



Entrevista clínica viva

La entrevista clínica tiene tres funciones: establecer una relación con el paciente y la familia, conseguir una buena comprensión de los problemas del consultante y proceder a informar de las mejores conductas diagnósticas, terapéuticas y preventivas¹. Quince años después de la aparición del *Manual de Entrevista Clínica*², parece oportuno reflexionar sobre la posición central de la entrevista clínica en la actividad del médico de familia y los avances que se constatan en la nueva obra³.

Situémonos a finales de los años ochenta, cuando las nuevas corrientes que venían del campo de la filosofía, lingüística, psicología (en su vertiente psicodinámica, pero también de un emergente modelo cognitivo-conductual) y antropología eclosionan en la llamada Escuela de Palo Alto, y de manera más concreta, en la llamada «teoría de la comunicación». Watzlawick y otros conocidos autores⁴ retoman el modelo de Shanon y Weaver⁵ y enuncian los «axiomas de la comunicación». Son profesionales que mayoritariamente actúan en el campo de la salud mental, por lo que sus ideas son recogidas con prevención –o franca desconfianza– por parte de los clínicos. Sin embargo, son ideas con calado, por ejemplo, la nueva visión que supone integrar la parte no verbal (corporal) de la comunicación, el análisis que realizan de la influencia y el poder en la relación interpersonal, y las aplicaciones del llamado «modelo sistémico», a saber que todo lo que ocurre debe ser colocado en una rica interacción entre la comunidad, el paciente, su familia, y del otro lado el profesional, el equipo de salud e incluso la institución sanitaria donde tiene lugar el acto clínico. Estas aportaciones casan muy bien con el emergente «modelo biopsicosocial», que enunciara Engel a finales de los años setenta⁶, y que tal vez con excesivo optimismo se proponía como «nuevo paradigma» de la medicina.

El desarrollo del modelo de comunicación y del modelo biopsicosocial trataba de compensar una creciente influencia de la «ideología biomédica», impulsada por los avances técnicos extraordinarios que se producen en todos los terrenos: farmacología, diagnóstico por la imagen, cirugía, etc. La tentación de vernos como «técnicos de la medicina» es enorme, y esta tentación se traduce en realizar «buenas anamnesis» más que «buenas entrevistas». ¿Para qué esforzarnos en ser empáticos (sobre todo cuando el paciente cae en la categoría de antipático o difícil) cuando la medicina puede curarle *incluso* contra su voluntad? Éste sería el meollo de lo que se ha denominado «ideología bio-

médica», una ideología que ve al ser humano condicionado por su carga genética y que contempla con ironía y sorna las nuevas corrientes de cariz humanista. A su vez, estas corrientes humanistas caen en el error simétrico: entender la entrevista clínica básicamente como un marco de relación y comunicación, minusvalorando o ignorando las dificultades de orden técnico que el profesional afronta en su papel de semiólogo. He aquí el escenario de una patente y paradójica incomunicación entre clínicos y comunicólogos, escenario que apenas ahora empieza a superarse.

En España, el desarrollo de la entrevista clínica fue algo distinto. El Grupo Comunicación y Salud –desde sus inicios en 1987– se caracteriza por defender dos ideas centrales: *a)* la entrevista clínica incluye la anamnesis, la exploración física, el discurrir diagnóstico y la comunicación, y *b)* la entrevista clínica no debe circunscribirse a ninguna escuela ni moda. Veamos el primer aspecto.

Reducir la entrevista clínica a los aspectos de comunicación es tan grave como reducirla a una mera «recolección de datos». Quien cae en este tipo de reduccionismos es incapaz de comprender la tensión psicológica a la que está sometido un médico cuando intenta realizar un diagnóstico. Los desencuentros más lamentables entre profesionales clínicos y expertos en comunicación se han derivado de este hecho, a su vez consecuencia de un liderazgo de profesores venidos de las ciencias sociales y sin experiencia clínica. Estos profesores tuvieron un fuerte impacto en universidades anglosajonas, y sólo su lenta integración en puestos docentes cercanos a la red asistencial, y un creciente protagonismo de médicos clínicos en la investigación puntera en entrevista clínica, ha permitido superar determinados estereotipos omnipresentes en sus elaboraciones (p. ej., el estereotipo de médico «paternalista»). Como hemos apuntado reiteradamente, empezamos a comprender la entrevista clínica cuando la contemplamos en la triple faceta relacional, exploratoria y resolutoria. Entonces emerge una complejidad de percepciones, emociones y pensamientos que nos deja asombrados. Por si fuera poco, el viejo problema del paternalismo está en buena parte superado por otro de mayor envidia: la frialdad del técnico. La segunda idea del Grupo Comunicación y Salud fue abrirnos a todas las influencias que pudieran aportar algo al profesional clínico. Nunca apostamos por devenir una escuela más, pues en el momento en que esto hubiera ocurrido se habría trazado una línea entre ortodoxia y heterodoxia. La úni-

TABLA 1
Principales aportaciones conceptuales del manual de 2004

Concepto	Explicación
Modelo emotivo-racional de acto clínico	El modelo emotivo-racional relaciona el proceso diagnóstico con el tono emocional y la activación cognitiva. Propone que un buen clínico está sujeto a factores que pueden restringir sus capacidades, y que siempre está tentado a cerrar prematuramente la entrevista
Exploración física orientada a los problemas	La exploración física es una parte más de las conductas que llamamos exploratorias, y debe integrarse con la anamnesis para lograr maniobras de alto valor predictivo
Competencia emocional	Proponemos un modelo de competencia emocional basado en un tono básico y un tono avanzado, este último visible cuando el entrevistador afronta retos emocionales
Modelo de influencia interpersonal	Extensión del Health Belief Model, este modelo entiende que las personas no actuamos a partir de una racionalidad «perfecta», sino más bien por tendencias gregarias y a partir de características de nuestra personalidad
Modalidades de entrevista	Los diferentes escenarios que tienen lugar entre paciente y clínico pueden agruparse en unas modalidades básicas de entrevista. Estas modalidades tienen técnicas específicas. Su conocimiento permite, además, una evaluación más ajustada

ca frontera que deseábamos trazar estaba entre lo que podía ser probado científicamente y lo que no, lo que podía servir para solventar problemas clínicos y lo que no. Abiertos a todo lo inteligente, rezaba una de nuestras máximas.

Es fácil confundir esta abertura a diferentes influencias como un eclecticismo que a la larga podía llevarnos a una profunda desorientación teórica. Pero no ha sido el caso. El Grupo Comunicación y Salud tiene unas 250 personas que de manera estable colaboran y forman grupos de trabajo en diferentes campos y corrientes de pensamiento. El contacto con la clínica es tan estrecho que lo que no funciona sencillamente no prospera, en una suerte de darwinismo de las ideas. Una de nuestras obsesiones es no encastillarnos en conceptos o modelos que «tienen que ser demostrados» cueste lo que cueste. En particular, hay que acoger las modas que nos vienen con una cierta distancia crítica, porque suelen tener algo de excluyentes, e incluso intolerantes, con otras corrientes de pensamiento. Como apunta Marina, en la tribu de los «psi» siempre hay empujones para que alguien duerma al raso⁷. También es éste un campo propicio para gurúes —añadiríamos— que tratan de explicar la complejidad humana a partir de un último hallazgo o genialidad. Desconfiemos de los gurúes, porque el precio por dejarnos fascinar es la incapacidad para ejercer la crítica, y un progresivo alejamiento de la realidad. Para mantener la entrevista clínica viva, hay que mirarla sin filtros teóricos, con una cierta ingenuidad y, sobre todo, pensando que hay mucho aún por descubrir.

Un peligro permanente de la entrevista clínica es precisamente ser campo de batalla de las ideologías. Este peligro se concreta cuando alguien traza una línea entre «buenos» y «malos» profesionales a partir de conceptos como «centrado en el paciente», «abordaje integral», «abordaje negociador», etc. Esta tendencia fue analizada por Popper de una manera más general, cuando caracterizaba el esencialismo frente al nominalismo filosófico⁸. Un esencialista cree que hay un entrevistador «esencialmente» bueno y

otro «esencialmente» malo, y trata de adivinar los rasgos de uno y otro para elevarlos a categoría pronóstica. Quien no abraza en su quehacer diario una filosofía biopsicosocial, pongamos por caso, no hará las cosas bien. Un nominalista, por el contrario, se limita a constatar los aspectos que caracterizan la práctica clínica de un profesional concreto y, de manera siempre parsimoniosa y limitada, intenta establecer la repercusión práctica de cada rasgo analizado. Por desgracia, aún subsiste mucho debate con tintes esencialistas a la hora de hablar, por ejemplo, de los modelos relacionales. El concepto alternativo que proponemos desde el nominalismo sería hablar de perfiles profesionales más que modelos, es decir, hablar de rasgos que en un momento concreto pueden o no pueden ser exhibidos por un entrevistador. Este planteo es mucho más modesto porque significa renunciar a grandes modelos explicativos de casi todo, pero tiene la ventaja de poner bases sólidas a los pequeños avances que se puedan producir.

¿Supone esto que debemos renunciar a medir la competencia en la entrevista clínica? En absoluto, pero siempre entendiéndola como aproximaciones a una realidad mucho más compleja. ¡Cuántas veces hemos analizado una entrevista videograbada aparentemente deficitaria en técnicas, y tras una adecuada explicación de sus protagonistas hemos comprendido que la conducta del profesional era la más apropiada! Siempre resulta más difícil percatarse de los aspectos acertados de una entrevista que de los desacertados, y un observador de entrevistas sin experiencia fácilmente puede caer en lo que hemos denominado sesgo de hipercrítica.

Por último, quisiéramos animar a los lectores de ATENCIÓN PRIMARIA a que hagan de sus entrevistas clínicas un acto de creatividad. Tal vez encuentren motivos de reflexión y mejora en la obra que Editorial semFYC acaba de publicar³ (véase la tabla 1 para una síntesis de las novedades conceptuales más interesantes) pero, sin lugar a dudas, todo lo que se diga es siempre a guisa de orientación. Cuando estamos frente al paciente es cuando de verdad se integran o no se

integran nuevas maneras de solucionar viejos problemas. Es un esfuerzo que exige perseverancia, cada día y para cada paciente. Cuando dejamos de ser creativos (eso es, cuando dejamos de probar nuevas soluciones para viejos problemas) y cuando nos instalamos en el conformismo del «ya lo hago bien», sencillamente nos aproximamos a la mediocridad. También cuando dejamos de ser y estar nosotros mismos delante de los pacientes, y preferimos actuar con automatismos y corazas emocionales. En esta posición perdemos la oportunidad de disfrutar de la relación asistencial.

F. Borrell i Carrió

Doctor en Medicina. Especialista en MFC. Profesor Facultad Medicina UB. EAP Gavarrà, Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Cohen-Cole SA, The Medical Interview: the three-function approach. Sant Louis: Mosby, 1991.
2. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
3. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Ed. semFYC, 2004.
4. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo, 1971.
5. Shannon CE, Weaver V. The mathematical theory of communication. Illinois: University of Illinois Press, 1949.
6. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
7. Marina JA. El laberinto sentimental. Barcelona: Anagrama, 1996.
8. Popper KR, Eccles JC. The self and its brain. An argument for interactionism. London, New York: Routledge, 1986.