



Libros Virtuales IntraMed



La entrevista médica

"I keep six honest servingmen

(They taught me all I knew)

Their names are What and Why and When

And How and Where and Who.

Rudyard Kipling (1902). The Elephant's Child

"Al tomar historias sigue cada línea de pensamiento, no hagas preguntas que dirijan la respuesta, nunca sugieras, permite que el paciente se queje en sus propias palabras."

William Osler. 1903. Aforismos

Contenidos :

Este capítulo está dedicado a detallar los aspectos técnicos de la entrevista médica.

Tipos de entrevista.

Entrevistas orientadas a recabar información: de admisión, para realizar la historia clínica, de evaluación de la evolución de los tratamientos, de los proyectos de investigación.

Entrevistas psicoterapéuticas.

Entrevistas de los médicos especialistas.

Entrevistas en las emergencias.

De acuerdo con la modalidad de la conducción de las entrevistas éstas se pueden clasificar en: dirigidas, semidirigidas, libres.

Las fases de la entrevista médica :

Preparación: Anticipación. Planificación. Preconceptos del paciente. Preconceptos del médico. Preparación del lugar en el que se desarrolla la consulta. Ansiedades personales.

Iniciación: Clima terapéutico. Contención. Comentarios personalizados. Motivo de consulta. Objetivo de la consulta.

Exploración: Historia de los problemas. Expresión de sentimientos. Examen físico

Terminación: Encuadre. Resumen breve y específico del problema . Objetivo consensuado. Contrato. Dudas e inquietudes del paciente.

La formulación e preguntas. Tipo de preguntas: Preguntas exploratorias. Preguntas clarificadoras. Preguntas cerradas. Preguntas abiertas. Preguntas mixtas. Preguntas con varias opciones. Preguntas inadecuadas.

El silencio

Técnicas verbales: Parafrasear. Repetir o reiterar. Reflejar. Esclarecer o clarificar. Argumentar. Señalar. Interpretar.

Aconsejar.

Aspectos psicoterapéuticos de la entrevista médica.

Intervenciones terapéuticas. Intervenciones no terapéuticas.

La entrevista médica

La entrevista médica, sigue siendo una herramienta de fundamental importancia en la práctica clínica, no solamente porque permite recabar la información necesaria que fundamentará una hipótesis diagnóstica, sino porque en el espacio

interpersonal que se genera, se facilita la comunicación de dicho diagnóstico y de la propuesta de tratamiento. Además, permitirá el control y la evaluación de los resultados de la terapéutica implementada.

No hay que confundirse pensando que la entrevista es una tarea médica orientada tan sólo a obtener información espe-

cífica y que terminará cuando se haya conseguido ésta, como si un médico fuera un mero encuestador .

Debemos pensar que la entrevista constituye el momento de encuentro de los participantes de un vínculo comunicacional y afectivo que persistirá a lo largo del tiempo , modificándose y evolucionando al unísono con sus protagonistas.

De esta forma, la entrevista médica presentará las características propias de la relación dentro de cuyo marco tiene lugar.

Además de todo lo antedicho, la entrevista médica es en sí misma terapéutica ,

Puesto que desde el mismo momento en que una persona decide recurrir al médico con el objetivo de que éste le ayude a conservar su salud o porque se siente enferma y desea sanar, comienza a percibir cierto alivio ya que irá al encuentro de un profesional que con sus conocimientos le brindará las herramientas para lograr estos propósitos.

Este sentimiento de compartir con otro una carga con otro al que se le supone un saber y un saber qué hacer, disminuye la angustia y permite organizar mejor los recursos propios para afrontar la situación.

Sucede con bastante frecuencia que algunos síntomas se alivian o llegan a desaparecer luego de la visita al médico, antes de haberse iniciado el tratamiento prescripto por él.

Estas “curas” llamadas transferenciales (Ver capítulo V: Aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente), son de duración breve y a veces conspiran contra el tratamiento, ya que facilitan el abandono de éste o retardan su inicio al pensar los pacientes que el problema se resolvió.

La primera entrevista que se realiza está siempre claramente dirigida a lograr esencialmente una aproximación diagnóstica .

Lo que predomina es la recolección de información, teniendo en cuenta que la información en medicina no solamente está referida a datos objetivos .

El médico observará atentamente también la afectividad del paciente, su estilo de comportamiento, las características de su pensamiento y su modalidad de relación, ya que todos los datos obtenidos de este tipo de observación constituyen una rica y útil información adicional que contribuyen a la implementación de un tratamiento médico más efectivo.

Tipos de entrevista.

Existen diferentes modos de entrevistar según el objetivo que se desee lograr, lo cual implica que también el tiempo invertido es variable.

Es importante considerar que, si bien los aspectos afectivos y dinámicos que tienen lugar entre los involucrados, en muchas entrevistas no ocupan el foco de la atención del entrevistador, no por ello dejan de tener existencia y es conveniente tener por lo menos noción de lo que acontece en el terreno relacional e interaccional para tomar medidas en caso de ser necesario.

Pueden ser clasificadas del siguiente modo:

1-Entrevistas orientadas a recabar información:

- ❖ Admisión.
- ❖ Historia Clínica
- ❖ Seguimiento.
- ❖ Proyectos de investigación.

2-Entrevistas psicoterapéuticas.

3-De los médicos especialistas.

4-En las emergencias.

1. Entrevistas orientadas a recabar información.

Focalizadas en la obtención de datos . La dimensión relacional queda en un segundo plano .

- ❖ •Entrevistas de admisión.
- ❖ •Entrevistas para realizar la historia clínica.
- ❖ •Entrevistas de evaluación de la evolución de los tratamientos.
- ❖ Entrevistas de proyectos de investigación.

Admisión .

Así se llama a la primera entrevista que se le realiza a un paciente en un servicio hospitalario. En algunos países esta denominación se aplica a la entrevista de ingreso en un hospital o en un sistema de salud y se reduce a la recolección de los datos de filiación y demográficos, útiles sobre todo, para definir quién se hace cargo de los gastos que la atención del paciente originará.

Entrevistas para confeccionar la historia clínica completa .

Algunos médicos trabajan en equipo con colegas más jóvenes que se encargan de realizar esta tarea. En la internación, los médicos residentes son quienes habitualmente la realizan .

Los médicos clínicos por lo general, elaboran una historia clínica completa en la primera entrevista a la que se irá incorporando paulatinamente, información con el transcurso del tiempo.

Entrevistas de los proyectos de investigación .

En estas entrevistas los datos son recogidos mediante cuestionarios, tablas o inventarios ya que la información lograda debe tener cierta particularidad de estandarización para poder ser analizada a posteriori, con una metodología estadística.

Entrevistas de evaluación de la evolución de los tratamientos .

Son más breves que las primeras entrevistas, salvo que al problema original que motivó la primera entrevista, se le agregara un nuevo tema médico a resolver o que el tratamiento prescripto no estuviera produciendo los efectos deseados.

2.Entrevistas psicoterapéuticas.

La información es fundamentalmente psicosocial. Los signos y síntomas que se recaban corresponden al área del pensamiento, de los afectos o del comportamiento .

El objetivo no está focalizado en recabar información sino en producir cambios en el área de su competencia: atenuación o desaparición de síntomas emocionales displacenteros, mejoramiento de los vínculos interpersonales, del propio rendimiento intelectual, personal, etc.

Es una entrevista terapéutica cuya técnica dependerá de la orientación del terapeuta .(Psicoanalista Freudiano, Kleiniano o Lacaniano, Psicoterapeuta Dinámico , Sistémico, Fenomenólogo, Gestáltico, Jungiano, Analista de la Existencia, Cognitivo, Conductista, Transaccional, etc.)

3.Entrevistas de los médicos especialistas .

En este caso todo el esfuerzo se concentra específicamente en lograr información del área que les compete.

Generalmente estos profesionales reciben a sus pacientes por derivación de otros colegas, especialmente médicos clínicos.

Pero en los últimos años, los pacientes suelen solicitar ser atendidos por un especialista directamente, lo que muchas veces confunde y produce retrasos en el diagnóstico.

4.Entrevistas en las emergencias .

La entrevista está orientada especialmente a lograr la

obtención de datos que faciliten la rápida resolución de la patología aguda .

Es diagnóstica y también terapéutica.

De acuerdo con la modalidad de la conducción de las entrevistas éstas se pueden clasificar en :

1.Entrevistas dirigidas.

2.Entrevistas semidirigidas.

3.Entrevistas libres.

1.Entrevistas dirigidas .

Este tipo de entrevista suele ser muy útil en las emergencias. Están realizadas sobre la base de preguntas que el Médico formula orientadas a recabar información rápida y específica , acerca del problema a tratar . Las preguntas tendrán siempre un contenido de fácil e inmediata comprensión , y se tratará de que el paciente se exprese lo más concisamente posible . Esta modalidad de entrevista es ideal en las emergencias, también puede ser utilizada en las consultas de control.

Ventajas.

- ❖ Se recoge información concreta y específica.
- ❖ Se obtienen los datos clínicos que el entrevistador considera críticos.
- ❖ No se favorecen las manipulaciones por parte del paciente y/o su familia.
- ❖ Los problemas pueden ser evaluados rápidamente.
- ❖ La prescripción de soluciones también puede ser más rápida.
- ❖ Podría ser considerada más eficiente ya que no se invierte tiempo en la exploración de áreas no relacionadas con la dificultad a tratar.

Desventajas.

- ❖ La poca escucha que conspira contra la empatía puede facilitar los errores de apreciación.
- ❖ El paciente queda ubicado en una posición de pasividad.
- ❖ Se dificulta la creación de la alianza necesaria para una firme adherencia al tratamiento.
- ❖ La información será forzosamente incompleta.
- ❖ No se puede evaluar la capacidad de comprensión y resignificación del paciente

2.Entrevistas semidirigidas .

Durante estas entrevistas se alternan momentos de expresión libre con preguntas centradas en aquellos temas , que el Médico evalúa como de mayor importancia clínica o que exigen a su juicio mayor precisión.

Ventajas.

- ❖ La escucha empática favorece una alianza terapéutica firme.
- ❖ Permite evaluar y estimular los recursos propios del paciente para definir, confrontar y resolver.
- ❖ Estimula el fortalecimiento del Yo.
- ❖ El paciente se compromete con el proceso terapéutico.
- ❖ Favorece la adherencia al tratamiento.

Desventajas.

- ❖ Insume más tiempo.

3.Entrevistas libres.

Son aquellas en las cuales el médico no pregunta, ni orienta el discurso del paciente . Este es el tipo de entrevista propia del psicoanálisis.

Las fases de la entrevista médica.

1-Preparación:

- ❖ Anticipación.
- ❖ Planificación.
- ❖ Preconceptos del paciente y del médico.
- ❖ Preparación del ámbito donde se desenvuelve la consulta.
- ❖ Ansiedades personales

2-Iniciación:

- ❖ Clima terapéutico.
- ❖ Contención.
- ❖ Comentarios personalizados.
- ❖ Motivo de consulta.

3-Exploración:

- ❖ Historia de los problemas.
- ❖ Evaluación de los sentimientos.
- ❖ Examen físico.

4-Terminación:

- ❖ Encuadre.

- ❖ Resumen.
- ❖ Objetivo.
- ❖ Contrato.
- ❖ Dudas del paciente.

1.Preparación.

Esta fase comprende todo aquello que se moviliza cuando el paciente toma la decisión de realizar la consulta con el médico.

Anticipación.

Es un mecanismo útil para prepararse a enfrentar una situación nueva o poco habitual. Las personas más sanas psicológicamente pueden utilizar este mecanismo sin dificultades. Comprende todas las fantasías que se tejen alrededor del encuentro mismo. Es el momento en que se inicia el efecto terapéutico de la entrevista. Tiene que ver con el compartir con alguien idóneo, preparado para resolver el problema.

Planificación .

La planificación forma parte del mecanismo de anticipación. Está constituida por todas las disposiciones y medidas que se toman para poder realizar la consulta: modificación de los horarios, cambios en las tareas habituales etc..

Las dificultades, los errores o la ausencia de los recaudos que se deben tomar para concretar la consulta, pueden ser indicadores de resistencia no conciente a realizarla, por temor al diagnóstico o de fallas en la capacidad de organizar el tiempo y las actividades no habituales.

Preconceptos del paciente.

Son el conjunto de las ideas que el paciente tiene acerca del médico que lo va a atender. Estas ideas tienen una directa relación con la persona que lo recomendó. Cuando no es así, estarán asociadas con la institución a la que el profesional pertenece, o con el hecho de ser docente universitario, etc.

Preconceptos del médico.

No sólo el paciente teje fantasías alrededor del médico. Éste a su vez también elabora suposiciones acerca de la persona que lo va a consultar. A veces, estos pensamientos están fundados en comentarios del colega que deriva al paciente, o de la secretaria que lo recibe o tienen que

ver con su edad, etc.

Preparación del lugar donde se desarrolla la consulta .

El médico personalmente o alguien delegado por él, será quien prepare el lugar donde se va a recibir al paciente.

Deberá considerar desde el número de sillas, en el caso de que éste concorra acompañado, hasta que, los recetas, folletos y formularios que pueda necesitar estén al alcance de la mano , así como su agenda de trabajo, etc.

Estar preparado (anticipar), permite trabajar más relajado para crear un clima de cordialidad y eficiencia, sin disarmonías ni interrupciones.

Ansiedades personales .

Son las que se movilizan antes de una entrevista, tanto en el paciente como en el médico. En el primero tienen que ver con la enfermedad y con todas las fantasías que giran alrededor del "estar enfermo".

En el médico, se relacionan habitualmente con su autoestima y con los temores producidos por falta de confianza acerca de la propia capacidad para desempeñarse en la tarea.

Como es de suponer, estas ansiedades, son razonablemente mayores en los médicos con menor experiencia.

2.Iniciación.

Comienza con el encuentro con el médico . En esta etapa las ideas y preconceptos de la fase anterior se confrontarán con la realidad.

Clima terapéutico.

Se establecen las bases de la relación. Una actitud amable y relajada , la escucha atenta, las preguntas oportunas por parte del profesional demuestran interés y concentración, además de generar un clima particular que producirá confianza en el paciente.

Contención.

El clima terapéutico antedicho funciona conteniendo las ansiedades relacionadas con el problema que trajo al paciente a la consulta. En este momento se confrontan con la realidad las expectativas referentes a la figura del médico.

Comentarios personalizados.

Estos comentarios ponen de relieve que la escucha, además de ser atenta fue empática y que el médico se ha mostrado interesado en todo lo que el paciente le ha dicho.

Motivo de consulta.

Se define claramente qué fue lo que concretamente motivó al paciente a tomar la decisión de consultar .

Hay que tener muy presente que muchas veces las personas concurren al médico consultando por problemas menores, ya que no registran o no quieren registrar que tienen problemáticas o síntomas mucho más serios.

3.Exploración.

- En esta etapa ambos participantes de la entrevista se dedican al tema principal de ésta , la afección del paciente
- Finaliza con la realización del examen físico.

Historia de los problemas.

Se trata del relato de las dificultades o problemas que traen al paciente a la consulta.

Se pregunta todo lo que se relacione con dichas dificultades.

Se profundiza el motivo de consulta. Se evalúa si éste coincide con lo que el médico considera como la enfermedad actual y se recaba la información correspondiente a los antecedentes de ésta.

Expresión de sentimientos.

Se evalúan las emociones referidas a lo que está contando el paciente, tratando de detectar su situación emocional actual y su modalidad o estilo para enfrentar problemas de salud.

Examen físico : en esta fase tiene lugar el examen físico del paciente

4.Terminación.

Consiste en aclarar y acordar una serie de normas que regirán la relación y las acciones para lograr la recuperación de la salud.

Encuadre, se aclaran las reglas y normas.

Resumen breve y específico del problema que trajo al paciente a la consulta y de cuál es el plan

que el médico propone para resolverlo.

Objetivo consensuado.

Consiste en lograr el acuerdo con lo que el médico propuso, mediante alguna negociación de ser esto necesario y posible.

Contrato.

El paciente asume el compromiso de respetar el encuadre y los objetivos consensuados.

Dudas e inquietudes del paciente .

Es conveniente que, antes de finalizar la entrevista, se deje un tiempo para que el paciente realice preguntas y comentarios, procurando que pueda aclarar antes de retirarse todas las dudas que se le ocurran.

La formulación de preguntas.

El basamento de todo buen diagnóstico es la anamnesis, o el arte de hacer que el paciente recuerde las circunstancias de los problemas que lo aquejan y lo han llevado a la consulta con el médico.

En medicina , informarse acerca del paciente implica realizar preguntas.

El profesional de la salud espera que estas preguntas sean respondidas con la máxima honestidad posible.

Para ambos miembros de esta relación resulta claro que este es el principio básico para llegar al diagnóstico.

A tal punto esto es así que a los niños pequeños, a los ancianos, a las personas con dificultades en la comprensión o en la expresión verbal, los familiares los acompañan al médico no solamente para prestarles apoyo y contención, sino para brindar información complementaria.

No es raro que haya divergencias entre el tipo de preguntas que el médico debe realizar y las que los pacientes o sus familiares consideran pertinentes.

Por esta razón, es importante crear un clima amable y continente desde el inicio de la entrevista lo que promoverá que el paciente se tranquilice y confíe en el criterio de su médico cuando éste le pregunta y también para que esa confianza le permita al paciente poder preguntar a su vez exponiendo sus dudas, sus temores e inseguridades acerca de lo que el médico le propone.

Después de saludar al paciente y a sus acompañantes, si los hubiera, y de hacer algunos comentarios sobre el tiempo, el viaje, de preguntar por recomendación de quién solicitaron la consulta, etc., se puede iniciar la entrevista luego de solicitarle al acompañante que se retire y espere, siempre y cuando el paciente sea un adulto que se vale por sí mismo.

Estos comentarios aparentemente intrascendentes permiten la distensión .

Una forma de iniciar el proceso de conocimiento del que consulta, sin tocar temas que generen angustia o resistencias y por lo tanto bloqueos, es iniciar la entrevista averiguando los datos de filiación y demográficos para luego seguir con el motivo que originó la concurrencia que, por otra parte, es el tema del cual el paciente desea hablar.

Selección de los tipos de preguntas.

La elección de los tipos de preguntas a efectuar tiene que ver con numerosos factores entre los que fundamentalmente debemos considerar los siguientes :

- ❖ Objetivos de la recolección de la información.

¿Qué datos queremos y para qué los queremos?

- ❖ Situación de la entrevista.

En internación, ambulatoria programada, de emergencia, primera entrevista o admisión, entrevista de seguimiento de un tratamiento.

- ❖ Capacidad del paciente para responder.

Nivel de conciencia, estado de las funciones cognitivas, capacidad

intelectual. Nivel de estrés del paciente.

- ❖ Características de la personalidad.

Al responder las primeras preguntas ya puede observarse si el paciente se siente cómodo o incómodo, presionado, perseguido, si se muestra reticente, colaborador, etc.

Según el estilo de personalidad, la forma de preguntar y el tipo de preguntas serán diferentes.

Tipos de pregunta

1-Exploratorias.

2-Clarificadoras.

El paciente:

- ❖ Utiliza vocablos médicos.

- ❖ Utiliza términos con significados personales.

- ❖ No registra adecuadamente sus síntomas.

- ❖ Confrontación-Sondeo.

3-Cerradas.

4-Abiertas.

5-Mixtas.

6-Con varias opciones.

7-Inadecuadas.

- ❖ Interpretar fuera de contexto.
- ❖ Pseudopregunta: agredir-reprender.

1.Preguntas exploratorias.

Están dirigidas a definir con la mayor precisión posible lo que el paciente manifiesta como síntoma.

Ej.: Cuando el paciente expresa que siente que "a veces le falta el aire", el médico debe poder diferenciar el tipo de disnea que padece el paciente. Para ello hará una serie de preguntas que le permitirán obtener la información necesaria para lograr esa diferenciación.

2.Preguntas clarificadoras.

Son las que están orientadas a lograr certeza acerca de lo que el paciente quiere decir en realidad.

2.1- El paciente utiliza vocablos médicos .

Ej.: Los pacientes suelen hablar de "náuseas", "mareos", "dolor en el hígado". El significado popular de estas palabras puede diferir del significado médico.

2.2- El paciente utiliza términos personales para definir sus molestias.

Ej.: Una enferma manifestaba que cuando pensaba en su problema "se le ajustaba el moño en el estómago". Ella estaba reconociendo la naturaleza emocional de la molestia, pero no la llamaba "angustia".

2.3- El paciente no reconoce lo que le está pasando.

Esto sucede especialmente con los síntomas emocionales o cuando éstos son reemplazados por sintomatología física. Los enfermos no se dan cuenta de lo que les está pasando aunque dicen "sentirse mal".

Ej.:

- ❖ a-Una paciente se quejaba de que "se le cerraba el estómago", dejó de comer, se sentía débil y cansada, pensaba que tenía "debilidad física". Al seguir indagando, se llegó a la conclusión de que padecía una depresión ansiosa que curó con el tratamiento específico.
- ❖ b-Un paciente consultó por un intenso dolor de es-

tómago que aparecía cuando su jefe lo presionaba en el trabajo.

- ❖ c-Una paciente padecía crisis hipertensivas cuando discutía con la hermana.
- ❖ d-Una estudiante padecía de dermatitis alérgica antes de un examen .
- ❖ e-Una paciente consultó por "una infección urinaria", en realidad padecía de enuresis consecuencia de un adenocarcinoma de ovario de gran envergadura, que ella había atribuido a que "engordaba por la menopausia".

2.4 - Se puede preguntar sobre alguna apreciación realizada por el médico, confrontando al paciente, para evaluar si éste comparte esta apreciación.

Ej.: Médico :

- Lo hice esperar mucho : ¿está disgustado conmigo?

3 - Preguntas cerradas.

Se caracterizan por restringir al paciente a brindar una información precisa y limitada .

Este tipo de preguntas se utiliza habitualmente en las entrevistas diagnósticas. Se emplean mucho menos como instrumento terapéutico, aunque es muy probable también que una pregunta de este tipo pueda ser útil como señalamiento, al destacar una circunstancia que el paciente tiende a minimizar o a negar.

Motivan que el paciente dé respuestas breves e inmediatas.

No estimulan las asociaciones del entrevistado.

Se obtiene información precisa pero incompleta ya que no se favorece que el paciente pueda ampliar la respuesta, lo cual a veces resulta necesario.

La información que se recaba comprende datos demográficos, de la historia médica del paciente y diagnósticos.

Es poco útil en la valoración de la emocionalidad del consultante.

Son preguntas útiles en circunstancias en las que hay que actuar con rapidez.

Algunas personas, debido a sus rasgos de personalidad se sienten más cómodas respondiendo preguntas concisas. Son pacientes poco expresivos, con dificultades para verbalizar, introvertidos. También las personas agotadas físicamente o deprimidas se sienten menos presionadas y exigidas con esta clase de preguntas. Lo mismo sucede cuando el deterioro físico es importante, o hay mucho dolor.

El control de la entrevista es ejercido por el médico.

Ej. :

Señáleme dónde le duele.

¿Es muy fuerte el dolor?

¿Cuándo comenzó a sentirlo?

¿Recuerda con precisión qué le pasó?

¿Sabe dónde está?

¿Alguna vez tomó este antibiótico?

4 - Preguntas abiertas.

Son preguntas amplias que estimulan al paciente a que se extienda en sus respuestas, asocie, piense y comente todo lo que se le ocurre en el momento.

De esta forma se obtiene una información muy amplia, especialmente centrada en los pensamientos, actitudes y afectos del paciente.

Esta técnica estimula las asociaciones, permite la catarsis, hace sentir al paciente que el control de la entrevista está en sus manos.

Evidentemente insume más tiempo.

Este tipo de preguntas pertenecen al ámbito de la psiquiatría y de las psicoterapias dinámicas, especialmente al psicoanálisis.

En general no son útiles para los fines que un médico clínico persigue, sobre todo si se utilizan durante todo el tiempo de la entrevista.

Ej.:

¿Por qué no me cuenta acerca de sus parejas?

¿Cómo se decidió a estudiar su carrera?

¿Cómo se arregla para trabajar y atender su hogar?

5 - Preguntas mixtas.

Son preguntas abiertas pero con un rango de respuesta limitado.

Le permiten al paciente expresarse y realizar agregados dentro de la temática propuesta por el entrevistador.

Esta técnica requiere esencialmente que el médico esté muy atento a fin de no perder el foco de lo que se desea averiguar. Para ello deberá realizar pequeñas interrupciones e intercalar preguntas refocalizadoras.

A los pacientes extrovertidos, comunicativos, sociables, este tipo de preguntas los hace sentir mejor.

Ej.:

¿Alguna vez padeció un dolor semejante a éste?

¿Cómo suele recuperarse de la cirugía?

¿Cuando le comunicaron el diagnóstico, cómo se sintió?

6 - Preguntas con varias opciones.

Son útiles cuando se desea evaluar si el paciente está en condiciones de seleccionar según algún orden de prioridades.

Pueden tener acción psicoterapéutica cuando permiten que el paciente se sienta más activo y considerado de una forma personalizada, si se le da la posibilidad de elegir, aunque sea en un marco restringido, que por otra parte no es presionante ni exigente.

Las preguntas deben estar formuladas con mucha claridad y no tener demasiadas opciones que puedan confundir al paciente ya que esto le generará malestar.

Ej.:

¿Prefiere desayunar antes de bañarse o después?

¿Le corren las cortinas para que pueda dormir un rato antes del almuerzo o prefiere leer?

¿Prefiere ver la televisión o leer un rato?

En los tratamientos ambulatorios, el profesional puede también dar opciones:

¿Prefiere que hagamos la próxima quimioterapia después del día de su cumpleaños o prefiere que no la corramos?

¿Prefiere hacer la toma de la mayor parte de los medicamentos que le indiqué con el desayuno, con el almuerzo o la cena?

7 - Preguntas inadecuadas. (Pseudopreguntas)

En general son aquellas que esconden agresión hacia el paciente, provocada generalmente por enojo del médico.

Esto puede deberse a que el enfermo no evoluciona como se esperaba o porque abandona los tratamientos o falta a la consulta con frecuencia o siempre pretende ser atendido sin turno, etc.

Habitualmente son enunciados expresados como preguntas en un intento de esconder o de suavizar la hostilidad subyacente.

Esta hostilidad en general suele ser inconciente y tiene que ver con sensaciones de impotencia o de fracaso por parte del profesional tratante.

Los pacientes agresivos y manipuladores, o aquellos que descalifican solapadamente, también suelen despertar este tipo de reacción entre los miembros del equipo de salud.

7.1 - Interpretar mientras se estaba preguntando con el objetivo de recabar información.

- "Así que la medicación de la tarde se le olvida... ¿Ud cree que va a mejorar tomando la mitad de la medicación? - Me parece que Ud no confía mucho en mí..."

La interpretación que se realiza es que la falta de confianza del paciente en el médico está produciendo las dificultades en la toma de los medicamentos. Esto se enuncia de tal forma que suena como un reproche.

7.2 - Exponer vivencias propias al servicio de la agresión.

- "Ya le dije que el tratamiento va a tardar en dar resultado, pero tiene que seguirlo igual si quiere mejorar. Ud, me tiene muy preocupado, me está dando mucho trabajo: ¿No le parece que tendría que colaborar un poco más?"

El médico reprende al enfermo, bajo la apariencia de exponer la preocupación que siente por él.

7.3 - Reprender pretendiendo aconsejar.

- ❖ "¿No le parece que si se esfuerza un poco se podrá ir antes?"
- ❖ "¿Ud. no cree que si hace los buches como le enseñó la enfermera, la boca le va a doler menos?"
- ❖ "Tiene que tratar de comer, si no no le van a dar el alta...."

Al parecer lo que interesa es que el paciente mejore, pero en realidad, estos comentarios dejan establecido que la curación depende del paciente y que él no está colaborando.

Para recordar :

- ❖ Es importante tratar de no inducir la respuesta , no sugerir.
- ❖ La pregunta es la forma básica para recabar la infor-

mación necesaria y, por lo tanto, debe ser precisa y clara.

- ❖ Se debe tener presente que, además de los datos referidos al problema específico que aqueja al paciente en el momento de la consulta, hay otros que tienen que ver con lo que esa persona es, cómo siente y cómo vive.
- ❖ Sólo conversando con el paciente para que éste se exprese libre e igualmente lograremos realmente conocerlo.

El silencio

El silencio también representa una forma de interacción.

Las personas cuando hablan lo hacen con vocablos, cadencias, pausas y silencios que son propios de cada individuo y de cada grupo social al que se pertenece.

Los sujetos que habitan en las grandes ciudades donde el ritmo de vida es más acelerado, acomodan sus vivencias, pensamientos y hasta su forma de hablar a este ritmo. A tales personas les cuesta acostumbrarse a los discursos más lentos y al modo generalmente más pausado de hablar y comportarse de quienes viven en poblaciones pequeñas.

Sin embargo, cuando los silencios son prolongados generan incomodidad, especialmente cuando no se comprende el significado de dicha ausencia de discurso y se hace imposible empatizar, simpatizar o identificarse con el interlocutor.

Ello ocurre cuando no hay un conocimiento previo y el silencio se une a inexpresividad gestual, de tal forma que el interlocutor no puede inferir qué está pensando el otro.

De este modo el silencio será vivido como abandono, rechazo, exclusión, e incluso amenaza y genera malestar tanto en el médico como en el paciente.

Esta modalidad de silencios prolongados e inexpresividad del profesional tratante, es propia del psicoanálisis, que busca justamente que se produzcan proyecciones en el analista por parte del del analizado, cuya regresión se favorece. En la práctica clínica esta técnica no es nada útil. Casi siempre resulta perturbadora y perjudica el vínculo entre el Médico y su Paciente.

No obstante durante la consulta deben brindársele al paciente espacios para que pueda reflexionar y pensar lo que va a contestar.

Estos momentos de silencio tienen un significado, son promovidos por el médico que realiza la entrevista y son parte necesaria de este intercambio particular . Son inteligibles,

empatizables y por lo tanto no generan ansiedad ni proyecciones paranoides.

Existen patologías psiquiátricas que se caracterizan por la lentitud del discurso y los silencios prolongados. Tal es el caso de las depresiones, el autismo de la esquizofrenia, los cuadros confusionales y los demenciales.

También se observa durante el agotamiento de los pacientes terminales, cuando el enfermo padece dolor o hipertermia o malestar intenso.

En estos casos puntuales, el silencio está producido por el hecho de no poder sostener el esfuerzo emocional y cognitivo que representa todo intercambio comunicacional.

También es posible que el paciente se niegue conscientemente a responder las preguntas que se le formulan.

Esta es una actitud que debe diferenciarse del negativismo u oposiciónismo, de los trastornos psicóticos. Aquí existe intencionalidad; no contesta porque cree que nadie podrá ayudarlo o porque de esta forma demuestra su desacuerdo.

Siempre es resistencial y puede también llegar a tener una intencionalidad agresiva, descalificadora o manipuladora .

En el caso de los pacientes con una patología paranoica puede ocurrir que guarden silencio porque se sienten amenazados ante las preguntas que se les efectúan y no quieren que quien "los interroga" conozca nada personal que luego pueda utilizar para dañarlos.

A veces un paciente enojado con el equipo médico puede negarse a responder preguntas y en todo caso las responderá mínimamente y con reticencia, como una forma de "retirar su colaboración" o como un medio de controlar su propia agresividad, que él teme descargar sobre aquellos que le son necesarios.

También el silencio puede ser una muestra de protesta del paciente por haber sido llevado a la consulta médica en contra de su voluntad, por exigencia de algún familiar o imposición de los padres. Con frecuencia, esto suele ocurrir especialmente con los adolescentes y los ancianos.

Es lícito preguntarle al paciente en qué está pensando, cuando el silencio se prolonga demasiado.

Cuando la entrevista tiene lugar en la sala de internación, es decir en un ámbito donde el paciente puede llegar a sentirse "obligado", debe sin dudas preguntársele si tiene ganas de hablar.

No debe forzarse al paciente a hablar, salvo que sea imperioso y necesario que responda a las preguntas que le han sido formuladas, en salvaguarda de su propia salud.

Las formas de comunicación que son francamente patológicas requieren indudablemente de la interconsulta con el equipo de psiquiatría de enlace.

Es el psiquiatra de enlace quien debe realizar el diagnóstico psiquiátrico del paciente y también el situacional, colaborando para que el o los profesionales tratantes puedan comprender mejor lo que está ocurriendo, registren su propio malestar y puedan manejar con más precisión sus propias reacciones. De este modo el paciente será atendido de la mejor forma posible sin que el o los profesionales involucrados en su caso acumulen tensiones o culpas.

Técnicas verbales.

Entre las diversas técnicas que proponen las diferentes escuelas psicológicas, se presentan a continuación las que pueden ser de mayor utilidad en la práctica médica.

- ❖ 1-Parafrasear.
- ❖ 2-Repetir-Reiterar.
- ❖ 3-Reflejar.
- ❖ 4-Esclarecer o clarificar.
- ❖ 5-Argumentar.
- ❖ 6-Señalar.
- ❖ 7-Interpretar.

1 – Parafrasear.

Es repetir, utilizando otras palabras, lo que el paciente ha dicho.

Esta técnica está centrada en respetar el contenido del discurso del paciente.

Su utilidad reside en permitir al médico asegurarse de haber comprendido lo que el paciente quiso decir.

El paciente, por otra parte también notará que ha sido comprendido y que el médico le está prestando atención y empatiza con él.

Ej.: Paciente : "Desde hace un tiempo me siento cansada todo el día, tengo pocas ganas de hacer las cosas, hincho mucho a mi familia porque no puedo decidir qué comida hacer o qué comprar..."

Médico : "Se siente embarullada, como si las tareas de todos los días fueran algo muy complicado y muy trabajoso..."

Paciente : " Embarullada , esa es la palabra justa doctor!"

2 - Repetir o reiterar :

Esta acción también recibe el nombre de “reflejo simple”, ya que sería la forma más directa y sencilla de la modalidad llamada reflejar .

Se trata de decir lo mismo que el paciente, casi palabra por palabra.

Sin hacer referencia a los significados subyacentes, ni a lo no manifiesto.

Al igual que la técnica anterior está centrada en el contenido del discurso.

No se agrega nada a lo expresado por el paciente, pero el hecho de que el médico lo repita empáticamente confirma que estaba atento e interesado y por otra parte valida lo que el paciente ha dicho ya que no es cuestionado ni corregido.

El sólo hecho de sentirse escuchado alentará al paciente a expresarse más acerca de las propias ideas y emociones con lo cual se profundiza un proceso de conocimiento y de autoconocimiento.

Ej.: Paciente : “Me siento mucho mejor con este tratamiento, pero descanso poco ya que me preocupa que el ataque se pueda volver a repetir. A veces me despierto a la noche y me quedo pensando en eso y en cómo hacer para que no me pase otra vez ...”

Médico : “Es decir que a pesar de que está mejor , la preocupación de que el ataque se repita no lo deja descansar”.

Paciente : “Así es doctor, tengo miedo a hacer cualquier esfuerzo y que me dé otro ataque ... Con referencia a esto mi mujer me dijo que lo hablara con Ud., se trata de las relaciones sexuales...¿ Será peligroso intentarlo de nuevo?”

3 – Reflejar.

Este concepto surge del modelo de psicoterapia de Carl R. Rogers, quien postuló que en el paciente se produce un efecto altamente constructivo, cuando se ve a sí mismo reflejado en el “cálido espejo” que su terapeuta le devuelve.

El modelo parte de la base de que en todo relato existen importantes contenidos ideoemocionales que no se manifiestan , por lo tanto el objetivo de la acción de reflejar es la toma de conciencia de dichas emociones por el paciente mismo.

Es una acción que puede utilizar paráfrasis o reiteraciones o expresarse como observaciones o preguntas que tomando lo que el paciente dijo, sus expresiones no verbales, datos del contexto y hasta hechos que son del conocimiento del médico en el marco de la relación,

inducen a que el paciente tome conciencia de sus sentimientos e intenciones subyacentes.

Tal como en el parafrasear o en el reiterar , el médico no aporta ninguna hipótesis personal a lo que el paciente ha manifestado, más bien actúa como el espejo que refleja fielmente sus pensamientos y sentimientos, favoreciendo la comprensión por parte del paciente de su propio mundo interno .

Ej.: Paciente de 60 años, sexo masculino, diabético desde hace 10 años, insulín dependiente desde hace 4 años.Siempre le costó sostener la dieta.

Paciente : “Estoy muy bien, la glucosa está perfecta , corro todas las mañanas y desde que hago eso utilizo solamente 10 Unidades de Insulina.... Así que ayer fui al dentista porque quiero colocarme implantes.Me dijo que se podía hacer perfectamente. Voy a tener mejor dentadura que a los 20 años...”

Médico : “Me alegro mucho por Ud. y de que todo este esfuerzo que viene realizando le esté dando sus frutos ¿Le comentó al dentista todo esto ?”

Paciente : “En realidad el dentista no sabe que soy diabético....”

Médico : “¿Y su diabetólogo qué dice de los implantes?”

Paciente : “Bueno , en realidad de los implantes hablamos el año pasado .En ese momento me dijo que si no lograba controlarme el azúcar sería imposible que pudieran hacérmelos. La verdad me sentí desilusionado y me angustié mucho , porque no quiero usar aparatos en los dientes como los viejos. Hice un gran esfuerzo y él mismo me felicitó por mi cambio de conducta...”

Médico : “A ver si entendí bien, su dentista no sabe que Ud. es diabético y su diabetólogo no sabe que le van a colocar los implantes. Hizo un esfuerzo muy grande para lograrlo y ahora que finalmente logró controlarse el azúcar, está temeroso pensando en que a lo mejor no lo autorizan para el arreglo de su dentadura.”

Paciente : “Es cierto. Me parece que tengo miedo a que no me den permiso...”

Médico : “Ahora entiendo su preocupación. Pero ¿qué piensa hacer?”

Paciente : “Y... En realidad no está bien que no le cuente todo esto a mi diabetólogo... Creo que lo primero que voy a hacer, es tener una conversación con él .”

Utilización de las técnicas Parafrasear, Reiterar, Reflejar:

I-Selección del contenido del discurso.

El médico debe elegir sobre qué aspecto del contenido del discurso va a realizar la paráfrasis, la reiteración o la acción de reflejar .

En realidad esto dependerá del objetivo que se persiga al instrumentar la técnica.

En el caso utilizado como ejemplo, el del paciente diabético que quería hacerse implantes dentarios, podría haberse elegido :

a- Ayudar al paciente a que comenzara a reconocer su miedo a envejecer.

La necesidad de tener una dentadura como la de un joven, sin importar los riesgos que corría.

b- La angustia que seguramente le produce el padecer una enfermedad crónica incurable como la diabetes, siendo además insulino dependiente.

c- Hacerlo reflexionar acerca de la omnipotencia de su accionar con relación a su diabetes.

d- La forma como manipuló a los profesionales que lo atendían para lograr sus fines.

e- El temor a que "no le dieran permiso" para hacerse los implantes.

Se optó por elegir reflejar el temor a que el diabetólogo no autorizara los implantes, porque el clínico evaluó que esto era lo prioritario, debido al riesgo físico que podría correr el enfermo en caso de que dichos implantes estuvieran contraindicados .

II-Intensidad-Profundidad de lo que se selecciona para reflejar.

La profundidad depende del grado y capacidad para conocerse a sí mismo que presenta el paciente (insight) y también de la solidez del vínculo desarrollado con su médico.

Siguiendo el ejemplo propuesto resulta claro que entre todos los focos que podrían haberse elegido, el de mayor profundidad es el que tiene que ver con la personalidad del paciente, (la omnipotencia y la manipulación).

Las intervenciones en este nivel son del área de la psiquiatría o de la psicología ya que la corrección de conductas cuando la persona padece de trastornos de la personalidad así lo indican.

Este paciente tiene rasgos de personalidad narcisista y sería adecuado que el médico tratante le indicara la realización de una consulta psiquiátrica.

III-La forma elegida para la técnica .

Se debe procurar que las observaciones que se realicen, así como las preguntas a los pacientes, no sean excesivamente extendidas o complicadas en cuanto a su estructura sintáctica y semántica, garantizando de este modo que serán mejor comprendidas y aceptadas .

Es conveniente atender un tema a la vez y no pretender tratar varios al mismo tiempo, porque se genera confusión y rechazo.

La elección de los vocablos que se utilizarán es un tema importante. Hay que ser cuidadosos en su selección para no generar respuestas defensivas resistenciales.

En nuestra cultura es importante tener en cuenta algunas consideraciones ligadas al género del paciente.

Algunos varones opondrán seria resistencia si se les plantea que se los ve temerosos o asustados, en cambio se les puede decir que están preocupados o inquietos.

De la misma manera es mejor hablar de incomodidad, malestar, desasosiego en lugar de angustia y de irritabilidad.

Al referirnos a la agresividad podemos decir en su lugar intolerancia o poca paciencia e ir así eligiendo vocablos que resulten menos irritativos.

4 - Esclarecer o clarificar.

Esclarecer es aclarar aquello que no se percibe.

Si bien para algunos psicoanalistas, esta técnica, no promueve insight ya que sólo es un reordenamiento de la información, para otros, en el proceso de clarificación se "vence" una resistencia intrapsíquica y por lo tanto, se implica un cambio.

Coincido con esta última opinión, es decir que se trata de un proceso más activo y menos superficial que el de ordenar simplemente los contenidos de la conciencia.

Un discurso poco inteligible suele ser defensivo, si se hace comprensible es porque la defensa interviniente se debilitó o se desmontó.

El objetivo de esta técnica es profundizar, aclarar y ajustar la amplitud de lo que el paciente dice cuando es confuso, vago o con tendencia generalizadora, cuando él mismo no alcanza a comprender lo que le pasa o incluso lo que está diciendo.

La forma puede ser variada, se puede solicitar al paciente que ejemplifique lo que está diciendo, que aclare o que

detalle algún aspecto.

Ej : Paciente : “Con el remedio que me dio el año pasado dormía muy bien... No sé qué pasó, hace quince días estoy muy inquieta y me cuesta conciliar el sueño. No lo entiendo porque todo está muy bien...Pero quisiera estar descansada porque se acerca la fecha del parto de mi hija y voy a tener mucho para hacer.”

Médico : “ Debe estar muy contenta ahora que se acerca el momento”.

Paciente : “Contenta estoy, pero como mi hija vive afuera y se le ha ocurrido que a mi primer nieto no conviene sacarlo de la casa por el hermanito, me ha pedido que me instale con ella diez días antes, lo cual para mí significa todo un lío...”

Médico : “¿Y no será que todo este cambio en sus rutinas es lo que le está molestando, sobre todo porque su hija ha organizado las cosas como si Ud tuviera que estar a su entera disposición?

5 – Argumentar.

La argumentación es un recurso técnico de gran utilidad, sobre todo porque muchos de los miedos de los pacientes se apoyan sobre una base de malentendidos en relación con diversos tratamientos como la anestesia general, la cirugía, la quimioterapia etc.

Este recurso suele emplearse cada vez que el paciente debe tomar una decisión importante. En ese momento médico y enfermo exponen las razones y argumentos que favorecerán la toma de la decisión.

6 – Señalar.

El señalamiento puede ser una pregunta o una observación que marca un aspecto del discurso que resulta confuso. Es similar al esclarecimiento pero mientras en aquél se busca clarificar las ideas del paciente, aquí lo que se intenta es resaltar algún dato o circunstancia que el terapeuta considera significativo y cuya importancia el paciente no ha advertido.

Ej:

Paciente : “Con esta cantidad de insulina estoy muy bien. Además cuando como un poco de más al medio día no ceno y listo”

Médico: “¿No se siente mareado o transpirado durante la noche ?

Paciente: “La verdad que no siento nada, duermo muy bien”

Médico: “¿A la mañana no encuentra la ropa de cama un poco húmeda?

Paciente: “Es verdad, a veces me levanto muy mojado, claro.....además tomo medicación para dormir que me dio el psiquiatra.....Pero me como un caramelo mientras me baño y se me pasa”.

Médico: “Me parece que va a tener que conversar un poco con el diabetólogo. ¿No le parece?

Paciente : “Me parece que tiene razón Doctor”.

7 – Interpretar.

Es una técnica desarrollada por el psicoanálisis y uno de los fundamentos de esta escuela. Es considerada una forma de informarle al paciente acerca de contenidos inconcientes de su propio mundo interno que él mismo ignora.

Debe cumplir con ciertos requisitos, como la veracidad, no debe responder a ningún otro interés que no sea el de informar al paciente, debe ser pertinente con su finalidad que es producir insight (comprensión del mundo interno).

Las interpretaciones se utilizan en las psicoterapias dinámicas y el psicoanálisis.

En medicina es importante reconocer que cuando el paciente evidencia fallas “objetivas” de información, después de que el profesional que lo atiende le ha respondido sus dudas y preguntas incluso en varias oportunidades, lo que debemos pensar es que la razón de que este desconocimiento se sostenga en el tiempo, es producto de mecanismos defensivos al servicio de la negación, que están actuando para disminuir el monto de la angustia generada por algún conflicto relacionado con la información suministrada.

En estos casos es más operativo y da mejor resultado interpretar que informar, ya que el incremento de los datos que se aporten al paciente, aumentarán su temor y su defensa, con lo que se establecerá un círculo vicioso imposible de resolver por este camino.

Esta técnica es por sus características, del ámbito del especialista sea éste psicólogo o psiquiatra.

Aconsejar

Consiste en revelarle al otro lo que uno siente y/o piensa acerca de lo que le está aconteciendo y también lo que uno cree que debería hacer para afrontar mejor la situación.

Hay que diferenciar el aconsejar de otras acciones como

informar y opinar, las cuales implican la posibilidad de discutir un problema con otras personas a fin de encontrarle una solución en una forma más o menos cooperativa.

El consejo en cambio expresa un juicio definitivo acerca de lo que el otro debería hacer o pensar.

Favorece la regresión y la pasividad de los pacientes.

Algunos pacientes se sienten molestos cuando se los aconseja, otros en cambio solicitan consejo acerca de situaciones o conflictos personales, en realidad quisieran que otra persona asuma la responsabilidad de decidir por ellos.

Pretender que un médico puede dirigir la vida de otra persona es una idealización infantil.

Es necesario diferenciar claramente un consejo de una indicación médica.

En la indicación, el médico basándose en sus conocimientos y experiencia empírica le explica al paciente cómo debe proceder en temas específicamente referidos a su salud, para conservarla o recuperarla.

La indicación tiene que ver con medicamentos, hábitos higiénico-dietéticos, estilos de vida, alimentación, actividad física, descanso etc.

El médico debe tener claridad en cuanto a que el paciente puede pedir todas las explicaciones que considere necesarias para comprender el por qué de tal o cual indicación. Incluso tiene libertad para seguirla o no. En este último caso, también el médico puede decidir si continuará atendiendo a una persona que a pesar de todos sus esfuerzos y el tiempo que a ella le dedica, no está dispuesta a aceptar el tratamiento propuesto, sobre todo si está en riesgo su salud e incluso su vida.

Aspectos psicoterapéuticos de la entrevista médica

La entrevista médica ejerce efectos psicoterapéuticos.

El conocimiento de estos efectos contribuirá a optimizarlos e incluso permitirá planificarlos para mejorar la calidad del ejercicio profesional.

- ❖ La entrevista médica puede ser un espacio y un tiempo personales, durante el cual el centro del interés sea la persona del paciente.
- ❖ El paciente puede sentirse importante, respetado y sus opiniones validadas por el médico como figura de autoridad.
- ❖ La cooperación entre el médico y el paciente, brinda

seguridad y protección.

- ❖ El paciente puede sentirse tranquilizado y ayudado, es decir, contenido emocionalmente.
- ❖ La necesidad de relatar lo que le sucede de un modo inteligible, funciona como un principio ordenador que disminuye las confusiones y, por lo tanto, la angustia.
- ❖ El médico pone orden en el universo del enfermo, al establecer un orden de prioridades de los problemas a resolver y también se hace cargo de dirigir la secuencia de las diversas acciones que se llevarán a cabo.
- ❖ Se fomenta la reflexión, la autoobservación crítica, el registro de los síntomas corporales y emocionales.
- ❖ Se establece un vínculo de confianza que fundamenta la alianza terapéutica.

Resumen

La entrevista médica

Debemos pensar que la entrevista constituye el momento de encuentro de los participantes de un vínculo comunicacional y afectivo que persistirá a lo largo del tiempo, modificándose y evolucionando al unísono con sus protagonistas.

Tipos de entrevista.

Entrevistas orientadas a recabar información.

Focalizadas en la obtención de datos. La dimensión relacional queda en un segundo plano.

- ❖ Entrevistas de admisión.
- ❖ Entrevistas para realizar la historia clínica.
- ❖ Entrevistas de evaluación de la evolución de los tratamientos.
- ❖ Entrevistas de proyectos de investigación.

Entrevistas psicoterapéuticas.

Es una entrevista terapéutica cuya técnica dependerá de la orientación del terapeuta

Entrevistas de los médicos especialistas.

En este caso todo el esfuerzo se concentra específicamente en lograr información del área que les compete.

Entrevistas en las emergencias .

La entrevista está orientada especialmente a lograr la obtención de datos que faciliten la rápida resolución de la patología aguda .

De acuerdo con la modalidad de la conducción de las entrevistas éstas se pueden clasificar en :

- ❖ 1. Entrevistas dirigidas.
- ❖ 2. Entrevistas semidirigidas.
- ❖ 3. Entrevistas libres.

Las fases de la entrevista médica.

Preparación.

Esta fase comprende todo aquello que se involucra cuando el paciente toma la decisión de realizar la consulta con el médico.

-
- ❖ Anticipación.
 - ❖ Planificación .
 - ❖ Preconceptos del paciente.
 - ❖ Preconceptos del médico.
 - ❖ Preparación del lugar en el que se desarrolla la consulta .
 - ❖ Ansiedades personales .

Iniciación.

Comienza por el encuentro con el médico . En esta etapa las ideas y preconceptos de la fase anterior se confrontarán con la realidad.

-
- ❖ Clima terapéutico.
 - ❖ Contención.
 - ❖ Comentarios personalizados.
 - ❖ Motivo de consulta.

Exploración.

En esta etapa ambos participantes de la entrevista se dedican al tema principal de ésta: la afección del paciente. Culmina con el examen físico.

-
- ❖ Historia de los problemas.
 - ❖ Evaluación de la expresión de sentimientos.
 - ❖ Examen físico : en esta fase tiene lugar el examen físico del paciente

Terminación.

Consiste en aclarar y acordar una serie de normas que regirán la relación y las acciones para lograr la recuperación de la salud.

-
- ❖ Encuadre
 - ❖ Resumen breve y específico del problema
 - ❖ Objetivo consensuado
 - ❖ Contrato
 - ❖ Dudas e inquietudes del paciente .

La formulación de preguntas.

Selección de los tipos de preguntas.

La elección de los tipos de preguntas a efectuar tiene que ver con numerosos factores entre los que fundamentalmente debemos considerar los siguientes :

- ❖ Objetivos de la recolección de la información.
- ❖ Situación de la consulta.
- ❖ Capacidad del paciente para responder.
- ❖ Características de la personalidad.

Tipos de pregunta.

1-Preguntas exploratorias.

Están dirigidas a definir con la mayor precisión posible lo que el paciente manifiesta como síntoma.

2-Preguntas clarificadoras.

Son aquellas que están orientadas a lograr certeza acerca de lo que el paciente quiere decir en realidad.

- ❖ El paciente utiliza vocablos médicos .
- ❖ El paciente utiliza términos personales para definir sus molestias.
- ❖ El paciente no reconoce lo que le está pasando.
- ❖ Se puede preguntar sobre alguna apreciación realizada por el médico, para evaluar si el paciente la comparte .

3 - Preguntas cerradas.

Se caracterizan por restringir al paciente a brindar una información precisa y limitada .

Este tipo de preguntas se utiliza habitualmente en las entrevistas diagnósticas.

No estimulan las asociaciones del entrevistado.

Este tipo de preguntas es poco útil para valorar la emo-

cionalidad del consultante.

Son útiles en circunstancias en las que hay que actuar con rapidez.

El control de la entrevista es ejercido por el médico.

4 - Preguntas abiertas.

Son preguntas amplias que estimulan al paciente a extenderse en sus respuestas, a que asocie, piense y comente todo lo que se le ocurre en el momento.

De esta forma se obtiene una información muy amplia, especialmente centrada en los pensamientos, actitudes y afectos del paciente.

Este tipo de preguntas pertenecen al ámbito de la psiquiatría y de las psicoterapias dinámicas, especialmente al psicoanálisis.

5 - Preguntas mixtas.

Son preguntas abiertas pero con un rango de respuesta limitado.

Le permiten al paciente expresarse y realizar agregados dentro de la temática propuesta por el entrevistador.

Esta técnica requiere esencialmente que el médico esté muy atento para no perder el foco de lo que se desea averiguar. Para ello deberá realizar breves interrupciones e intercalar preguntas refocalizadoras.

6 - Preguntas con varias opciones.

Son útiles cuando se desea evaluar si el paciente está en condiciones de seleccionar según algún orden de prioridades.

Las preguntas deben estar formuladas con mucha claridad y no tener demasiadas opciones que puedan confundir al paciente ya que esto le generará malestar.

7 - Preguntas inadecuadas. Pseudopreguntas.

En general son aquellas que esconden agresión hacia el paciente porque éste no evoluciona como se espera o porque abandona los tratamientos, falta a la consulta con frecuencia, siempre pretende ser atendido sin turno, etc.

7.1 - Interpretar mientras se estaba preguntando o el objetivo de recabar información.

7.2 - Exponer vivencias propias al servicio de la agresión.

7.3 - Reprender pretendiendo aconsejar.

Para recordar :

- ❖ Es importante tratar de no inducir la respuesta, no sugerir.
- ❖ La pregunta es la forma básica para recabar la información necesaria, y por lo tanto debe ser precisa y clara.
- ❖ Se debe tener presente que, además de los datos referidos al problema específico que aqueja al paciente en el momento de la consulta, existen otros que tienen que ver con lo que esa persona es, cómo siente y cómo vive.
- ❖ Solamente conversando con el paciente para que éste se exprese libremente y de igual a igual lograremos realmente conocerlo.

El silencio

El silencio también representa una forma de interacción.

Sin embargo cuando los silencios son prolongados generan incomodidad, especialmente cuando no se comprende el significado de dicha ausencia de discurso y se hace imposible empatizar, simpatizar o identificarse con el interlocutor.

Ello ocurre cuando no hay un conocimiento previo y el silencio se asocia a inexpresividad gestual, de tal forma que el interlocutor no puede inferir qué está pensando el otro.

Cuando los momentos de silencio tienen un significado, son inteligibles, empaticables y por lo tanto no generan ansiedad ni proyecciones paranoides.

Técnicas verbales.

1 – Parafrasear.

Es repetir lo que el paciente ha dicho, utilizando otras palabras.

2 - Repetir o reiterar :

Esta acción también recibe el nombre de "reflejo simple", ya que sería la forma más directa y sencilla de la modalidad llamada reflejar.

Se trata de decir lo mismo que el paciente, casi palabra por palabra.

Valida lo que el paciente ha dicho ya que no es cuestionado ni corregido.

3 – Reflejar.

El objetivo de la acción de reflejar es la toma de conciencia desde el paciente mismo.

Es una acción que puede utilizar paráfrasis o reiteraciones o expresarse como observaciones o preguntas que tomando lo que el paciente dijo, sus expresiones no verbales, datos del contexto y hasta hechos que son del conocimiento del médico en el marco de la relación, inducen a que el paciente tome conciencia de sus sentimientos e intenciones subyacentes.

Utilización de las técnicas Parafrasear, Reiterar, Reflejar:

Selección del contenido del discurso.

El médico debe elegir sobre qué aspecto del contenido del discurso va a realizar la paráfrasis, la reiteración o la acción de reflejar.

Intensidad-Profundidad de lo que se selecciona para reflejar.

La profundidad depende del grado y capacidad para conocerse a sí mismo que presenta el paciente (insight) y también de la solidez del vínculo desarrollado con su médico.

La forma elegida para la técnica.

Se debe procurar que las observaciones que se realicen, al igual que las preguntas a los pacientes, no sean excesivamente extendidas o complicadas como estructura sintáctica y semántica, garantizando de esta forma que serán mejor comprendidas y aceptadas.

4 - Esclarecer o clarificar.

Esclarecer es aclarar aquello que no se percibe.

El objetivo de esta técnica es profundizar, aclarar y ajustar la amplitud de lo que el paciente dice cuando es confuso, vago o con tendencia generalizadora.

5 – Argumentar.

Este recurso se emplea cada vez que el paciente debe tomar una decisión importante. En ese momento, médico y enfermo exponen las razones y argumentos que favorecerán la toma de la decisión.

6 – Señalar.

El señalamiento puede ser una pregunta o una observación que marca un aspecto del discurso que resulta

confuso.

7 – Interpretar.

Es una técnica desarrollada por el psicoanálisis y uno de los fundamentos de esta escuela.

Es considerada una forma de informarle al paciente acerca de contenidos de su propio mundo interno que él ignora.

Las interpretaciones se utilizan en las psicoterapias dinámicas y el psicoanálisis.

Aconsejar

Consiste en revelar al otro lo que uno siente y/o piensa acerca de lo que le está aconteciendo y también lo que uno cree que debería hacer para afrontarlo mejor.

El consejo expresa un juicio definitivo acerca de lo que el otro debería hacer o pensar.

Pretender que un médico puede dirigir la vida de otra persona implica una idealización infantil.

En la indicación el médico basándose en sus conocimientos y experiencia, le explica al paciente cómo debe proceder en temas específicamente referidos a su salud, para conservarla o recuperarla.

La indicación tiene que ver con medicamentos, hábitos higiénico-dietéticos, estilos de vida, alimentación, actividad física, descanso etc.

Aspectos psicoterapéuticos de la entrevista médica

La entrevista médica ejerce efectos psicoterapéuticos.

El conocimiento de estos efectos contribuirá a optimizarlos e incluso a planificarlos para mejorar la calidad del ejercicio profesional.

- ❖ La entrevista médica puede ser un espacio y un tiempo personales, durante el cual el centro del interés sea la persona del paciente.
- ❖ El paciente puede sentirse importante, respetado y sus opiniones validadas por el médico como figura de autoridad.
- ❖ La cooperación entre el médico y el paciente, brinda seguridad y protección.
- ❖ El paciente puede sentirse tranquilizado y ayudado, es decir, contenido emocionalmente.
- ❖ La necesidad de relatar lo que le sucede de un modo inteligible, funciona como un principio ordenador que disminuye las confusiones y por lo tanto la angustia.

-
-
- ❖ El médico pone orden en el universo del enfermo, al establecer un orden de prioridades de los problemas a resolver y también se hace cargo de dirigir la secuencia de las diversas acciones que se llevarán a cabo.
 - ❖ Se fomenta la reflexión, la autoobservación crítica, el registro de los síntomas corporales y emocionales.
 - ❖ Se establece un vínculo de confianza que fundamenta la alianza terapéutica.

Referencias:

33- Proyección : mecanismo de defensa del Yo. Consiste en la expulsión de sentimientos y representaciones al mundo externo, adjudicándoselos a otro. Es inconsciente. (pág 186 de WORD)

34- Regresión : mecanismo inconsciente de retroceso a etapas previas infantiles. Se evidencia por la utilización de mecanismos de defensa más primitivos. (pág 186 de WORD)

35- Paranoide : vivencia persecutoria , de amenaza, desde el mundo externo. (pág 186 de WORD)