

ARTÍCULO ORIGINAL

La entrevista terapéutica

Alfredo Buzzi

Profesor Emérito y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. CABA. Argentina.

Resumen

La entrevista médica es la herramienta fundamental para obtener una anamnesis fidedigna y para establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva. La habilidad para conducirla puede ser aprendida, perfeccionada y cultivada mediante el estudio, la práctica y la auto-observación. Una entrevista tiene valor terapéutico cuando el enfermo encuentra en el médico capacidades de respeto, interés, autenticidad, coherencia y comprensión empática. La anamnesis es un proceso dinámico que consiste en etapas sucesivas y diferentes entre sí. En cada una de estas etapas pueden conseguirse aciertos o cometerse errores por acción o por omisión, los cuales influyen en forma decisiva en su curso ulterior y eventualmente en su éxito o en su fracaso. Se describe un esquema posible en el que la entrevista consta de cinco etapas, en cada una de las cuales la actitud y capacidad del médico son importantes para guiar al enfermo y ayudarlo a producir información. Se presentan y analizan aquellos factores que facilitan o dificultan que una entrevista tenga valor terapéutico.

Palabras claves: entrevista médica.

The therapeutic interview

Summary

The medical interview is a fundamental tool to obtain a trustable clinical history, and also to establish a productive, strong and long standing relationship with the patient. The ability to guide an interview can be learned and cultivated through study, practice and self-observation. An interview has therapeutic value when the patient finds in the physician qualities such as interest, respect, coherence, authenticity and an empathic response. The interview is a dynamic process consisting in successive and different stages. A tentative scheme is described for the therapeutic interview consisting in five stages, in all of which the attitude and capacity of the physician are important in guiding the patient and helping to produce valuable information.

Key words: Medical interview.

Se considera tradicionalmente que la entrevista con el enfermo tiene dos misiones principales: la obtención de las diferentes manifestaciones de la enfermedad mediante el relato del paciente, a fin de llegar a un diagnóstico tentativo a través de la interpretación de los síntomas y elaborar así la historia y clínica, por un lado, y la de iniciar y mantener la relación entre el médico y su enfermo, por el otro. Con menor frecuencia se ha afirmado que dicho encuentro pueda resultar, además de diagnóstico, terapéutico.

Un notable clínico y neurólogo alemán del siglo XIX, Ernst Leyden (1832-1910), afirmó en una ocasión: "El primer acto del tratamiento es el momento de estrechar la mano del paciente al saludarlo cuando ingresa al consultorio".

¿En qué pudo haberse basado Leyden para consignar tal afirmación?

Todo médico con experiencia y habilidades para entrevistar ha tenido la ocasión de escuchar alguna vez a un enfermo que antes de retirarse le dice, a veces con un dejo de sorpresa y también de satisfacción y agradecimiento: "Sabe doctor que me voy mucho mejor de lo que vine", o algo por el estilo.

Podemos intentar una interpretación de la sentencia de Leyden vinculando el resultado de la entrevista a la personalidad y a la actitud del médico en su encuentro con el enfermo. Después de varias décadas de conversar con pacientes, algunos médicos también sabemos que una entrevista puede tener un bajo contenido terapéutico, o peor aún, la entrevista puede ser negativa o perjudicial cuando el clínico, por inexperiencia, impericia o mala voluntad hace que el enfermo salga de la consulta sintiéndose más preocupado por sus molestias y descuidado por parte del médico.

Debemos tener en cuenta que cuando una persona enferma consulta a un médico, varios procesos psicológicos entran en acción. Con frecuencia, el primer encuentro entre ambos determina el tipo de relación que se establecerá. Entre otros efectos, las enfermedades crónicas alteran la relación del enfermo consigo mismo y con sus familiares y amistades. La pérdida de sensación de bienestar y las molestias que acompañan a estas afecciones producen una reacción de pena que se agrega a las anteriores. Esta sensación de pena se observa tanto en los procesos orgánicos como en los funcionales, los cuales no

Correspondencia: Alfredo Buzzi
E-mail: drabuzzi@fibertel.com.ar

siempre es posible separar en forma tajante. En ocasiones, un síntoma físico oculta un deseo de hablar sobre problemas o dificultades psicológicas.

El deseo de comprender qué está ocurriendo con las emociones del paciente, independientemente de sus conocimientos de psicopatología, puede hacer que el médico ayude más de lo que él mismo cree. Lo fundamental es disponer de tiempo y no dar consejo ni apoyo inmediato antes de conocer el cuadro clínico. Si el médico dispone de un tiempo extra para escuchar al paciente, éste le estará agradecido al quedar satisfecha su necesidad de comunicación y contacto. Aunque la mayoría de la gente que solicita consejo inmediato para sus dificultades quiere ver confirmadas sus decisiones, no siempre acertadas, la actitud pasiva del médico de escuchar y tratar de comprender es de gran importancia. Brindar tiempo es una forma de prestar atención y dar afecto. El tiempo es una de las herramientas médicas más importantes y esto no debe ser ignorado por más ocupado que esté el médico.

Cuando un paciente entra al consultorio tiene expectativas de ser ayudado, de lograr un alivio de sus molestias o conseguir la curación de su enfermedad. Puede haber intentado antes una mejoría automedicándose o siguiendo el consejo de algún familiar, amigo o vecino. Al encontrarse con el médico espera, no siempre de manera racional, que sus sufrimientos puedan terminar. Todo médico es considerado un hombre de ciencia y un curador. Las buenas referencias de quien lo recomienda, si es un colega, o la confianza de mejorías o curaciones eficaces, refuerzan esa presunción. Su delantal blanco, su instrumental, sus diplomas y credenciales fortalecen esa sugestión. Los curanderos suelen responder mejor que los miembros de la profesión médica a esas necesidades mágicas no del todo concientes. Con toda probabilidad el secreto de sus éxitos reside en su capacidad de satisfacer esas necesidades primitivas ocultas. De todos modos, conviene tener en cuenta que el enfermo responde no sólo ante lo que el médico hace, sino también ante lo que es, tanto en la realidad como en su imaginación.

En el dolor, la tristeza y la amenaza de la invalidez o de la muerte el hombre vuelve a ser el niño indefenso que desea ayuda y protección de una figura maternal. En situaciones críticas es común oír a pacientes adultos clamar por sus madres. Casi todos los pacientes necesariamente repiten algunos de sus sentimientos infantiles tempranos para transferirlos a quien los ayuda en el presente. Sus padres ausentes no pueden ayudar ahora, pero los milagros que realizaron para él en su infancia los desean ver realizados ahora por otra persona. Esta es la razón por la que tantos pacientes tienen una confianza ilimitada en su médico. Anticipadamente coinciden con sus consejos y prescripciones. Por supuesto, también puede darse una actitud opuesta de escepticismo o confrontación si las primeras relaciones parentales no eran armónicas. La doctrina psicoanalítica denomina función transferencial a esta necesidad inconsciente de repetir en el presente antiguas conduc-

tas y relaciones interpersonales.

La psicología estudia el mecanismo a través del cual muchas manifestaciones mórbidas aparecen o se intensifican por los sentimientos de ansiedad o de culpa. En efecto, la lucha por la vida, con sus peligros externos y sus dramas sociales, y la ansiedad y la vergüenza por faltas reales o imaginarias producen muchos síntomas físicos. El cuerpo humano utiliza su propio lenguaje para dar señales de alarma, como dolor, palpitaciones o mareos. El enfermo busca en el médico no sólo terapéutica farmacológica, sino también apoyo emocional; quizás sin darse cuenta quiere confesar los errores que ha cometido en su vida, su infelicidad profesional o matrimonial o sus temores ante el futuro. El médico no debería interrumpir el relato de estos hechos, ya que así llegaría a suprimir la oportunidad de ventilar una variedad de sentimientos de culpa, de arrepentimiento o de dolor. La función catártica de estas confesiones espontáneas y no premeditadas en la entrevista médica es enorme. El solo hecho de encontrarse ante un escuchador silencioso y comprensivo allana y hace menos traumáticas este tipo de confidencias. La posibilidad única de poner en palabras sentimientos dolorosos permite al paciente ser más objetivo acerca de ellos, siendo su soporte emocional la actitud neutral de escucha y atención silenciosa que debe ejercer el clínico. En una consulta ulterior el enfermo puede hacer alusión a algún atinado consejo del médico, a pesar de que éste no brindó ningún tipo de consejo. Cuando los pacientes no pueden expresar sus molestias a través del lenguaje, pueden manifestar sus emociones a través de síntomas somáticos: su rabia, con una colitis espasmódica, su enojo, con una úlcera gastroduodenal, con palpitaciones, sus miedos o su falta de amor.

La escucha silenciosa facilita la necesidad inconsciente del paciente de confesar, aun cuando no perciba exactamente lo que está confesando. La actitud comprensiva, benevolente y empática del médico minimiza la sensación de culpa que conlleva toda confesión. Con frecuencia, crece la capacidad de auto-observación del paciente y le permite tomar distancia y preocuparse menos por sus síntomas. El momento de una auténtica comunicación entre el enfermo y el médico puede ser percibido por éste como un *flash*, como una iluminación súbita que permite captar el verdadero sentido de las palabras del enfermo; lo que permite una comprensión más profunda de la problemática del mismo, teniendo al mismo tiempo un notable efecto catártico. Los esfuerzos más sencillos del médico, incluso cuando están equivocados, para penetrar en el mundo del enfermo y llegar a conocer algo de lo que siente, despiertan el afecto del enfermo.

¿Qué características debería tener una entrevista médica para que pueda ser considerada terapéutica? Para responder a esta pregunta conviene describir al encuentro entre el médico y el enfermo como un proceso en el que pueden distinguirse varias etapas.

La primera etapa comprende el inicio de la

anamnesis durante la cual el médico se presenta estrechando la mano al enfermo, dirigiéndose a él o ella por su apellido, precedido, según corresponda, por Sr o Sra. La actitud del médico está caracterizada por una serena cordialidad y debe ser digna, afable y de buenas maneras. Después de asegurar la comodidad del paciente indicándole, si es necesario, dónde debe sentarse, le formula una pregunta de orden general, como por ejemplo: ¿cuál es su molestia? o ¿qué lo trae por acá?

Esta primera etapa es importante, ya que la actitud inicial del médico decide el curso ulterior de la entrevista. Esta actitud, además de lo mencionado antes, debe incluir la calidez, la atención y el respeto. Estas cualidades son esencialmente no verbales y se manifiestan con actitudes más que con palabras. La calidez o proximidad afectiva es la capacidad de crear un clima de afabilidad en el trato con el paciente. El respeto se manifiesta en el modo de saludar y presentarse al paciente, poniéndose de pie, nombrándolo por su apellido y evitando el tuteo. A este respecto, deseo consignar una anécdota que me parece instructiva.

Un enfermo provinciano, ya entrado en años y con atuendo de paisano, es atendido por un joven médico de un hospital capitalino. Después de examinarlo, y para inquirir sobre la terapéutica anterior, le formula la pregunta:

"¿Y a vos cómo te trataban en tu provincia?"

"Vea, doctor, a mí me trataban de Usted."

El respeto también significa que el problema del enfermo le atañe al médico y que éste se preocupa por él. También el médico demuestra su atención al paciente y a su relato manteniendo contacto visual con él y permaneciendo silencioso.

¿Cuáles son los desaciertos más comunes en la primera etapa de la entrevista? Una enumeración debería incluir no levantarse para saludar al paciente, no estrecharle la mano, no presentarse adecuadamente, dirigirse al paciente sin nombrarlo, tutearlo, según su edad, tratarlo de "abuelo" o "hijo", no mantener contacto visual, no prestarle atención dialogando con la enfermera o atendiendo el teléfono e interrumpirlo al poco tiempo de iniciado el relato de sus molestias respondiendo a la pregunta de orden general formulada por el médico. A este respecto, conviene consignar que el 70 por ciento de los médicos interrumpen a sus pacientes dentro de los 20 segundos de iniciada la entrevista para formularle preguntas, lo que los lleva a creer que su tarea en la anamnesis es responder preguntas. Como lo afirmó Michael Balint hace ya muchos años, el médico que hace preguntas obtiene respuestas, pero nada más. En el mismo sentido, el literato y médico irlandés Oliver Goldsmith (1728-1774) expresó en el siglo XVIII: *Ask me no questions and I will tell you no fibs* ("No me hagas preguntas y no te diré falsedades").

La segunda etapa de la entrevista comienza con el relato espontáneo del enfermo sobre sus molestias. Aquí el facultativo deberá estar atento a las señales no verbales, como expresiones faciales, gestos, posturas, señales autonómicas como transpiración

facial o midriasis, respiración suspirosa o acelerada y movimientos de los globos oculares en zig-zag. Los mensajes no verbales tienen importancia porque son indicadores más verídicos y fidedignos de los sentimientos reales del enfermo. Debemos tener en cuenta que cada persona, dentro de sí misma, mantiene una sensación de bienestar, de sentirse aceptado por sí mismo y por otras personas, y de mantener un cierto nivel de comportamiento. Sus intentos para mantener esa sensación de bienestar están en oposición a la divulgación de información que expresa y expone sus fracasos, sus debilidades y su incapacidad para desarrollar tareas que de él se esperan. Estos sentimientos pueden interferir con la necesidad de relatar sus síntomas al clínico. Éste debe comprender y reconfortar usando un enfoque no-crítico para vencer y penetrar esta resistencia natural a confesar cualquier minusvalía. Las expresiones de ánimo, comprensión y aceptación por parte del médico facilitan el relato espontáneo como ninguna otra cosa es capaz de hacerlo.

Durante este período de la anamnesis, que bien podría definirse como "los primeros cinco minutos", aunque pueden ser algo más o menos, es esencial que se mantenga contacto visual, permaneciendo silencioso y atento. La experiencia enseña que cuanto menos diga el médico, más dirá el enfermo. Se debe resistir el impulso universal a interrumpir al enfermo con preguntas aclaratorias, ya que así se pierde el relato espontáneo, el que además de brindar una perspectiva del padecimiento, facilita, mediante una anamnesis asociativa, confidencias sobre aspectos íntimos vinculados a la enfermedad que son muy difíciles de obtener como respuestas a preguntas directas. En este sentido, es oportuno recordar el apotegma: "*Sin haber escuchado no respondas ni interrumpas en el medio del discurso*" (Eclesiástico, 11:7,8,9,10 y 11).

Durante esta segunda etapa la actitud silenciosa y atenta, y el contacto visual por parte del médico transmiten al paciente su disposición para escucharlo. Aquí la función primordial del galeno es ayudar a la narración, para lo cual puede utilizar tres elementos: la facilitación, la empatía y el apoyo.

La facilitación es un mensaje verbal o no verbal que incita al paciente a seguir hablando y a decir más sin guiarlo ni especificar el tópico a considerar. Estos mensajes pueden ser verbales: "continúe", "me gustaría oír más", "y entonces", como también para-verbales ("uh uh") o gestuales, como el movimiento de la cabeza con signo afirmativo.

La empatía es una actitud que reconoce los sentimientos del paciente y demuestra aceptación por tenerlos y expresarlos. Al ponerse transitoriamente en el lugar del paciente el médico le transmite la comprensión que experimenta por sus molestias. Expresa una sintonía y solidaridad emocional sin juzgar ni compartir ética o ideológicamente los contenidos mencionados. En la empatía hay un compromiso emocional con neutralidad. De lo que se desprende que la apreciación emocional de los sentimientos del paciente no significa afectado por

ellos. En otras palabras, en la empatía existe un compromiso emocional y un despegamiento objetivo. En ella se cumplen los siguientes pasos: a) identificación con el enfermo, b) incorporación de su mensaje, c) reverberación: el observador se divide en un yo que siente como el enfermo y en un yo que analiza lo que está sucediendo, y d) despegamiento: retorno a uno mismo como médico. Nadie puede compartir totalmente las experiencias de otra persona, pero el esfuerzo para conseguirlo acerca mucho una persona a otra. Puede ser más importante para el enfermo que el médico haya intentado comprenderlo, antes que el éxito mismo.

El apoyo es una respuesta del médico que demuestra interés y preocupación por el bienestar del enfermo, intentando restablecer la autoestima y la confianza en sí mismo, casi siempre afectadas en los padecimientos crónicos. Para ser eficaz el apoyo no debe ser difuso, sino específico y concreto, y siempre estar basado sobre hechos reales. Tampoco debe ser prematuro, sino comprensivo. Las expresiones "todo va a andar bien", "quédese tranquilo" o "eso no tiene importancia" pueden ser tranquilizadoras pero no son comprensivas. Transmiten al paciente, además, que el tema está cerrado.

¿Cuáles son los errores más comunes en la segunda etapa de la entrevista? En primer lugar, interrumpir al paciente para formularle preguntas o aclaraciones que seguramente él mismo informará en el relato si se le permite hacerlo. Es el desacierto más frecuente (la mayoría de los médicos lo hacemos o lo hemos hecho) y perturba el curso ulterior de la conversación, que deja de ser asociativa para transformarse en un intercambio de preguntas y respuestas que ponen al enfermo a la defensiva e influyen para que su respuesta se adapte a lo que cree que el médico espera de él. De ahí la relevancia de mantener una mínima actividad verbal durante los primeros cinco minutos. Esta actitud del entrevistador no es un fin en sí misma, sino que es un medio para conseguir que el enfermo hable con mucha más libertad. Otra falla que se observa a menudo es desestimar la importancia de los síntomas cuando éstos no encajan en el esquema mental del clínico. Expresiones como "eso es muy común" o "a quién no le duele la cabeza alguna vez" deben evitarse a toda costa. El apoyo verbal prematuro es una actitud enraizada en nuestra profesión, considerando que el deber del médico es tranquilizar o por lo menos no alarmar al paciente. Sin embargo, cuando en la entrevista el enfermo requiere consejo u orientación en un tópico determinado, se debe, antes de responder, preguntar al paciente el motivo de su consulta. En ocasiones, los enfermos "lanzan" una pregunta que parece intrascendente, pero que oculta una seria preocupación. Un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva puede preguntar si podrá reanudar sus actividades. En este caso el médico puede contestar afirmativamente sin saber que para llegar a sus habitaciones debe subir tres pisos por la escalera.

Durante la tercera etapa de la entrevista se debe focalizar en tópicos determinados. Después de los

cinco minutos de relato espontáneo, que bien podría denominarse con el neologismo "escuchatorio", el médico tiene una idea general del padecimiento y del síntoma principal. Recién ahora elabora y formula preguntas destinadas a obtener información sobre aspectos relevantes de la enfermedad.

Es útil tener en cuenta los siguientes principios generales para la elaboración de las preguntas:

- a) Las preguntas deben ser hechas utilizando un lenguaje sencillo y comprensible. De preferencia, deben usarse las mismas palabras que empleó el enfermo en su narración, de lo contrario, el médico se expone a ser corregido con expresiones como: "no dije dolor, Dr, dije molestia."
- b) El enfermo no debe tener ninguna dificultad para entender lo que se le pregunta. De ahí que deba evitarse el empleo de términos técnicos que el enfermo seguramente no conoce o malinterpreta como disnea, disfagia o diplopía, o que tengan implicancias diagnósticas como "carcinoma" o pronósticas como "grave" o "serio".
- c) Las preguntas deben ser cortas, simples y fáciles de comprender, y enunciarse de manera de inducir al enfermo a hablar libremente.
- d) Cada pregunta debe referirse a un solo tópico y su formulación no debe de ninguna manera influir sobre la respuesta del paciente.
- e) Las preguntas pueden ser elaboradas de distinta manera, distinguiéndose aquellas con posibilidades de respuesta abierta, también llamadas preguntas indirectas, de aquellas con respuestas más acotadas o cerradas, conocidas como preguntas directas.
- f) Las preguntas indirectas o con respuesta abierta no se pueden contestar con un "sí" o con un "no" y se utilizan para establecer el grado de comprensión del paciente, sus actitudes y temores frente a la enfermedad, facilitando su participación y aumentando su motivación y su *rapport*. También ayudan a estructurar y guiar los pensamientos del paciente.
- g) Las preguntas directas o con respuesta acotada demandan hechos específicos y limitan la narración del enfermo.
- h) En la tercera etapa de la entrevista siempre debe comenzarse con preguntas indirectas y utilizar progresivamente preguntas directas con respuestas más "cerradas" o acotadas sólo si se necesita una información adicional más específica.
- i) Como ejemplo de una formulación progresiva de preguntas indirectas a directas, puede citarse la anamnesis de un caso de cefalea: "¿qué me puede decir de su dolor de cabeza?", "¿cómo describiría el dolor?", "¿dónde está localizado el dolor?", "¿el dolor aparece sólo de un lado de la cabeza?" Preguntas sobre el ambiente hogareño: "¿cómo andan las cosas por su casa?", "¿quién vive con Ud en su casa?", "¿cuántas personas viven con Ud?", "¿es casado?"
- j) Existe una técnica de preguntas fructífera que consiste en un encadenamiento de preguntas indirectas y respuestas empáticas. Esto significa res-

ponder a una manifestación del enfermo con una respuesta empática, seguida inmediatamente de una pregunta indirecta. Por ejemplo, Paciente: "Tengo varios problemas, pero no puedo dejar de preocuparme por los dolores de cabeza." Médico: "Parece que el dolor de cabeza es lo que más le molesta (respuesta empática). ¿Qué más me puede contar acerca de eso?"

- k) Las preguntas indirectas no llevan signo de interrogación, inducen a hablar libremente y pueden ser usadas como expresiones de interés en el problema. Deben utilizarse todo lo posible porque indican el interés del médico por el paciente. También tienen un tono menos acusador que las preguntas directas. Las preguntas indirectas son también excelentes para una confrontación no amenazante ante discrepancias en el relato del paciente. Por ejemplo: "Pareciera que este dolor le molesta más de lo que Ud lo admite", "me pareció que Ud dijo antes que se fatigaba", "me pregunto porqué Ud no se mostró preocupado por la biopsia".
- l) Las preguntas indirectas deben usarse para introducir un tópico, ya que le dan al paciente una mayor libertad para elegir una respuesta. Las preguntas directas deben reservarse para obtener los últimos datos de un tópico determinado.

Los errores que suelen cometerse en la tercera etapa de la entrevista se refieren a la técnica para formular las preguntas. Hay que estar en guardia con las preguntas con respuesta sugerida ("¿le calmó el dolor al ponerse la tableta debajo de la lengua?", "¿se levanta varias veces a orinar por la noche?", "¿al comer se le pasa el dolor?". Las preguntas con tono acusador ponen al paciente a la defensiva y comprometen el *rapport*: "¿porqué no tomó el antibiótico?", "¿está seguro que tomó sus medicamentos?", "¿porqué decidió quedar embarazada?", "¿porqué no me llamó por teléfono?". Hay preguntas que pueden ser atemorizantes: "¿hay antecedentes de cáncer en su familia?", "¿no sabe que ese medicamento puede producir daño hepático?". Deben evitarse las preguntas múltiples "¿cómo durmió anoche? ... ¿mejoró el dolor?", ya que asumen relaciones que no existen necesariamente o bien consideran que no hay otras alternativas. Limitan la capacidad del paciente para expresar sus verdaderos sentimientos al incluir una respuesta implícita en la pregunta. También hay que cuidarse de lanzar al paciente con una larga serie de preguntas directas, que lo confunden y limitan su capacidad de comprensión para responder. Por ejemplo: "¿tuvo fiebre, dolores articulares o escalofríos?". Es más grave todavía "bombardearlo" con preguntas sucesivas sin darle tiempo y oportunidad para contestar las anteriores.

Al hacer preguntas sobre áreas sensibles, como al tomar la historia sexual, se debe avisar al paciente el tema que se va a tocar y pedirle permiso para hacerlo. Muchos médicos, ellos mismos ansiosos en tópicos sensibles, tienden a lanzar este tipo de preguntas brusca e inesperadamente. Esta estrategia

impredecible priva al enfermo de cualquier control de la entrevista y al mismo tiempo indica una falta de respeto hacia él. Ante las preguntas repetidas por el médico por su falta de atención es el propio paciente el que suele encargarse de señalarlo.

Durante la cuarta etapa el médico se encarga de obtener una información específica que no ha sido referida hasta ese momento. Con este fin recurre a preguntas directas, también llamadas "con respuesta acotada". Estas preguntas pueden ser respondidas por sí o por no, o por una frase corta. Limitan las posibilidades de expresión del paciente y tienden a ser acusadoras, sobre todo si van precedidas por un ¿por qué? Las preguntas tipo "lista" o "menú" dan al paciente un número de alternativas, con adjetivos o frases descriptivas para ser usadas. En algunas clínicas es común entregarle al enfermo una lista de síntomas y enfermedades antes de ser entrevistado por el médico. Esta práctica, si bien facilita la tarea de recoger los datos pasados y presentes del padecimiento, tiene el inconveniente de dar la impresión al paciente que su tarea es responder preguntas. Para formular las preguntas directas recordemos a los cinco servidores que mencionó el escritor inglés Rudyard Kipling (1865-1936) cuando se le preguntó el método que seguía al escribir sus novelas. Sus cinco nombres están precedidos por la letra W: *Why?* (¿Por qué?), *Where?* (¿Dónde?), *When?* (¿Cuándo?), *Who?* (¿Quién?) y *What?* (¿Qué?).

La quinta etapa comprende la finalización y el cierre de la entrevista. El médico debe enviar señales al paciente que la entrevista está llegando a su conclusión natural. La duración de una entrevista es variable y depende del tiempo disponible y de la actitud del médico clínico. En Gran Bretaña la duración promedio es de siete minutos, mientras que en nuestro país suele alcanzar los quince minutos. Los médicos nos quejamos de la falta de tiempo, de las decisiones institucionales y del excesivo número de pacientes. Sin duda, el factor tiempo es importante, pero también importa la calidad del vínculo y la habilidad del médico. Lo que suele faltar no es sólo tiempo, sino también contacto emocional.

Una de las maneras de indicarle al paciente que la entrevista está terminando es preguntarle si le quedan preguntas por hacer. Si el paciente no atiende o no entiende las señales del médico, éste debe decirle que el encuentro debe terminar. El comentario final siempre debe estar a cargo del médico. Debe comprender un resumen general de la situación, lo que demuestra al paciente que se ha comprendido su problema, un eventual pedido de exámenes complementarios justificando sus razones y una indicación escrita sobre la terapéutica a seguir (dietética, farmacológica, kinésica o quirúrgica). Una indicación concreta del día y la hora del próximo encuentro fortalece la confianza y la capacidad de espera del enfermo.

Los siguientes errores suelen observarse durante la quinta etapa: terminar la entrevista bruscamente, sin avisarle antes al paciente, por ejemplo, poniéndose de pie o abriendo la puerta del consultorio;

observar repetidamente el reloj o preguntarle a la enfermera cuál es el próximo paciente; omitir una explicación final resumida o la indicación de una próxima visita.

Para algunos médicos, uno de los aspectos más difíciles de manejar durante la entrevista médica son los cambios emocionales. Sin embargo, las emociones son un elemento integral de los intercambios humanos, y por supuesto, también de las enfermedades. Los trastornos emocionales, por lo tanto, no deberían ser un impedimento para comprender la enfermedad, sino que forman parte de ella, y para que la entrevista tenga un contenido terapéutico deben ser reconocidos, comprendidos y clarificados.

Los pacientes responden a sus enfermedades, al tratamiento médico y al médico mismo con emociones como la ansiedad, la depresión, el resentimiento o el enojo. Los pacientes también tratan de resolver los conflictos suscitados por la enfermedad recurriendo a mecanismos de defensa, tales como la negación, que es uno de los comunes, y también la represión, la racionalización y la proyección. El médico y el estudiante de medicina pueden intentar ignorar los indicios verbales y corporales de emociones subyacentes e intelectualizar esta postura afirmando que involucrarse con las emociones del paciente consume mucho tiempo o reduce su capacidad de ser objetivo. Si bien nuestras reacciones a las emociones del enfermo no siempre son fáciles de elaborar y expresar, si dichas emociones no son tenidas en cuenta o son incorrectamente interpretadas, se corre el riesgo que fracase la entrevista.

El desafío que enfrenta el médico a este respecto es encontrar un balance apropiado entre la toma de distancia, por un lado, y el verse envuelto en las emociones del paciente, por el otro. Cuando el médico pone distancia emocional, esta actitud puede percibirse como frialdad, indiferencia o desinterés, y el enfermo sentirá que la atención que recibe es inadecuada, cualquiera sea el resultado del tratamiento. Un fuerte compromiso emocional, por otra parte, puede verse interpretado negativamente por el enfermo, y resultará, además, en fatiga o ansiedad en el médico.

Una de las razones que pueden hacer amenazantes las emociones para el estudiante de medicina es el temor de que resulten impredecibles. En realidad, los clínicos experimentados y acostumbrados a tratar estos tópicos han aprendido a predecir, anticipar y tratar exitosamente los trastornos emocionales que acompañan a las enfermedades crónicas.

Así como ocurre con los signos físicos, la principal tarea al enfrentar los síntomas emocionales es intentar su reconocimiento, su interpretación y su tratamiento. El primer paso es establecer si las emociones constituyen un rasgo caracterológico o si más bien representan una adaptación a las tensiones derivadas de la enfermedad, de la hospitalización y de la inevitable repercusión familiar y socioeconómica de encontrarse temerariamente incapacitado.

La mayoría de las emociones que se detectan en las entrevistas clínicas corrientes están relacionadas

con las tensiones y ansiedades originadas por la enfermedad y constituyen una reacción de adaptación a esta última. Suelen depender de los cambios o la pérdida del sentido de bienestar y se modifican con el grado de *stress* que sufren.

Las emociones pueden transformarse en un escollo en la relación médico-paciente si perturban o impiden la comunicación. Inversamente, pueden contribuir a afirmar y fortalecer el *rapport* si el médico utiliza una técnica correcta para reconocerlas, orientarlas y aliviarlas durante la entrevista.

La percepción y el reconocimiento de los diversos matices emocionales durante el encuentro entre el enfermo y el médico dependen, en parte, de la capacidad intuitiva de este último, pero también de su comportamiento. Manteniendo contacto visual y con una mínima actividad verbal, indicando así su disposición a escuchar al paciente, sin interrumpirlo con preguntas, le demuestra que puede hablar libremente y que será escuchado.

En el reconocimiento de las emociones es importante prestar atención al lenguaje en cuanto a contenido, tono y ritmo vocal, como también a las señales no-verbales, que incluyen las gestuales y corporales. En general, la cara y la actitud de la cabeza señalan el tipo de afecto, mientras que el resto del cuerpo tiende a comunicar la intensidad de las emociones.

La ansiedad, que es la emoción más frecuentemente observada, suele ser la consecuencia de la percepción de una amenaza real o imaginaria de padecer una enfermedad importante o ante la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica. A veces se trata de una ansiedad crónica manifestada con síntomas viscerosomáticos. Tiene manifestaciones características, tanto del sistema nervioso autónomo como motoras y también del comportamiento. Deben ser observadas y no preguntadas, ya que los pacientes tienden a ocultar, disimular o minimizar los síntomas que la denotan.

El paciente ansioso puede ser reconocido al estrecharle la mano por la palma fría y transpirada o durante el contacto visual por la mirada inestable y zigzagueante. El temblor de las manos o de los párpados, los movimientos rítmicos del muslo en el paciente sentado y la respiración suspirosa son manifestaciones frecuentes y orientadoras. La risa inapropiada, el lenguaje rápido, las preguntas excesivas y reiteradas sin dar tiempo a responderlas son también signos indicadores. Durante el examen físico la midriasis y las mioclonías palpebrales, la taquicardia sinusal y la transpiración axilar excesiva que queda delatada por dos manchas húmedas en la funda de la camilla, son indicios reveladores.

La depresión o reacción de pena la sufren muchos pacientes con enfermedades crónicas discapacitantes. Al alterarse su relación con otras personas como sus familiares y allegados, y con su propio cuerpo, están apenados porque han sufrido una pérdida de su autonomía física y social, lo cual disminuye su autoestima. La depresión, además de constituir una reacción transitoria a una enfermedad

crónica, puede ser de naturaleza endógena, y en este caso alterna con períodos de excitación, lo que se conoce como trastorno bipolar.

Los pacientes deprimidos tienen posturas evocadoras cuando ponen la cabeza baja con los hombros caídos y al sentarse tienden a hundirse en la silla. En el rostro, además de una expresión triste y abatida, puede verse un pliegue en el párpado superior y las cejas en posición lateral descendente. Suelen referir síntomas como apatía, cansancio y fatiga, infelicidad, trastornos digestivos como anorexia y estreñimiento, y alteraciones del sueño como despertar temprano. La falta de interés sexual y la impotencia son frecuentes. El dolor de espalda, de cintura o de cabeza pueden ser a veces síntomas depresivos. La convicción de que su situación personal es insoluble es frecuente ("esto ya no tiene arreglo", "ya se hizo todo lo que se podía hacer"), así como la vivencia de imposibilidad de ayuda. También son frecuentes los pensamientos escapistas y suicidas.

La depresión secundaria a una enfermedad crónica está aumentada en aquellos que no han podido expresar su enojo o frustración, y también en los que no han tomado conciencia de sus reacciones emocionales a todo lo que significa estar crónicamente enfermo. En otros casos la depresión es la consecuencia de un sentimiento de culpa, como ocurre cuando un empleado no puede trabajar al estar enfermo y enfrenta dificultades económicas para mantener a su familia. El enfermo deprimido suele brindar poca información en forma espontánea, su relato es lento y aburrido, y responde con dificultad a las preguntas, asimismo, sus contestaciones son breves, imprecisas y poco detalladas.

Uno de los problemas más difíciles para el estudiante de medicina es entrevistar a un paciente enojado o antagónico. La actitud usual es responder de la misma manera, lo cual interrumpe invariablemente el proceso de comunicación. Es más útil, y a la larga más constructivo, averiguar cuál es la causa de su enojo. Esta emoción y sus variantes, como la ira, la rabia y el antagonismo, puede tener distintos orígenes. La fuente del enojo puede estar dentro del paciente y ser un rasgo caracterológico. También el enojo tiene que ver con las consecuencias de la enfermedad o con alguna dificultad burocrática vinculada con ella. Un resultado perjudicial o negativo del tratamiento también es capaz de ocasionar enojo. Lo menos frecuente es que el enojo esté producido por el accionar del médico, si bien éste puede hacer o dejar de hacer cosas que lleguen a molestar al enfermo como hacerlo esperar indebidamente o infligirle dolor sin advertirlo previamente. Lo habitual, entonces, es que el médico sea inocente y que represente para el enfermo alguna imagen hacia quien tiene una fundada causa como para sentirse enojado.

Siendo el médico una figura de autoridad, lo habitual es que el enojo no sea expresado abiertamente, sino que se mantenga escondido o disimulado. Esto debe sospecharse cuando un paciente en la primera entrevista expresa que no ha quedado satisfecho

con los colegas que lo han asistido antes o bien que se han cometido errores en el diagnóstico o tratamiento. Hay que presumir, entonces, que el mismo sentimiento va a surgir en la situación actual. Un comentario despectivo o descalificador sobre el ámbito del consultorio conlleva un mensaje parecido.

Detrás de las expresiones encolerizadas o derogatorias del enfermo puede esconderse la ansiedad. La gente colérica suele estar atemorizada e indica que se siente amenazada. El médico debe descubrir y ayudar al enfermo para que vislumbre los peligros reales o imaginarios que provoca su cólera o cualquier otra respuesta negativa hacia el médico.

El médico no debe dejar de ser amable con el paciente enojado o suspicaz, aunque sin intentar congraciarse con él ni mostrarse a la defensiva. En lugar de costarle del mismo modo, el médico debe preguntarle al paciente la causa de su enojo, utilizando preguntas indirectas, dándole tiempo para que exprese su molestia, sin interrumpirlo ni intentar justificarse. Por ejemplo: "Tengo la impresión que está un poco enojado ahora. ¿Hay algo que le molesta?" Una pregunta directa, que adopta un tono acusador, sería menos apropiada: "¿Por qué está enojado?". Si la formulación de una pregunta indirecta no es suficiente para evocar una respuesta, se puede utilizar alguna hipótesis para explicar la causa del enojo: "Parece enojado ahora. ¿Tuvo que esperarme mucho tiempo?". Esta técnica, que permite y facilita la verbalización de las emociones del enfermo, en este caso el enojo, es mucho más productiva que intentar argumentar con él. Los intentos para modificar las emociones mediante la confrontación tienden a intensificarlas más que a disminuirlas.

En la habilidad para llevar a cabo una entrevista que tenga valor terapéutico confluyen el arte y la ciencia de la medicina. Los aspectos científicos del encuentro con el paciente comprenden las aptitudes del médico para recoger e interpretar los síntomas y los signos a fin de elaborar un diagnóstico correcto y un pronóstico confiable, sobre los cuales estará basado un tratamiento eficaz. El arte de la entrevista responde a aquellas cualidades del médico, en parte innatas y en parte cultivadas como son el interés y el respeto por el paciente, su calidez y autenticidad, su empatía y su capacidad para establecer y mantener el *rapport*. De todo esto surgirá una relación y una alianza terapéutica.

Bibliografía

1. Barilari, M.J.; Grasso, L. La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis. Buenos Aires, 1948. 305 páginas.
2. Barilari, M.J. El sentido humano del médico. Buenos Aires, 1969. 454 páginas.
3. Bañuelos, M. El arte médico. Barcelona, 1945. 215 páginas.
4. Ferrari, H., et al. Asistencia institucional. Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico-psicológica. Buenos Aires, 1979. 222 páginas.

5. Orpinari, B.; Rinaldi, J. La entrevista diagnóstica. Buenos Aires, 1980. 74 páginas.
6. Martí, M.L (Editor). Comunicación en medicina. Buenos Aires, 1976. 236 páginas.
7. Lain Entralgo, P. La curación por la palabra en la Antigüedad Clásica. Madrid, 1958. 356 páginas.
8. Engel, G.L.; Morgan, W.L. Interviewing the patient. Londres, 1973. 129 páginas.
9. Cohen-Cole, S.A. The medical interview. The three-function approach. Boston, 1981. 197 páginas.
10. Colehan, J.L.; Block, M.R. The medical interview. Filadelfia, 1987. 221 páginas.
11. Sullivan, H.S. La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires, 1977. 270 páginas.
12. Lain Entralgo, P. La relación médico-enfermo. Madrid, 1964. 497 páginas.
13. Buzzi, A. La entrevista médica en Geriátrica. Geriátrica Práctica, 4: 3, 1994.
14. Buzzi, A. El valor perenne de las habilidades clínicas. Prensa Méd. Arg., 92: 343, 2005.
15. Balint, M. The doctor, his patient and the illness. New York, 1957. 355 páginas.
16. Balint, E.; Norell, J.S. Seis minutos para el paciente. Buenos Aires, 1973. 172 páginas.
17. Bird, B. La conversación con los pacientes. Buenos Aires, 1960. 156 páginas.
18. Rolla, E.H. La entrevista en psiquiatría. Buenos Aires, 1981. 237 páginas.
19. Arfuch, L. La entrevista, una invención dialógica. Buenos Aires, 1995. 160 páginas.
20. Pease, A. El lenguaje del cuerpo. Buenos Aires, 1981. 175 páginas.
21. Kovadloff, S. El silencio primordial. Buenos Aires, 1993. 187 páginas.
22. Ricón, L. La relación terapéutica. Buenos Aires, 2003. 128 páginas.
23. Bolognini, S. La empatía psicoanalítica. Buenos Aires, 2004. 287 páginas.
24. Othmer, E.; Othmer, S.C. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona, 1996. 500 páginas.