones entre las distintas áreas de su mundo subjetivo y relacional) para depositar cada vez más el protagonismo en el paciente, compartiendo con él la responsabilidad de aquellos cambios en las circunstancias personales que puedan contribuir a la recuperación de la salud (desde cuestiones tan simples como cambios de horario o de dieta, hasta cambios de trabajo o en el modo de enfocar sus relaciones con los hijos, con la pareja, etc).

Informar al paciente es tanto una exigencia de ética profesional, como una exigencia derivada de la relación de cooperación que se debe establecer con él. Ya hemos comentado que, a pesar de su reconocida importancia, suele ser una de las grandes lagunas de las consultas de Atención Primaria. Los pacientes se sienten peor informados de lo que creemos y los médicos menosprecian el inicio de aquellos y su capacidad para entender las cuestiones médicas.

Si la entrevista ha transcurrido adecuadamente a través de las fases precedentes (crear una buena relación, atender y entender la demanda, considerar conjuntamente las cuestiones), el momento de informar será muy sencillo: el médico encontrará con facilidad los términos adecuados para dirigirse al paciente de tal modo que le pueda comprender, y éste se sentirá cómodo para hacer preguntas o pedir más información. En caso contrario, esta clase probablemente se evitará, pasando cuanto antes a las prescripciones. La información que proporciona el médico debe ser entendida como la primera parte de todo tratamiento. En virtud de lo que el paciente haya entendido de la consulta, y de las conclusiones que saque, su motivación para cooperar podrá ser excelente o un absoluto fracaso. Por tanto, la primera

recomendación es que el médico valore la importancia de esta actividad y la incluya como el primer paso de todo tratamiento. La segunda, que procure dar aquella información que él mismo considera más relevante para que el paciente coopere, en virtud de lo que haya ido ocurriendo en las fases anteriores de la entrevista. Y si observa alguna contrariedad, inquietud o duda por parte del paciente, debe pararse de nuevo para considerar con él esos aspectos e intentar responder a lo que más le interese saber, según su nivel cultural e intelectual podrá estar interesado en unos u otros detalles de la fisiopatología, o de la anatomía, y casi siempre querrá tener una idea de las perspectivas evolutivas del pronóstico (que casi nunca se aborda explícitamente, como hemos tendido ocasión de comprobar analizando numerosas consultas). Finalmente, el médico tendrá en cuenta algunos aspectos prácticos respecto a cómo dar la información para que el paciente la atienda y recuerde lo mejor posible.

Una dificultad muy frecuente que sienten los médicos es cómo conseguir que el paciente acepte que no se indique ningún tratamiento, aún cuando éste no parezca necesario. En efecto, entre cierto sector de la población ha ido cuajando una visión consumista de los servicios de salud, por lo que muchos pacientes se sienten frustrados si el médico no les receta nada. A ello, entre otros muchos factores hemos contribuido nosotros mismos. El paciente no sólo se siente confirmado como tal cuando se le receta algo, sino que también el médico refuerza con ello su identidad como experto con un cierto poder social, ("solo con prescripción facultativa") pues recetar es una de las cosas que le competen en exclusiva. Dar la receta se ha convertido en un rito que facilita el fin de las consultas, y que en el aspecto relacional puede cumplir múltiples objetivos, entre los que interesa resaltar algunos. La receta, y con ella el fármaco, es a menudo el objeto aparente a través del cual se mantiene la relación médico-paciente; para el paciente puede constituir un equivalente del afecto del médico ("un regalo" del médico), una disculpa para acudir a las consultas (así podrá ir a decir si le está sentando bien o mal), una forma de resaltar su "situación de enfermedad" ante los familiares o en el trabajo, un vehículo a través del cual reflejar los aspectos más "emocionales/irracionales" de su relación con el médico (si queda satisfecho con la atención que recibe es más probable que le siente bien, y a la inversa, puede hacer ver al médico que no le ha compren-

dido porque las medicinas no le han ido bien) y además, tomar medicinas ayuda -desafortunadamente- a sentirse como todo el mundo (¿quién no toma medicinas?) y poder tener así un tema más de conversación con los amigos. En la misma línea, también para el médico puede significar algo similar: un modo de "dar algo" al paciente cuando siente que no le ha dado otra cosa (o de "no dárselo" porque no le hace caso en lo que dice, y "castigar" así la poca confianza de algunos), o también una mera complacencia para "evitar problemas" o porque es el método más rápido de acabar una consulta.

A la vista de lo expuesto, hacer una buena prevención de las prescripciones innecesarias (que es distinto de indicar la medicación por la expectativa de su efecto placebo), obliga a reconsiderar con detalle la relación con cada paciente. De cualquier modo, siempre será oportuno tener en cuenta que: a) la mejor prevención es un buen análisis de la demanda (que incluya las ideas y las expectativas del paciente); b) un clima emocional favorable, que incite al paciente a expresarse con libertad y una adecuada información, razonada e individualizada, ayudan al paciente a generar expectativas más realistas; c) las medicinas no es lo único que puede dar el médico. Si cuando se indican actividades preventivas, o se proponen cambios de actitud, se hace de tal modo que el paciente comprenda su importancia y se sienta muy implicado en ello; si se le explican esas cosas con el mismo énfasis que cuando se trata de indicar una intervención quirúrgica, es probable que el paciente reclame menos medicinas.

Finalmente, ante situaciones conflictivas por esta cuestión, la actitud del médico debe ser negociadora (contrastando opiniones) y dirigida a que a medio y largo plazo la relación pueda establecerse de otro modo⁵⁹.

Recomendaciones específicas

- 1) Se debe emplear siempre un lenguaje claro y asequible y evitar la jerga y los tecnicismos.
- 2) Debemos utilizar frases cortas, evitar explicaciones prolijas que, a la postre, sólo añadirán confusión y evitan que el paciente recuerde bien las indicaciones.
- 3) Hay que cuidar la entonación, enfatizando lo que se considera más importante.
- 4) Habrá que hacer pausas entre enunciados de contenido distinto.

5) Tenemos que mirar al paciente mientras le hablamos.

6) Es necesario asegurarnos de que nos están entendiendo, preguntando al paciente («¿me sigue?, ¿me entiende?»).

7) Facilitar que el paciente exprese sus dudas o sus discrepancias ("¿está de acuerdo? ¿tiene alguna pega?" o, "no le veo muy convencido, me gustaría saber cómo lo ve"). Merece la pena dedicar dos minutos a estas cuestiones, si conseguimos con ello que el paciente salga de la consulta conociendo nuestra opinión acerca del diagnóstico, el sentido que tiene el tratamiento, la importancia de las medidas preventivas, y la importancia de lo que se supone lo que él debe hacer (medidas higiénicas, cambios de hábitos, etc.); y sobre todo si ha tenido oportunidad de expresar sus dudas y se ha sentido *implicado*.

8) Informar e indicar las prescripciones es un buen momento para ofrecer ánimo, apoyo y confianza, según requerimientos. Y para incentivar la motivación para cooperar.

9) Las indicaciones deben ser siempre hechas con un tono persuasivo, evitando todo autoritarismo. Imponer nuestras decisiones puede inducir al paciente a rechazarlas, o en otros casos a generar una extrema dependencia hacia el médico (no exenta de resentimiento hacia él la mayor parte de las veces).

10) Si se preeven dificultades específicas en el seguimiento de las indicaciones, (como pueden ser efectos secundarios de los fármacos, o cambios en el régimen de vida difíciles de poner en práctica) conviene referirse explícitamente a ellos y resaltar su importancia sin dejar de reconocer su dificultad. No vale con decir "nada, nada, no s para tanto... haga lo que le digo y ya está"; si queremos estimular su cooperación es preferible dirigirse en términos como "lo que le voy a recomendar es un tanto molesto, pero en mi opinión es absolutamente imprescindible que se lo tome con mucho interés..." Y asegurar que puede seguir contando con el médico ("si surge alguna pega especial no deje nunca de venir a verme").

11) Dar por escrito toda la información que se crea que el paciente tiene que recordar con detalle.

Acabar la entrevista

Suele corresponder al médico cerrar la entrevista. Si a transcurrido bien, es momento de resaltar cuándo se le espera de nuevo y de despedirse con las fórmulas de cortesía habituales. Si por el contrario, ha habido importantes problemas en la comunicación, quizás sea bueno reconocerlo y estimular expectativas más favorables ("espero que la próxima vez nos podamos entender mejor...", "pensaré en lo que me ha estado diciendo...", o "de todas formas, le pido que se lo piense mejor..."). Como recomendación final, en cada equipo de Atención Primaria sería conveniente que se articulara, para los distintos profesionales que intervienen en la atención a pacientes, la posibilidad de discutir y estudiar conjuntamente los problemas que plantean los pacientes en la relación, cómo mejorar ésta y la comunicación en cada consulta, para lo que, esperamos, puedan ser válidas algunas experiencias de diversos autores descritas en este capítulo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barsky AJ. The paradox of health. *N Eng J Med.* 1988; 318: 414-418.
2. Mendel W. Staff burn-out: Diagnosis, treatment and prevention. *New directions for Mental Health Services.* 1979; 2: 75-83.
3. Edelwich J. Burn-out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Human Sciences Press. New York. 1980.
4. Maslach C. The cost of caring. Englewood Cliffs. Prentice-Hall. New Jersey. 1982.
5. Gervás JJ, Hernández Monsalve LM. Sobre el estado de ánimo de los médicos: etiopatogenia de la enfermedad de Tomás. *Profesión Médica;* 1989; 6:1677
6. Gervás JJ, Hernández Monsalve LM. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Med Clin.* 1989; 93: 572-575.
7. Mechanic D. Medical sociology. A selective view. New York: The Free Press. 1968.
8. Bennett A, Knox JDE, Morrison AJ. Difficulties in consultation reported by doctors in general practice. *J. Roy Gen Pract.* 1978; 28: 646-651.
9. Pickering WG. The relief of communication. *Lancet,* Oct. 1989; 911.
10. Illich I. Mnémesis médica. La expropiación de la salud. Barral. Barcelona. 1975.
11. Dunning AJ. Hermano Asno. En torno a las limitaciones de la Medicina. El País/Aguilar. Madrid. 1988.
12. Barsky AJ, Kazis LE, Freiden RB et al. Evaluating the interview in Primary Care Medicine. *Soc. Sei Med.* 1980; 144 A: 653-658.
13. Hampton JR, Harrison MJE, Mitchell JRA et al. Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br. Med J.* 11:486-489.
14. Gervás JJ, Hernández Monsalve LM, Martí A et al. La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. I Conferencia Europea de Educación para la salud. U.I.E.S. Madrid. 1987.
15. Tuckett D. An introduction to medical sociology. Tavistock London 1976.
16. Me Whinney IR. An introduction to family medicine. Oxford University Press. 1981.
17. Carroll JG, Monroe J. Teaching clinical interviewing in the health professions. A review of empirical research. *Evaluation and the health professions.* 1980; 3: 21-45.
18. Butt HR. A method for better physician-patient communication. *An Int Med.* 1977; 86: 478-480.
19. Khan G, Cohen B, Jason H. Teaching interpersonal skills in family practice. *J Fam Pract.* 1979; 8: 309-316.
20. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires. 1961.
21. Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Ed. Doyma. Barna. 1988.
22. Di Matteo MR. A social-psychological analysis of physician-patient rapport: toward a science of the art of Medicine. *J. Soc. Is.* 1979; 35: 12-33.
23. Langer EJ, Janis IL, Wolfer JA. Reduction of psychological stress in surgical patients. *J. Exp. Soc. Psych.* 1975; 11: 155-165.
24. Korsh BM, Freemon B, Negrete VF. Practical implications of doctor-patient interaction: analysis for pediatric practice. *Am J Dis. Children* 121: 110-114.
25. Korsch BM, Negrete VF. Doctor-patient communication. *Sci Amer* 227: 66-74.
26. Jaspars J, King J, Pendleton D. The consultation: a social psychological analysis. En: *Doctor-Patient Communication.* Pendleton D y Hasler J; Academi Press. London. 1983.
27. Ley P. Communication variables in health education. Health Education Council Monographs. London. 1980.
28. Ley P. Patients' understanding and recall in Clinical communication failure. En: *Doctor-Patient Communication.* Pendleton D y Haster J. Academi Press. London. 1983.
29. Bales RF. Interaction process analysis: a method for the study of small groups. Reading Mass. Addison-Wesley. 1950.
30. Gervás JJ, Hernández Monsalve M, Pérez Fernández M. Doctor-patient relationship: analysis of the verbal communication. *Allgemein Medizin.* 1989; 18:4.
31. Flanders NA. Análisis de la interacción didáctica. Ed. Anaya. Madrid. 1977.
32. Platt FW, Me. Math JC. Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Int. Med.* 1979; 91: 898-902.
33. Stiles WB, Putman SM, MHP et al. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Med. Care.* 1979; 17: 667-681.

34. Bain DJC. The content of physician/Patient communication in family practice. *J Fam. Pract.* 1979; 8:745-753.
35. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview?. A study of interactions and outcomes. *Soc. Sci. Med.* 1984; 19: 162-175.
36. Byrne P, Long B. Doctors talking to patients. A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries. *Roy Col Gen Prac Ed. London* 1989 (1ª ed. de 1976).
37. Browne K, Freeling P. The doctor-patient relationship. Churchill Livingstone Ed. Edinburg 1976.
38. Balint E, Norell JS. Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1979.
39. Boyle Ch M. Difference between patients and doctors interpretation of some common medical terms. *Br Med J.* 1970; 2: 286-289.
40. Roldan C. Análisis de la comunicación doctor-paciente: una evaluación desde el punto de vista materno en serrings hospitalarios. *Análisis y modificación de conducta.* 1985; 2: 367-384.
41. Bochner S. Doctors, patients and their cultures. En "Doctor-Patient Communication". Pendleton D y Hasler J Ed. Academic Press. London. 1983.
42. Rosentstock IL. Historical origins of the Health Believe Model: origins and correlates in psychological theory. *Health Ed. monog* 2: 336-353.
43. Baric L, Mac Arthur C. Exploration of health norms in pregnancy. *Br J Soc Prev Med* 1979.
44. Parsons T. The social system. The Free Press. New York. 1951.
45. Spendlove DC, Rigdon MA, Jensen WN, Udalle KS. Effects of waiting on patient mood and satisfaction. *J. Fam. Pract.* 1987; 24: 200-202.
46. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The "five minute" consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br. Med. J.* 1986; 292: 870-873.
47. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay et al. The "five minute" consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br. Med. J.* 1986; 292:873-876.
48. Hull FM, Hull FS. Time and the general practitioner: the patient's view. *J. Roy Coll GenPract.* 1984; 34: 71-75.
49. Cartwright A. Patients and their doctors. Routledge and Kegan Paul. Ed. London. 1967; 110.
50. Marsh G, Kaim-Candle P. Team care in general practice. *Croom Heldm Ed. London.* 1976; 132.
51. Me Kinlay JB. Who is really ignorant-physician or patient?. *J. H. Soc. Beh.* 1975; 16 (1): 3.
52. Scott N, Weiner MF. "Patientspeak": an exercise in communication. *J. Med. Ed.* 1984; 59: 890-893.
53. Borrel F. Manual de entrevista clínica. Ed. Doyma. Barcelona. 1989.
54. Gorlin R, Zucker HD. Physician's reactions to patients. A key to teaching humanistic medicine. *N. Eng. J. Med.* 1983; 308: 1059-1063.
55. Rankin HJ, Serieys NM, Elliot-Bims CP. Determinants of mood in general practitioners. *Br. Med. J.* 1987; 294: 618-620.
56. Gómez Esteban R. Reflexiones sobre la relación médico-paciente. *Revista de la A.E.N.* 1989; 29: 181-190.
57. Pendleton D, Schoñeld T, Tate P, Havelock P. The Consultation. An approach to learning and teaching. Oxford University Press. 1987.
58. Iruela Cuadrado LM. Trastornos mentales entre los médicos. *Tribuna Médica* 1983; 1008: 29-31.
59. Bernarde MA, Mayerson EW. Patient-physician negotiation. *Jama* 1978; 1413-1415.