

La comunicación asistencial prioridad para el médico familiar

Prioridade de comunicação de cuidados para o médico de família

Healthcare communication a priority for the family doctor

Rosario Morales López, * Rafael Luquin Martínez, ** José Miguel Bueno Ortiz. ***

*Médico Médico de Familia.Tutora de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Miembro del Grupo Comunicación y Salud SemFYC. ** Médico de Familia.Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena-Oeste. Miembro del Grupo Comunicación y Salud SemFYC. *** de Familia Médico de Familia. Centro de Salud Fuente Álamo. Miembro del Grupo Comunicación y Salud de SemFYC.

N. del E. Este artículo está fundamentado en el libro: Saura Llamas J. (Editor) *Manual de Herramientas Docentes para el Tutor. Instrumentos y ayudas para cumplir los objetivos docentes y las tareas del programa docente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2006. Mediprint Ediciones, S.L. Murcia, España. 2006.*

...la Medicina Familiar ofrece otra serie de posibilidades y de áreas que no pueden ofrecer otras especialidades, y que sería bueno que el residente las descubriera por sí mismo. Por otro lado -y una vez que el residente ya ha elegido esta especialidad- lo lógico sería tratar de convencerlo de que debe de tratar de aprender lo máximo posible, sacarle el máximo provecho al periodo de residencia e incluso tratar de pasárselo lo mejor posible. Decía Tudor Hart, hace unos años al referirse a los General Practitioners ingleses: “**debemos demostrar que es posible la vida inteligente fuera de los hospitales**”. A esto se puede añadir, refiriéndonos a los Residentes: “dadnos la oportunidad de demostrar que en los Centros de Salud se puede hacer una buena Medicina y muy estimulante desde el punto de vista de la satisfacción profesional”. El residente debe darle la oportunidad a la Medicina Familiar y Comunitaria de que cuando se entiende y se vive puede convertirse en una de las mejores especialidades médicas posibles. **El Médico de Familia es el “auténtico Médico”, en el sentido amplio de la palabra.**

José Saura Llamas

La **comunicación asistencial** requiere de la adquisición de múltiples habilidades por parte del residente de la especialidad en medicina familiar y comunitaria. El residente debe adquirir esta competencia esencial del médico de familia; la cual le servirá para abordar el encuentro con el paciente en su doble vertiente científico-técnica y relacional.¹ Es fundamental que el tutor se implique en enseñar el valor de la relación médico-paciente como requerimiento ético y como elemento fundamental para la obtención de resultados beneficiosos para la salud del paciente. Creemos que el mejor modo consiste en el mantenimiento de una relación dialogante y de mutua confianza que se podría traducir en una agenda negociada, sin caer en un estilo complaciente.²

Los objetivos clínicos de la relación médico-paciente son:^{3,4}

- **Conseguir la disposición del paciente a proporcionar información lo más precisa posible.**
- La participación activa del paciente en su proceso diagnóstico y en su tratamiento.
- **El establecimiento y el mantenimiento de una relación adecuada y de continuidad.**
- La reducción de los conflictos potenciales entre el médico y el paciente.
- **La satisfacción del paciente y del médico.**

La Entrevista Clínica como proceso de comunicación médico-paciente consta de algunos elementos esenciales⁵ (consenso de Kalamazoo 2001):

- establecer relación,
- obtener información,
- comprender la perspectiva del paciente sobre la enfermedad,
- informar, alcanzar acuerdos,
- cerrar la consulta.

El residente deberá conocer las tareas precisas para lograr estos componentes básicos (Tabla I) intentando adaptarse a las circunstancias reales de trabajo.

Tabla I. Consenso de Kalamazoo sobre los elementos esenciales de la comunicación médico-paciente (Bayer-Fetzer Conference.2001).⁵

ELEMENTO ESENCIAL	TAREAS
ESTABLECER RELACIÓN	Promover la colaboración entre médico y paciente. Respetar la participación activa del paciente en las decisiones.
ABRIR LA DISCUSIÓN	Permitir al paciente completar su frase de apertura. Conseguir que el paciente exponga sus preocupaciones. Establecer y mantener una conexión personal.
OBTENER INFORMACIÓN	Usar preguntas abiertas y cerradas adecuadamente. Estructurar, clarificar y resumir la información. Escuchar activamente usando técnicas verbales y no verbales.
COMPRENDER LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD.	Explorar los factores contextuales (familia, cultura, género, edad, estatus socio-económico y espiritual). Explorar las creencias, preocupaciones y expectativas sobre salud y enfermedad. Reconocer y responder a las ideas, sentimientos y valores del paciente.
COMPARTIR LA INFORMACIÓN	Usar un lenguaje que el paciente pueda entender. Comprobar la comprensión. Animar a que haga preguntas.
ALCANZAR ACUERDOS SOBRE LOS PROBLEMAS Y EL PLAN	Animarlo a participar en las decisiones en la medida que desee. Comprobar la voluntad del paciente y su capacidad para seguir un plan. Identificar y enumerar los apoyos y recursos.
CERRAR LA CONSULTA	Preguntar si el paciente tiene otros temas pendientes. Resumir y firmar el acuerdo sobre el plan de actuación. Discutir sobre el seguimiento (ejemplo: siguiente visita, plan, posibles acontecimientos inesperados).

Que el residente sepa dar *feedback* útil y efectivo. Desde pequeños recibimos de nuestros padres caricias y regaños que no son más que esta técnica. Con posterioridad nos rodeamos de otros niños y asistimos al colegio donde es el profesor el encargado de hacernos ver lo que cree que está bien o mal respecto de nuestra conducta y conocimientos. Esto vuelve a ser también *feedback*. La vida es un continuo *feedback* que, tras pasar el filtro de la pedagogía, ha evolucionado y mejorado siendo en la actualidad una de las técnicas más valoradas con fines didácticos.

En nuestro caso esta técnica formativa ayuda al residente a apreciar el interés del tutor por él, le ayuda también, a aumentar su *auto eficacia* mediante la toma de conciencia de sus aciertos y valía, a descubrir áreas donde mejorar y le obliga a ser disciplinado en su sistemática de valoración de la realidad ya que siempre debe de comenzar por los aspectos positivos (a lo que la mayoría no estamos acostumbrados) y después pasar a los mejorables. Sus características fundamentales son:

- **detectar los déficits,**
- proporcionar información de calidad,
- **estar presente durante todo el proceso de aprendizaje,**
- crear un clima de confianza con el fin de mejorar,
- **potenciar el papel del tutor,**
- ser bidireccional y todo esto desarrollado para poder ser aprendido.

Para que sea útil y efectivo es preciso estar de acuerdo con el residente, empezar por los aspectos positivos, ser concretos y oportunos, describir los hechos y no interpretarlos, manifestar que las opiniones son subjetivas (del tutor) y que se refieren a conductas que se pueden mejora. Para no saltar ningún paso, conviene sistematizarlo para lo que proponemos ejercicios y posterior análisis personal de los mismos.⁶

Conocer la importancia que tiene para el acto clínico la relación médico-paciente

La relación médico-paciente -es difícil de definir- pero todos reconocemos su significado. Es importante para dar una asistencia de calidad por varias razones: es en sí misma una competencia clínica (precisa desarrollar habilidades en comunicación, en resolución de problemas y toma de decisiones, uso de recursos y exploración física), es en este contexto donde se desarrollan otras competencias. Herramientas muy utilizadas por los profesionales, el tipo de relación favorece la resolución de problemas clínicos y tiene poder terapéutico, sus efectos pueden ser medidos o registrados, bien a través de conductas o a través de percepciones de los protagonistas, puede enseñarse y aprenderse efectivamente.⁷

Conocer la relación centrada en el paciente y el papel del médico de familia

Sus objetivos son la prevención y la salud del consultante en una integración biopsicosocial y desarrollo de transacciones de autonomía en ambiente de empatía y con distancia terapéutica. Aprender a conectar con el paciente/familia para obtener información relevante y fidedigna en las distintas áreas (biológica, psicológica y social). Se pueden aplicar las características del buen entrevistador y las técnicas de la parte exploratoria de la entrevista clínica:^{8,9}

- a. Averiguar el motivo o motivos de consulta (“Delimitar la demanda”).
- b. **Vaciado de la información preelaborada mediante apoyo narrativo.**
- c. Búsqueda de los datos específicos necesarios para tomar decisiones.
- d. **Acompañamiento de la exploración física o técnicas instrumentales.**
- e. Elaboración y síntesis de la información.

Aprender a informar sobre el problema de salud

El proceso diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento se deberían presentar en una forma comprensible para el paciente/familia. Aplicación de las técnicas de la parte resolutiva de la entrevista:

- a. Enunciar y explicar los problemas encontrados.
- b. **Educar en nuevos hábitos.**
- c. Reconvertir creencias incorrectas.
- d. **Negociar con el paciente la individualización de las medidas preventivas, terapéuticas o diagnósticas propuestas.**
- e. Llegar a acuerdos.
- f. **Tomar precauciones.**^{8,9}

Motivar al paciente/familia para una buena adherencia al tratamiento/medidas propuestas

La motivación es la palanca que nos mueve a realizar cambios en nuestra vida, pertenece a cada persona, pero los profesionales sanitarios podemos influir en ella y podemos tener más probabilidades de éxito si utilizamos algunas habilidades como mostrarnos empáticos y colaboradores, evitar antagonismos que crean resistencias por parte del paciente o la familia, centrarnos en las experiencias del paciente y dejarle a él el peso de sus decisiones. No se trataría de dar soluciones mágicas sino de ofrecer recursos de ayuda para que el paciente reflexione, asimile sus problemas, le ofrezca distintas alternativas y le dirija en el sentido de la decisión más acorde con sus intereses de su salud.

Como ejemplo, en el caso de un paciente fumador: **En primer lugar**, es necesario conocer en qué momento está el paciente (¿alguna vez ha pensado hacer algo...?, le veo *preocupado*), seguidamente conseguiremos que el paciente se posicione (¿qué sabe de los efectos del tabaco...? ¿sabe si puede ser perjudicial...? ¿qué le hace seguir fumando...? ¿qué dificultades le encuentra el intentar dejarlo? **Evitaremos argumentar, utilizaremos preguntas abiertas, haremos resúmenes de lo que el paciente ha expresado y demostraremos que lo entendemos sin enjuiciarlo.** **Por último**, intentaremos que el paciente reflexione y pueda pasar a la acción (resumiremos lo que el paciente ha expresado recogiendo su ambivalencia (*por lo que usted me dice, parece ser que el tabaco le ayuda a combatir la ansiedad pero por otro lado nota que no puede respirar cuando sube las escaleras de su casa...*) reforzaremos su auto eficacia (*con las dificultades que usted ha afrontado en su vida, confío en que puede con esto...*) y evitaremos posiciones rígidas estando dispuestos a aceptar tanto el seguir como el cambiar (“la decisión que es suya”).

Aprender a dar apoyo al paciente/familia

Supone ayudar a los pacientes a afrontar el sufrimiento psicológico que le producen sus problemas. No responde a intervenciones protocolizadas sino a la creación de un clima favorable para que el paciente desarrolle su capacidad de búsqueda de soluciones. Aparte de observar las normas de la comunicación es importante dar ayuda cuando el paciente lo pida de forma explícita o implícita o reforzar su autoestima.

PROPONEMOS, GLOBALMENTE, UN APRENDIZAJE CONTINUO A LO LARGO DE TODA LA RESIDENCIA, MANTENIENDO EL CONTACTO CON EL RESIDENTE INCLUSO EN SUS ROTACIONES HOSPITALARIAS.**I. Conocer la comunicación en atención especializada versus primaria.**

Las diferencias vienen determinadas por las características propias del trabajo del Médico de Familia:

- La continuidad de la asistencia en Atención Primaria permite una relación médico-paciente con mayor posibilidad de desarrollar cada una de las características de la entrevista clínica centrada en el paciente.
 - El motivo de consulta está frecuentemente mejor delimitado en la atención especializada ya que el paciente ha sido remitido por un problema de salud concreto desde la atención primaria, o ha acudido por un problema agudo o por la complicación / prolongación de uno crónico.
 - En la Atención Especializada la mayoría de las entrevistas son semiológicas (diagnósticas), se exploran escasamente tanto el impacto psicosocial del problema como las opiniones, expectativas y emociones de los pacientes y tampoco se suelen tomar decisiones compartidas.¹⁰
 - A veces la entrevista de atención primaria se realiza en el domicilio del paciente lo que permite poder conocer de primera mano su manera de vivir.
 - En la Atención Especializada puede ser más frecuente la falta comprensión del sufrimiento de los pacientes que “se quejan por todo sin tener nada” cuando no se ha encontrado la causa orgánica de su sintomatología. ESTO TIENE UNA GRAN RELEVANCIA EN EL PAPEL DOCENTE DEL TUTOR PARA NO TRANSMITIR AL RESIDENTE LA INFRAVALORACIÓN EN ESTOS CASOS Y LA SUBLIMACIÓN DEL “CASO INTERESANTE”.

2. Contención emocional.

No quiere decir que eliminemos *nuestras reacciones emocionales* sino que aprendamos a reconocerlas antes de que se manifiesten en conductas. Una vez reconocidas, es necesario controlarlas tanto en las expresiones verbales como no verbales, sin sentirnos obligados a intervenir como respuesta a emociones del paciente, manteniéndonos en nuestra propia sintonía. Los dos casos más extremos serían la comunicación de malas noticias y el paciente agresivo.

3. Cómo dar malas noticias.

En medicina hay que tener en cuenta orientaciones básicas al dar malas noticias ya que se *trata de un acto humano, ético, médico y legal*, por este orden, no existiendo, sin embargo, fórmula establecida alguna:

- a) **Hay que conocer el equilibrio psicológico del enfermo para prever sus reacciones emotivo-afectivas y conocer su edad, sabiendo de la gravedad de la enfermedad y su estadio evolutivo, así como el tipo de tratamiento que sigue para comprender el impacto emocional que pueda tener sobre él mismo y sobre su rol social.**
- b) Hay que buscar siempre un lugar tranquilo, puesto que se trata de algo muy personal y que “varía de médico a médico y de paciente a paciente”.
- c) **Hay que averiguar lo que el enfermo sabe, lo que quiere saber y lo que está en condiciones de saber, esperando siempre a que pregunte, dándole la posibilidad de un compromiso pleno siempre en un lenguaje claro y simple, todo de un modo gradual puesto que no se trata de un acto único.**
- d) Nunca discutiremos con la “negación” del paciente, racionalizando, minimizando, desplazando ni mucho menos favoreciendo la autoinculpación.
- e) **Siempre hay que extremar la delicadeza al dar las malas noticias, no diciendo nada que no sea verdad, no quitando la esperanza, sabiendo que a veces es suficiente no desengañar al paciente.**
- f) Finalmente siempre hay que evitar el establecer límites ni plazos (sobre todo respecto al pronóstico de supervivencia) y tener en cuenta, en todo momento, la amnesia post información.

4. Manejo del paciente agresivo:

La agresividad es una respuesta emocional y conductual extrema que surge como reacción secundaria a diferentes emociones: *frustración, pérdida de un ser querido, ansiedad, temor a ser menospreciado, etc.*

La agresividad puede ser una respuesta adaptativa o desadaptativa, estando modulada por el “Umbral de reactividad” que depende de la personalidad, experiencias vitales, afrontamiento del estrés y del fracaso... Dentro del marco asistencial, los factores que influyen en el “Umbral de reactividad” son:

- **Situación emocional que se esté pasando, muy ligado al condicionamiento del entorno y a los acontecimientos vitales.**
- Percepción de que las consecuencias de la situación, objeto de la demanda, pueden ser catastróficas.
- **Situación de derecho.**
- Relación previa existente con el paciente.
- **Sensación de urgencia o peligro.**

Las manifestaciones de la agresividad presentan cuatro grados “in crescendo”:

- 1º. Recriminaciones y culpas (“si usted me hubiera hecho...”)**
- 2º. Exigencias (“déme esta receta”).
- 3º. Insultos (“es usted un incompetente”).**
- 4º. Agresión física.

En el entorno asistencial, existen unos factores de riesgo para el médico dentro de las interacciones agresivas, tales como el estrés, la falta de tiempo, la presión asistencial, su situación familiar y/o personal, la utilización de modelos autoritarios, técnicos o culpabilizadores y los trastornos de personalidad. También existen unos factores de riesgo para el paciente en las interacciones agresivas en ese entorno asistencial, como son: la falta de expectativas, la situación de derecho, una situación clínica de urgencia y los trastornos de la personalidad. Siendo el objetivo de la prevención y abordaje de la agresividad el evitar el desgaste del profesional ya que, en caso contrario, se enturbiará la relación con los próximos pacientes, la familia, amistades y él mismo. Sus técnicas de abordaje son:

1^a. Autocontrol emocional. 2^a. Contrabalanceo emocional. 3^a. Acortamiento de su reacción. 4^a. Reconducción de objetivos. 5^o: Reconocimiento de un error. 6^a. Finalmente se dará el mensaje de que la situación NO se consentirá que se repita de nuevo ante conductas de pacientes que consideramos inaceptables (“me sabe mal su actitud porque yo acostumbro a que mis pacientes tengan un trato de amistad conmigo y una mutua confianza”).

No debe caerse nunca en el clima de agresividad del paciente para lo que seguirán éstos pasos:

- a) Reconocer la emoción negativa que le está creando el paciente.
- b) Modular su conducta con autocontrol emocional.**
- c) Actuar mediante una escucha relajada.

5.Utilizar el tiempo y los recursos adecuadamente:

El disponer del tiempo necesario para atender la consulta de un paciente es determinante para que nuestra actitud sea intentar resolverla y no “salir del paso para sobrevivir”. Dadas las circunstancias de trabajo, conviene desarrollar, ayudando al residente a hacerlo también, estrategias organizativas para rentabilizar al máximo el tiempo de que disponemos.

En el aspecto comunicacional son útiles:

- **Estudio de pacientes difíciles e hiperfrecuentadores.** Cuando se estudian como problema, habitualmente dejan de serlo.
- **Estructuración de la información de la historia clínica para priorizar objetivos:** datos de la historia que me obligan (problemas activos potencialmente graves o preocupantes), mapa de riesgos (factores de riesgo para determinadas patologías) y datos preventivos pendientes.
- **Sistematización de la entrevista clínica** hasta llegar a incorporarla de forma automática en nuestra práctica habitual.
- **Sistematización de la exploración clínica** orientada por problemas.¹¹

Hábitos de abordaje según las características del paciente: por ejemplo, en pacientes pluripatológicos no es recomendable intentar abordar todo en una visita sino hacerlo en visitas sucesivas; mientras, en pacientes jóvenes que acuden por problemas agudos -se sugiere dejar un espacio- para aspectos preventivos. Al plantear cambios en hábitos de vida, cumplimiento terapéutico, aceptación de malas noticias, etc., valorar la posición del paciente (fase de cambio) y no emplear tiempo en técnicas de escaso rendimiento en la fase concreta en la que se encuentra el paciente: por ejemplo, *no contra argumentar* con un paciente en plena fase de negación.

A veces es preferible posponer intervenciones, que se pueden demorar, para momentos más propicios que hacerlo de forma precipitada, por ejemplo, para una cita programada o demanda a primera hora de la consulta. **DELEGAR FUNCIONES QUE SON DE OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO Y COMPARTIR TAREAS QUE SON COMUNES COMO POR EJEMPLO LAS PREVENTIVAS CON PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

Aprender a conectar con la familia. Siguiendo el modelo de nivel de implicación del profesional, nos parece básico que el residente alcance el **Nivel uno** (*obtener la información biomédica y familiar que son necesarias para llegar a un diagnóstico y tratamiento*) así como el **Nivel dos** (*intercambio de información contando con las expectativas y acordando un tratamiento*) y el **Nivel tres** (*las cuestiones emocionales que afectan a la salud del paciente*). Se enuncian los **Niveles cuatro** (*abordaje de cuestiones psico-sociales*) y **Nivel cinco** (*terapia familiar*).

En cuanto a la Entrevista Familiar la realizaremos siguiendo las fases: **I. Reunir a los miembros de la misma.** II. Desarrollar metas en la entrevista. **III. Discusión del problema con la familia.** IV. Identificar los recursos familiares, comunitarios y médicos. **V. Establecer un plan de actuación,** y VI. Reparto de tareas post entrevista.¹²

Entrevista con niños, cuidadores y adolescentes: En pediatría¹³ el niño no goza de autonomía propia encontrándose en el seno de una familia que actúa de intermediaria entre él mismo y el mundo exterior. Son los responsables de esta familia los encargados del cuidado del niño y también los que deciden establecer relación con el sistema sanitario. En las unidades de atención al niño se trabaja con las familias de forma longitudinal, es decir, continuada en el tiempo, muchas veces desde antes del nacimiento hasta la adolescencia. *El objetivo es dar una atención integral al niño controlando su desarrollo físico y psíquico, así como que su entorno sea adecuado.* Para ello es fundamental establecer una relación adecuada y una comunicación eficaz en los sucesivos encuentros con las familias, tanto en situación de enfermedad del niño como en los controles del niño sano.

Peculiaridades de la Entrevista Clínica pediátrica: Los niños no son autónomos, dependen de sus padres o tutores, que son los encargados de decidir por ellos. En las consultas el núcleo de atención es el niño, pero la comunicación se realiza a través de intermediarios. Habitualmente se trata de entrevistas familiares, con múltiples demandas, más de un demandante y en ocasiones más de un paciente. La observación del profesional da mucha información de la dinámica familiar, así como del comportamiento y desarrollo del niño. Éste, como protagonista, adopta un papel más bien pasivo, aunque puede estar en oposición o colaborar. La mayoría de las veces “es traído” a la consulta por el demandante. La angustia de los padres puede ser excesiva y presentar como enfermo a un niño sano, y también, al contrario padres muy tranquilos, pueden mostrarnos un niño enfermo al que consideren sano. La mayoría de las demandas tienen una implicación psicosocial. En cada entrevista, se requieren conocimientos del comportamiento infantil para adecuarse a la edad del niño, y también se requieren conocimientos de abordaje familiar para entrevistar a dos o más componentes (padres, abuelos, niño,...) dando la importancia que se merecen cada uno de ellos. **LA COMUNICACIÓN NO VERBAL ES RELEVANTE, PUES LA MAYORÍA DE NIÑOS ENTIENDEN ANTES UN GESTO, UNA MIRADA,... QUE EL MENSAJE DE LAS PALABRAS.**

Técnica de la Entrevista Clínica Pediátrica: Los principales objetivos son:

- a) **Establecer una relación cordial con las familias.**
- b) Conocer a la familia, su composición, entorno social, actividades y creencias, funcionamiento, ansiedades, preocupaciones.
- c) **Recoger datos de interés para la prevención y/o diagnóstico de los principales problemas de salud de la infancia, tanto a corto como a largo plazo.**
- d) Informar y educar a las familias de forma adecuada a su realidad, personalizando tanto la información, como las recomendaciones y tratamientos para cada una.
- e) **Aumentar la satisfacción tanto de los profesionales como de la familia atendida.**
- f) Mejorar el cumplimiento de los tratamientos y el seguimiento de las recomendaciones preventivas.

La entrevista con el adolescente merece una mención especial dada su complejidad, así en muchas ocasiones existen desacuerdos familiares entre padres / hijo que dificultan la misma y el seguimiento posterior de aquél. En este grupo de edad es necesario realizar *una entrevista familiar seguida de una a solas con el adolescente*, para acercarnos a él con respeto y asegurarle confidencialidad.¹³

Desarrollo de la asertividad. La asertividad no es una cualidad humana sino una habilidad que puede aprenderse. Una persona, en este caso un médico, tiene un comportamiento asertivo cuando desempeña su papel profesional de forma honesta, cumpliendo sus obligaciones y defendiendo sus derechos pero respetando a los demás. Esto implica admitir nuestras limitaciones y mantener nuestra autoestima, sin caer en conductas pasivas que serían ceder en nuestros derechos con el fin de evitar conflictos a toda costa ni tampoco en conductas agresivas, en cualquiera de sus formas, que transgredan los derechos de los pacientes.

Salud mental: Muchas veces experimentamos dificultades notables en la realización de una exploración y anamnesis psicológico-psiquiátricas derivadas, por un lado, de la necesidad de saltar de los síntomas corporales a las emociones y sentimientos del paciente y por otro, de la necesidad de habituarse a una anamnesis psicológica (psicosocial); ésta ha de atenerse a los principios de:

- a) provocar un estado de concentración en el paciente,
- b) preferir una anamnesis global a una anamnesis focal,
- c) perseguir los datos relevantes sin perder el plan de entrevista trazado y,
- d) tener algunas preguntas “comodines” para dar agilidad a la anamnesis.

En cuanto a la exploración psicosocial hemos de utilizar una serie de técnicas tales como la del borrador, que consiste en el manejo de preguntas que actúan como preguntas de cribaje sobre áreas importantes de la persona que nos permiten entrar en la esfera de aquella (anamnesis de “5 minutos”). Otra técnica a utilizar es la realización de la *pato biografía*, que consiste en trazar una línea que arranca en la fecha de nacimiento y acaba en el año actual, situando en ella los acontecimientos y enfermedades más importantes, y finalmente debemos completar, estas técnicas, con el desarrollo de un esquema de lo que debieran ser los “datos de base” a nivel psicosocial, pues resultan una guía excelente para recoger las preguntas adecuadas para cada área en la que deseamos una mayor profundidad y “detallismo”, tal cual es la personalidad del paciente, acerca de la cual hemos de interesarnos por quién es esta persona fuera de la consulta siempre superando estereotipos y con diálogos transparentes.¹⁴

Atención a la mujer: En esta etapa de aprendizaje de campo del residente puede ser aplicable todo lo aprendido hasta el momento en la entrevista clínica y comunicación. No obstante, nos parece útil realizar una sesión previa en la que se traten algunos aspectos concretos:

- **En atención al embarazo la importancia de la información, el apoyo emocional, la acomodación del acompañante y el trabajo con grupos de educación maternal.**
- En la asistencia al parto la información sobre el progreso del mismo, la conveniencia de continuidad de la asistencia, el papel de los ruidos e interferencias, el adecuado soporte emocional por parte del profesional que lo atiende y la opción de acompañamiento por parte de la mujer.
- **En planificación familiar la información según las características de la mujer, la implicación de su pareja, el respeto a sus decisiones y la atención en situaciones especiales como la adolescencia o los problemas éticos.**
- En diagnóstico precoz de cáncer: la información, los aspectos éticos, como dar malas noticias y el apoyo emocional.
- **En atención al climaterio información y motivación para poner en práctica hábitos de vida saludables.**

Acompañamiento al paciente terminal: La definición que seguimos de paciente terminal es concisa, pero también imprecisa e inconcreta, y es “aquel paciente que presenta un estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo”. En esta relación médico-paciente¹⁵ el médico no contemplará al enfermo como “un caso” sino como una persona que tiene problemas y necesita ayuda, además se interesará por los aspectos personales, familiares y sociales. También experimentará una preocupación y compromiso por la persona que -

queremos ayudar y a pesar de la necesaria medicina en equipo (cuidados paliativos) mantendrá siempre la figura del “médico de referencia”. **El médico siempre tendrá tiempo, interés y habilidades suficientes para escuchar, para dar información relevante y responder correcta y compasivamente a las preguntas del enfermo o de sus familiares.** En cuanto a la información a dar en la práctica consideraremos siempre que:

- **Todos intuyen lo que está sucediendo.**
- La cuestión no es “si decir o no decir”, la cuestión es cuándo y cómo decir.
- **El paciente no pregunta lo que no quiere saber.**
- No debemos comprometer la relación con el paciente prometiendo no decir nada.
- **La verdad tiene un amplio espectro con un extremo devastador y otro más suave, prefiriendo siempre -el enfermo- este último.**
- El objetivo es hacer el proceso de morir más fácil y no aplicar el dogma de decir siempre la verdad.¹⁵

Manejo del duelo. En nuestro medio,¹⁶ la atención al duelo ha tenido siempre un carácter religioso o ha sido realizado por vecinos de la familia y amigos. Actualmente, voluntarios, profesionales y especialistas son los que lo realizan.

El manejo del duelo debe realizarse, preventivamente, antes del fallecimiento:

- **Identificando necesidades, dificultades, preocupaciones y temores de la familia.**
- Evaluando y potenciando los recursos de los familiares.
- **Previendo un duelo complicado facilitando el proceso de adaptación.**
- Proporcionar la información necesaria a la familia para un mejor afrontamiento de las situaciones difíciles, ya que aquella disminuye la angustia y aumenta la operatividad en cuanto a la toma de decisiones.
- **Ayudando a la familia a aceptar el futuro próximo del enfermo, su muerte, así como el propio futuro de la familia sin el paciente.**

Evidentemente, también el manejo del duelo debe realizarse después del fallecimiento:

- **Ayudando a aceptar la realidad de la pérdida.**
- Facilitando la expresión y elaboración de pensamientos, sentimientos y emociones.
- **Asistiendo a los familiares en la adaptación a la nueva situación.**
- Allanando la “recolocación” del fallecido y la aceptación gradual de la realidad.
- **Simplificando, a los familiares, el establecimiento de nuevas relaciones y seguir viviendo. Siempre se informará a la familia de los momentos críticos de mayor vulnerabilidad, como son los aniversarios, navidades, vacaciones, etc.**

También se les manifestará de que el tiempo de duración del proceso de duelo es largo, uno o dos años aproximadamente, dependiendo, igual que su intensidad, de la relevancia que tenía el fallecido para el superviviente, y finalmente, se les reseñará de que no se trata de un proceso lineal, por lo que se va a encontrar con “picos” y “valles”, cada vez menos marcados, no significando estos últimos un retroceso. El continuum va a ser: escuchar, entender y atender, respetando las cualidades únicas y personales del duelo, permitiendo las diferencias y el tiempo que precise cada persona, mostrando disponibilidad y expectativas de futuro.

Comunicación dentro del equipo. El Equipo de Atención Primaria es un grupo de profesionales que interactúan para lograr una meta común: *atención sanitaria a las personas de una zona de salud.* Para conseguirlo deben de existir unos objetivos claros, asignación de funciones, comunicación interpersonal y cohesión. Lo que

debemos trabajar e *incluir al residente en relación a este aspecto es la responsabilidad para cumplir con la función asignada, honestidad con los otros miembros del equipo y con uno mismo, desarrollo de relaciones satisfactorias con los miembros del equipo, aprender a asumir las críticas de forma constructiva, tener conductas asertivas, iniciativa, entusiasmo y afán de superación.*

Referencias

1. Saura Llamas J. El manual del tutor de atención primaria. Aten Primaria 1996; 17: 177-178.
2. Saura Llamas J; Leal M. Docencia postgrado: factores condicionantes de la relación tutor-residente en medicina familiar. Aten Primaria 1997b; 20: 511-518.
3. Rodríguez Salvador JJ. Avances en la formación de los médicos de Familia: El vídeo como instrumento docente. Tribuna Docente 2004; vol. 5, 6: 36-45.
4. Rodríguez Salvador JJ. Entrevista clínica y relación médico-paciente. Tribuna Docente 2003b; vol. 4, 6: 42-53.
5. Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med 2001; 76: 390-393.
6. Fernández Casalderrey C, Sanfélix Genovés J. Aprender entrevista clínica en los centros de salud. Tribuna Docente 2004; vol.5, 6: 29-36.
7. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1^a edición. Barcelona: semFYC ediciones 2004: 37-69.
8. Borrell F. La entrevista psicológico-psiquiátrica. En: Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: GRUPO Aula Médica, 1998. 91-102.
9. Borrell F; Bosch JM. Entrevista Clínica. En: Martín Zurro, A; Cano Pérez, JF. Atención Primaria. 5^a. Edición. Madrid; editorial Elsevier España S.A., 2003. 437-452.
10. Pérez Rodríguez, E. y cols. XV Taller Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. SemFYC.Alfaz del Pi, 2004.
11. Borrell F. Exploración física orientada a los problemas. Atención Primaria 2002. 30(1): 32-45.
12. García-Campayo J. La entrevista clínica y la familia. En: García-Campayo J. La familia y el médico de familia. Elementos básicos de intervención desde atención primaria. Módulo 1. Barcelona; Ediciones MAYO, 2004. 79-88.
13. Llussà M. La entrevista clínica. En: Bras J; de la Flor JE; Masvidal RM. Pediatría en atención primaria. Barcelona; editorial Springer-Verlag Ibérica, 1997. 15-19.
14. Borrell F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. 1^a. Edición. Barcelona: semFYC ediciones, 2004. 235-274; 275-318.
15. Sanz Ortiz J. La comunicación en el enfermo terminal. En: González Barón M. et al. Tratado de Medicina Paliativa. Madrid; editorial Médica Panamericana, S.A., 1996. 1093-1100.
16. Lacasta MA, Sastre P. El manejo del Duelo. En: Die Trill M; López Imedio E. Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. Madrid; Ades ediciones, 2000. 491-506.