

## TEMA 4

### RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

#### ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción
2. La relación clínica
  - 2.1. Objetivos del encuentro clínico
  - 2.2. Tipos / estilos de relación clínica
  - 2.3. Entrevista clínica centrada en el paciente
3. Entrevista semiestructurada
  - 3.1. Antes de empezar la entrevista
  - 3.2. Fase exploratoria
  - 3.3. Fase resolutive

#### 1. INTRODUCCIÓN

En la primera parte de la clase vamos a hablar de la **Relación Clínica** entre médico y paciente. Ésta, constituye en sí misma uno de los principales objetivos de cada encuentro clínico y, cuyo valor es tal, que ha sido propuesta a la UNESCO como Patrimonio de la Humanidad.

En la segunda parte de la clase, profundizaremos en la **Entrevista Clínica Semiestructurada** como método para la obtención de la historia clínica, por ser ésta el procedimiento inicial y diagnóstico más importante que realizan los médicos en las consultas.

## 2. LA RELACIÓN CLÍNICA

### 2.1 Objetivos del Encuentro Clínico

Los objetivos primordiales de todo encuentro clínico son: conocer la razón por la que consulta el paciente, ayudar a solucionar su problema y establecer una relación clínica adecuada.

Tratar a un paciente no consiste solamente en diagnosticar una enfermedad y prescribir un tratamiento basado en la evidencia.

La enfermedad es una realidad biológica, psicológica y social y por ello es preciso entablar, desde el primer momento, contacto con todas las dimensiones de la persona. Para realizar una consulta eficaz, el médico ha de ser capaz de integrar los cuatro aspectos de su trabajo que, en conjunto, determinan su *competencia profesional*:

- Los "conocimientos médicos"
- Las habilidades de comunicación
- La habilidad para tomar decisiones
- El manejo de las técnicas de exploración

A lo largo de esta clase, nos vamos a centrar en el segundo epígrafe; las habilidades de comunicación. Estos cuatro componentes de la competencia clínica están imbricados entre sí, y todos son necesarios para la buena práctica de la medicina. No es suficiente, por ejemplo, poseer grandes conocimientos médicos, si existen dificultades de comunicación que impiden delimitar el motivo de consulta o imposibilitan que el paciente entienda el plan terapéutico o que, aun entendiéndolo, salga de la consulta sin intención de ponerlo en práctica. Todo el saber médico se transmite cara a cara con los pacientes, y aquí es tan importante lo que se dice como el cómo se dice.

### 2.2 Tipos / estilos de Relación clínica

Conseguir una relación clínica adecuada es uno de los fines de cada encuentro con un paciente. Sin embargo, los médicos utilizan frecuentemente estilos de consultas dominantes y con enfoques biomédicos.

En ocasiones no se trata al paciente como persona (prestar atención a su mundo personal, a sus ideas y preocupaciones respecto al problema), ni se acostumbra a que los enfermos participen en la toma de decisiones. La comunicación empeora con determinados tipos de pacientes (los inmigrantes, ancianos, de bajo nivel socioeconómico, con trastornos psiquiátricos, sida...).

Una relación clínica deficiente dificulta al médico la detección del problema del paciente y su manejo posterior, dando lugar a un uso inadecuado de recursos, produciendo desgaste profesional (síndrome del profesional quemado) y exponiéndonos a problemas médico-legales. También está demostrado que produce un menor cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Podemos reconocer cuatro tipos o estilos básicos de relación entre médicos y pacientes, según el grado de control de unos u otros en la interacción (Tabla I):

- *Relación paternalista*: el médico domina la relación tomando las decisiones que cree convenientes. El papel del paciente consiste en cooperar con los consejos del médico,

hacer lo que se le manda ("cumplir las órdenes médicas"). Esta es la forma tradicional de relación médico-paciente. Funciona mejor con los pacientes de menor educación y con los que aceptan la autoridad.

- *Relación consumista*: los pacientes jóvenes, con mayor nivel educativo y más escépticos, suelen ser más asertivos y demandantes. Ejercen mayor control que el médico y dan la impresión de "consumir" servicios sanitarios. Mientras las peticiones de estos pacientes son consideradas razonables por los médicos, la relación puede que funcione.

- *Relación mutua* : este modelo enfatiza la co-participación; el control y el poder en la relación está equilibrado entre médico y paciente. Se trata de encuentro entre expertos.

- *Relación ausente*: ni paciente ni médico ejercen suficiente control.

**Tabla 1. Tipos de relación según quién ejerza el control**

		Control Ejercido por el Paciente	
		ALTO	BAJO
Control Ejercido por el Médico	ALTO	Mutual	Paternalista
	BAJO	Consumista	Ausente

La tendencia actual anima a construir relaciones mutuales, pero un médico práctico ha de ser flexible para poder responder de la mejor manera posible a las demandas del paciente y, a la vez, ser consecuente con sus circunstancias y valores como profesional.

**2.3 Entrevista clínica centrada en el paciente**

La *satisfacción* de los pacientes y de sus familiares ha sido considerada como un aspecto secundario de la actividad clínica, más en consonancia con elementos de marketing que asistenciales. Sin embargo, se sabe que el grado de satisfacción en la asistencia influye directamente en la comprensión de los problemas, en la capacidad de afrontarlos y en la evolución clínica de los mismos.

Los elementos de la relación y de la comunicación que generan satisfacción en el paciente, respecto a la asistencia prestada son:

- 1- Interés del profesional en la persona, en sus ideas y puntos de vista sobre el problema.
- 2- Recibir información clara y adecuada.
- 3- Que el profesional mantenga una actitud de escucha activa, afable, amistosa, educada y con apoyo emocional.
- 4- Poder exponer sus expectativas.
- 5- Mayor participación en la consulta y en la toma de decisiones.

- 6- Que el médico realice educación para la salud.
- 7- La confianza en el médico.
- 8- Consultas positivas y tranquilizadoras.

Por todo ello, los modelos de relación clínica se están abriendo al abordaje psicosocial de los problemas de salud y no se limitan a considerar solamente los aspectos dependientes del médico o del paciente, sino que integran factores psicológicos, sociales y familiares, como hacen los modelos de relación clínica centrado en el paciente y sistémico.

El modelo de relación clínica centrado en el paciente tiene como precursor a [W. Osler \(1\)](#) y se basa en los siguientes componentes:

- 1- Explorar la enfermedad y las vivencias que al paciente le ocasiona. En inglés existen dos palabras que se pueden traducir como enfermedad, pero que tienen diferente significado: la palabra "disease" expresa la alteración real y morfológica que existe en el organismo, mientras que la palabra "illness" se utiliza para definir el impacto que esa enfermedad tiene en el sujeto, la vivencia que hace de esa enfermedad. Este abordaje de la enfermedad lleva a realizar al paciente la clásica pregunta de a qué atribuye su enfermedad o con qué la relaciona. En esta fase se indaga sobre qué sentimientos le produce, se valora el impacto que la enfermedad tiene sobre su vida, y las expectativas que tiene con respecto al profesional.
- 2- Comprender a la persona completa. El acercamiento a todo paciente debe incorporar su contexto familiar, social, laboral... todos los aspectos del entorno que sean relevantes.
- 3- Buscar acuerdos. Es uno de los puntos del modelo que plantea cambios más radicales en la forma de abordar los problemas de los pacientes. El enfermo debe participar en la toma de decisiones en cuanto al diagnóstico y la pauta diagnóstica propuesta.
- 4- Incorporar tareas de prevención y promoción Cuidar la relación profesional-paciente en cada encuentro.
- 5- Ser realistas, con los recursos que se tienen y con el tiempo real de entrevista.

Se ha comprobado que una relación clínica centrada en el paciente tiene las siguientes consecuencias:

- Mayor calidad de la información clínica obtenida
- Mejor comprensión del mensaje que ofrece el profesional
- Mayor satisfacción del paciente y del profesional
- Un mejor cumplimiento de los tratamientos
- Mejor utilización de los recursos sanitarios
- Mejora de algunos resultados de salud

*(1) William Osler Medico patólogo y clínico, educador, bibliófilo, historiador, escritor y bromista de renombre. Humanista nacido en Canadá en 1894. En 1889 aceptó el cargo de Médico Jefe de la recién fundada Universidad Johns Hopkins Hospital y, en 1893, fue uno de los primeros profesores de medicina de la Johns Hopkins University School of Medicine. Quizás el mayor aporte a la medicina de Osler fue insistir en que los estudiantes aprendieron a ver y hablar con los pacientes y el establecimiento del sistema formativo de la Residencia Médica.*

### 3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

En el trabajo diario, un médico asistencial se enfrenta a un número variable de entrevistas clínicas, con diferentes motivos y demandas de salud, procedentes de pacientes distintos, que pueden producir impactos emocionalmente negativos. Todo ello en un tiempo escaso en la mayoría de las ocasiones.

La entrevista semiestructurada es un método de trabajo que tiene como fin facilitar la práctica clínica diaria. Consiste en una secuencia de tareas y habilidades, verbales y no verbales, que siguen un orden lógico y permiten abordar satisfactoriamente la mayoría de las consultas.

La entrevista clínica semiestructurada cuenta con cuatro etapas:

1. Antes de empezar la entrevista
2. Fase exploratoria: en la que conectamos con el paciente, obtenemos información y entendemos la perspectiva del paciente
3. Fase resolutive: en la que informamos al paciente y acordamos un plan de actuación
4. Cierre de la entrevista

En la tabla 2 podemos observar los elementos fundamentales a desarrollar por parte del entrevistador en cada una de las etapas.

#### 3.1 Antes de empezar la Entrevista

Al comenzar una consulta, es conveniente considerar los siguientes aspectos:

1. Importancia de los elementos no verbales y del orden: mesa ordenada, ordenador encendido, impresos a nuestro alcance, historias, analítica y otras pruebas a mano, bata limpia, expresión relajada y tranquilidad...
2. Valorar la carga asistencial del día para equilibrar el tiempo que dedicamos a cada paciente.
3. Proporcionar instrucciones para filtrar interrupciones: llamadas exteriores, compañeros, otros pacientes, etc...
4. Intentar lograr un clima de concentración e interés y superar las emociones negativas, que pueden interferir en la escucha o toma de decisiones.
5. *Repasar la lista de problemas del enfermo antes de que entre en consulta, el motivo de la última visita y el tratamiento que sigue.*

### 3.2 Fase Exploratoria

En esta fase hay tres tareas: abrir un dialogo, obtener información y entender la perspectiva del paciente.

#### 3.2.1. Abrir un diálogo

*Establecer una relación terapéutica* y abrir un diálogo conectando adecuadamente con el paciente y/o su familia. Se trata de una tarea que se ha de iniciar aquí, pero que se mantiene a lo largo de toda la entrevista.

Los siguientes elementos comunicativos son útiles para lograr un recibimiento adecuado y cordial:

1. Saludo.
2. Contacto visual-facial: la mirada.
3. Contacto físico: Las personas necesitamos el contacto físico en las relaciones sociales, especialmente cuando necesitamos ayuda.
4. Sonrisa: El recibir con una sonrisa muestra agrado y buena disposición.
5. Llamar al paciente por su nombre: Demuestra cierta familiaridad y facilita el establecimiento de una relación. En caso de duda, evitar el tuteo.
6. Acomodar: Invitar a los pacientes a sentarse y ponerse cómodos, bien sea verbal o gestualmente, denota cortesía y disponibilidad.
7. Clarificar papeles: Presentarse puede ser necesario en algunas ocasiones.

#### 3.2.2. Obtener Información

Tras saludar y acomodar al paciente, *delimitar el motivo de consulta* mediante una pregunta abierta. No hay que presuponer el motivo de consulta, ni dar por sobreentendido que es por una sola causa.

En este momento, es esencial comenzar a diferenciar las demandas de las quejas. Diferencia que se basa en las expectativas del paciente: mientras en la demanda existe tal expectativa, en la queja no.

La primera parte de la entrevista consiste en buscar la información que aporta el paciente en su lenguaje, e ir traduciéndola interiormente al lenguaje médico, realizando una serie de hipótesis para llegar a un diagnóstico.

Aquí el flujo de información es del paciente al médico.

Las técnicas para lograrlo son:

1. Mirada de concentración
2. Escuchar y observar con atención el lenguaje que utiliza el paciente, así como las señales no verbales, pero sin interpretar
3. Facilitar que el paciente prosiga cuando sea necesario
4. Existe todo un abanico de formas para hacerlo: el sistema más común para indicar que prosiga, consiste en prestar atención sincera a la otra persona. En segundo lugar están todos los signos no verbales o casi verbales de facilitación: los asentimientos con la cabeza y los sonidos de aceptación.

También se puede repetir exactamente lo que el paciente dice reflejando una frase, una idea o una palabra significativa pronunciada por el mismo enfermo.

5. Transmitir al paciente que se ha logrado CONECTAR con él, demostrar que se le ha entendido, mediante un resumen o sumario.

#### *Posteriormente habrá que completar la anamnesis*

Una vez que el paciente ha contado con sus propias palabras y de manera espontánea el motivo o motivos de consulta, y atendiendo a las diversas hipótesis que van surgiendo sobre lo que se debe hacer o sobre el tipo de padecimiento del paciente, se completa el interrogatorio. Para ello hay que utilizar las siguientes técnicas:

1. Preguntas abiertas: aquellas que obligan a responder con una frase, no simplemente afirmando o negando.

2. Menú de sugerencias: cuando el paciente tiene dificultades para explicarse o las preguntas abiertas no son bien comprendidas, se puede ofrecer varias posibilidades.

3. Preguntas cerradas: son aquellas que pueden responderse con un monosílabo. No expresan matices y se contestan en muchas ocasiones automáticamente sin reflexionar y con el fin de agradar al profesional. Se deben realizar cuando interesa un aspecto concreto para probar una hipótesis.

En resumen, en el interrogatorio se avanza de lo general a lo particular: preguntas abiertas de inicio, menú de sugerencias y preguntas cerradas para aclarar y obtener datos concretos y de importante valor semiológico.

#### *Anamnesis en extensión*

Hay muchas ocasiones en que el médico debe ampliar su interrogatorio más allá del entorno físico y abarcar los aspectos psicológicos, familiares y sociales implicados en la problemática del paciente. Es decir, valorar el contexto en el que surgen los problemas de salud y su relación con ellos. Para esto se realiza una anamnesis psicosocial. Las preguntas para explorar esta área se refieren a:

- a. Entorno del paciente: casa, trabajo, pareja, hijos, etc...
- b. Acontecimientos vitales.
- c. Afectividad y pensamiento: estados de ánimo, pensamientos obsesivos, etc...

### **3.2.3.- Entender la perspectiva del paciente**

Conocer la visión que el paciente tiene de su enfermedad, así como su contexto familiar y social, facilita la labor de diagnóstico y tratamiento:

- a. Interesarse por las ideas del paciente
- b. Interesarse por las preocupaciones del paciente
- c. Interesarse por las expectativas del paciente

La anamnesis centrada en el paciente es especialmente importante cuando interesa saber el impacto biográfico de la enfermedad, el paciente manifiesta emociones de inquietud, enfado o agresividad, o falta "algo" en la historia.

Las cuestiones clave que el médico debe tener en cuenta, cuando cree que ha completado la anamnesis, son:

- ¿Puedo mostrar a este paciente los motivos que le indujeron a venir a mi consulta?
- ¿Tengo suficiente información para decidir lo que debo hacer?

En la mayoría de las ocasiones es necesario completar la anamnesis con una exploración física o pruebas complementarias. Hay que informar al paciente de los procedimientos a realizar y pedir su consentimiento oral para hacerlo.

También hay que tener en cuenta que determinadas exploraciones constituyen una agresión a la intimidad de los pacientes, bien por su propia naturaleza (por ejemplo, un tacto rectal), o bien por las creencias y valores culturales del paciente.

### 3.3 Fase resolutive

La parte resolutive de la entrevista se inicia en el instante en que el profesional se ha formado una idea de lo que le ocurre al paciente o de la conducta más adecuada para llegar a un diagnóstico, prevención o tratamiento de sus problemas. En esta fase, el flujo de información es fundamentalmente de paciente a médico.

Las tareas básicas de esta parte de la entrevista son:

1. Compartir la información con el paciente.
2. Llegar a acuerdos en los problemas y los planes.

Dentro de los planes de actuación podemos incluir:

1. Decidir hacer una prueba necesaria para establecer un diagnóstico.
2. Probar un tratamiento y observar su respuesta.
3. Decidir estar a la expectativa y ver qué sucede.
4. Preguntar a alguien más su opinión.
5. Dedicarle más tiempo en otra ocasión.
6. Enviar al enfermo a otro especialista.
7. Pedir la colaboración de la familia en la evaluación del enfermo.

#### 3.3.1 Técnicas para informar adecuadamente

La información debe proporcionarse de forma estructurada para que se entienda y se recuerde. Para ello existen las siguientes reglas:

1. Presentar el asunto u objeto de lo que va a tratar.
2. Emplear palabras y frases cortas.
3. Explicar relaciones causa-efecto de las medidas propuestas.
4. Poner ejemplos.
5. Cuidar una dicción clara y una entonación adecuada.
6. Ser concreto.
7. Ordenar; los puntos que mejor se recuerdan son el primero y el último.
8. Usar vocabulario neutro: evitar un exceso de términos técnicos (jerga médica), excesivamente cultos (adaptarse al nivel cultural de paciente) o con alto contenido emocional (por ejemplo: incurable, agresivo o cáncer).
9. Enumerar los problemas de salud encontrados, explorando las expectativas y prioridades del paciente.

10. Averiguar los conocimientos previos del paciente sobre el problema de salud, sobre todo en aquellos diagnósticos que vayan a suponer cambios permanentes en su vida o cuando los contenidos son graves y su efecto emocional importante.
11. Añadir un complemento visual-táctil, otras vías de comunicación distintas a la auditiva, como gráficos o información escrita.
12. Simplificar los regímenes terapéuticos, integrándolos en la vida y costumbres.
13. Dar instrucciones por escrito.
14. Comprobar asimilación.

En la fase resolutoria de la entrevista es importante ser bidireccional: preguntas abiertas, escuchar, de nuevo preguntar.

### **3.3.2 Llegar a acuerdos sobre el problema y las medidas diagnósticas o terapéuticas**

Uno de los objetivos más difíciles de alcanzar en la consulta.

El hecho de intentarlo supone que se está realizando un estilo de consulta realmente "centrada en el paciente".

Para promover la disposición del paciente y/o la familia a aceptar el plan de tratamiento, hay que saber que las personas aceptan de mejor grado aquellas decisiones en las que han participado activamente. De ahí que el núcleo en esta actividad consiste en hacer participar al paciente en la valoración de las opciones de manejo del problema.

La participación de los pacientes en esta fase de la entrevista clínica no es un hecho que se observe a menudo en nuestras consultas. Las habilidades para hacerlo ([Silverman J. 1988](#)):

- Compartir los razonamientos: las ideas, la forma de pensar y los dilemas que se presentan.
- Explicar cómo se piensa que va a influir el plan de acción en el problema del paciente, en su futuro inmediato, a corto y a largo plazo. Si hay motivos para prever una consecuencia negativa (sean los efectos secundarios del tratamiento o ausencia de respuesta al mismo) es mejor manifestarlo.
- Ofrecer alternativas: animar a los pacientes a tomar decisiones y a elegir en la medida que deseen.
- Implicar al paciente con sugerencias en vez de con mandatos.
- Animar al paciente a contribuir con sus ideas, sus sugerencias y sus preferencias.

### **3.3.3 Negociar cuando sea preciso**

Cuando las cosas van bien, se puede observar en los pacientes una variedad de gestos y palabras de aceptación (sonrisas, cabeceos afirmativos...), y viceversa, cuando duda o no está de acuerdo con el plan que le proponemos, podemos observar gestos y palabras de no aceptación (caras serias, interrogantes, inmovilidad, etc...).

Ante la aparición de una discrepancia, debemos plantearnos una negociación que nos permita llegar a un acuerdo mutuamente aceptable.

Negociación es cualquier proceso en el que se trata de llegar a un acuerdo sobre intereses comunes.

En el modelo de entrevista semiestructurada, la fase resolutive de la entrevista clínica comienza cuando el profesional expone al paciente un resumen de lo que ha encontrado en la fase exploratoria y hace una propuesta de acuerdo. Si el paciente está conforme empieza a informar, pero... a veces aparecen resistencias y se debe responder a ellas.

### **3.3.4 Respuesta evaluativa en lugar de respuesta justificativa**

Cuando se detectan resistencias, se suele responder a ellas reafirmando las recomendaciones que las han desencadenado. Se justifica la misma actitud, y aquí está el error. Lo que procede es evaluar, preguntar las razones, explorar las creencias y hacer aflorar cuales son los pensamientos y sentimientos del enfermo.

El punto clave de una negociación es saber utilizar la respuesta evaluativa en lugar de la respuesta justificativa.

Valorar conjuntamente el problema, elaborar y estructurar juntos la información para alcanzar un acuerdo capaz de satisfacer intereses comunes.

Las resistencias se incrementan con un clima carente de empatía.

### **3.3.5 Cierre de la Entrevista**

Generalmente es el profesional el que suele iniciar la despedida.

Considerar las siguientes conductas:

- Resaltar que ha llegado el momento del cierre.
- Resumir la sesión y el plan de actuación.
- Aclarar los pasos siguientes.
- Tomar precauciones.

A la hora de tomar precauciones deberíamos tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- 1- Si estoy en lo cierto ¿Qué espero que ocurra?
- 2- ¿Cómo voy a saber si estoy equivocado?
- 3- ¿Qué voy a hacer posteriormente?
- 4- Ofrecer apoyo y animar.
- 5- Despedirse siempre de manera cordial.

**Tabla 2. Elementos principales a destacar del entrevistador en cada fase de la entrevista**

Antes de empezar la consulta	Proxémica
Fase exploratoria, - Abrir diálogo	Cordialidad
Fase exploratoria, - Obtener información	Baja Reactividad
Fase exploratoria, - Perspectiva del paciente	Empatía
Fase resolutive, - Técnicas de información	Asertividad
Fase resolutive, - Negociación	Empatía
Fase resolutive, - Cierre de la entrevista	Cordialidad

## BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell i Carrió Francesc. Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas. Barcelona: Semfyc Ediciones, 2004
2. Moral RR. Relación Clínica, Guía para Aprender, Enseñar, e Investigar. Barcelona: Semfyc Ediciones, 2004
3. Elviro P, Serrano R. Cómo entender al paciente y que él nos entienda. Madrid: Sankyo Pharma, 2005
4. Neighbour R. La Consulta Interior. Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Barcelona: J&C SL, 1998
5. Davis M. Técnicas de Autocontrol Emocional. Barcelona: Martínez Roca, 1985
6. Bayés R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial, 2006