

---

## Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas

### *How to improve our clinical interviews*

---

P. Pascual<sup>1</sup>, S. Induráin<sup>2</sup>

---

#### RESUMEN

Este trabajo, destaca en primer lugar que la calidad de nuestras entrevistas no es lo adecuada que debería ser: interrumpimos al paciente a los 18 segundos de empezar a hablar (Informe de Toronto); el médico y el paciente no están de acuerdo en la mitad de los casos sobre la naturaleza del problema, etc. Por otro lado, resalta las ventajas al mejorar las habilidades de entrevista clínica, como el aumento de la satisfacción en los pacientes, la disminución de las demandas médicas, la mejora de la precisión diagnóstica y la modificación de hábitos.

Damos unas ideas generales para mejorar nuestras entrevistas clínicas y proponemos como modelo de mejora la entrevista clínica semiestructurada, introducida por Borrell. Ésta se divide en una fase exploratoria en la que, después del saludo cordial, delimitamos el motivo real de consulta y exploramos las creencias y expectativas del paciente, para lo que utilizamos diferentes técnicas sobre todo de apoyo a la narración del paciente. La fase posterior es la fase resolutoria, con una primera parte informativa que recae sobre todo en el profesional y se basa en técnicas de dar información de la manera adecuada y, en una segunda parte negociadora; ésta es obligada siempre que el paciente dude de nuestras orientaciones. Implica un intercambio de opiniones y una reconversión de ideas hasta llegar a unos acuerdos finales.

**Palabras clave:** Comunicación. Trabajadores de salud. Entrevista. Negociación.

#### ABSTRACT

This paper, in the first place underlines the fact that the quality of our interviews is not as adequate as it should be: we interrupt the patient 18 seconds after he has started to speak (Toronto Consensus); in half the cases the doctor and the patient are not in agreement about the nature of the problem, etc. On the other hand, we underline certain advantages of improving clinical interview skills, such as an increase in patient satisfaction, a decrease in clinical consultations, an improvement of diagnostic precision and a change of habits.

We provide some general ideas for improving our clinical interviews and we propose the semi-structured clinical interview, introduced by Borrell, as a model of improvement. This is divided into an exploratory phase in which, following a cordial greeting, we spell out the real reason for the consultation and we explore the beliefs and expectations of the patient; to this end we use different techniques, above all support for the patient's narration. The subsequent phase is the phase of resolution, with a first informative part, which rests above all with the professional and is based on techniques of giving information in an adequate manner, and a second part involving negotiation; this is obligatory whenever the patient has doubts about our orientations. It involves an exchange of opinions and a reconversion of ideas until final agreements are achieved.

**Key words:** Communication. Health workers. Interview. Negotiation.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 15-22.

1. Centro de Salud. Rochapea. Navarra
2. Centro de Salud. Berriozar. Navarra

#### Correspondencia:

Dr. Pablo Pascual Pascual  
C/ Miguel Astráin, 18-12<sup>º</sup> E  
31006 Pamplona  
Tfno. 948 243651  
E-mail: ppascualp@meditex.es

## **CÓMO MEJORAR NUESTRAS ENTREVISTAS**

La entrevista es el pilar de la comunicación en nuestro día a día como sanitarios. No hay prácticamente actividad médica que no implique comunicación; la atención sanitaria y sus resultados dependen de cómo el profesional y el consultante se comuniquen. Por consiguiente, la efectividad de la acción técnica del sanitario se ve condicionada por la relación humana que tiene lugar en la consulta. Pero parece ser que nuestras entrevistas no son lo adecuadas que deberían ser a tenor de los datos del Informe del Consenso de Toronto. La mitad de las quejas y de las preocupaciones de los pacientes no son detectadas, no se descubre más de la mitad de los problemas psicosociales; también en la mitad de las entrevistas el paciente y el médico no están de acuerdo sobre la naturaleza del problema y, tal vez, lo más importante es que "no les dejamos describir sus problemas", interrumpiéndolos a los 18 segundos de exposición por término medio<sup>1</sup>.

También es conocido el progresivo aumento de demandas médicas, habiéndose observado que se deben más a una mala comunicación que a una mala praxis<sup>2</sup>. Por lo general, la mayoría de los pacientes no están en condiciones de poder valorar adecuadamente la calidad o la indicación de los aspectos médicos. Sólo pueden apreciar aquello que sí comprenden, y que llega a constituir su único nexo con su realidad cotidiana: el trato humano, la educación, la sonrisa, etc.

A pesar de que cada día es más fácil cumplir un tratamiento debido a la existencia de fármacos más seguros y más cómodos de administrar, se sigue observando que sólo un tercio de los pacientes cumplen el tratamiento que se les propone. Como principales causas se han argumentado una inadecuada relación médico-paciente y una mala utilización de las técnicas de comunicación<sup>3</sup>.

La entrevista sigue siendo un poderoso instrumento diagnóstico, pues permite diagnosticar por sí misma, con acierto, en un 75%<sup>4</sup> de ocasiones, además de poseer

gran valor en todas las actividades preventivas y de educación para la salud.

A pesar de todo ello, la realidad es que apenas se enseñan técnicas de comunicación en el pregrado. Nuestra escasa formación en estos aspectos nos lleva a sentirnos incómodos cuando afloran sentimientos del paciente, sus inquietudes y preocupaciones. En un estudio se les preguntó a médicos y pacientes qué era para ellos un buen profesional y, mientras los médicos opinaban que era un gran técnico que establecía correctos diagnósticos, para los pacientes era una persona sensible, bondadosa y honesta<sup>5</sup>.

La confianza de los pacientes en el médico y su capacidad "técnica" está condicionada en buena parte por el grado de apoyo emocional que han recibido de él. Esto conduce a reducir la ansiedad del paciente y mejorar más rápidamente (incluyendo, por ejemplo, la recuperación del postoperatorio). Cuando los pacientes opinan que el médico es un buen comunicador quedan satisfechos de la consulta alrededor del 90% de los casos, cosa que sólo ocurre en el 25% cuando opinan lo contrario. Hay numerosos estudios con resultados similares: a la hora de considerar buena o mala una consulta se revelan más importantes los aspectos psicológicos (75%) que los puramente médicos (25%).

Todos estos datos nos llevan a reconocer que podemos hacer las cosas mejor, pero la realidad es que hacemos muchas cosas bien y de hecho en la gran mayoría de los casos los pacientes están contentos con sus médicos y/o enfermeras.

## **ENTREVISTA CLÍNICA: CONSIDERACIONES PREVIAS**

### **Algunas ideas erróneas**

La primera idea que deseamos desterrar es que porque las cosas las podamos hacer mejor no quiere decir que las estamos haciendo mal, sino que podemos mejorar, aspecto que caracteriza al buen profesional.

Muchas veces identificamos nuestra forma de entrevistar con nuestra manera de ser. Esto nos lleva a sostener que los

pacientes tienen que aceptarnos como somos "yo soy así, que le voy a hacer".

Asumir que un profesional de la salud sabe entrevistar. En el "currículum" se olvidan sistemáticamente aspectos de comunicación humana. En realidad, se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar. Esta visión, sin duda idealizada, conlleva otra fantasía: pensar que independientemente de cómo entrevistemos vamos a obtener resultados similares.

No detectar el motivo real de consulta. A veces pensamos que el problema que plantea de entrada el paciente es el más importante. Si se nos percibe como bruscos y poco interesados, no identificaremos la razón por la que el paciente acude. Detectar el motivo latente exige que el médico sea receptivo a las pistas "que el paciente ofrece".

### **Ideas para mejorar**

Si somos capaces de aceptar que hay otras formas de realizar nuestras entrevistas, estaremos en disposición de adquirir nuevos conocimientos.

Aprender a escuchar. Saber escuchar no sólo es oír un listado de cosas, es permitir que el paciente pueda exponer su problema sin interrumpirle precozmente, es ser empáticos y ponernos "en la piel del paciente", facilitarle que exprese sus sentimientos, sus expectativas, sus esperanzas y como afecta la enfermedad a su vida.

Facilitar la expresión de sentimientos. El contacto emocional facilita la comunicación. La expresión de sentimientos de pesar por el malestar del paciente, o de alegría por sus progresos, sin que ello suponga un desbordamiento emocional, potencia la sensación de confianza y comprensión.

Permitir que el paciente participe en su proceso, que decida que es lo que desea. Para ello deberemos darle toda la información posible, intentando facilitarle su comprensión.

Cuando el paciente no esté de acuerdo con nuestra opinión deberemos negociar para llegar a un acuerdo común. La negociación no nos degrada como profesionales; no por negociar perdemos autoridad.

La "imposición" de nuestro criterio nos conducirá a que el paciente no siga nuestras indicaciones y se vea afectada nuestra relación con él<sup>6</sup>.

Introducir en nuestra práctica habitual el modelo de entrevista semiestructurada desarrollada por Borrell i Carrió<sup>7</sup>. Ésta se caracteriza por basarse en un modelo intermedio entre la entrevista libre y la entrevista totalmente cerrada y dirigida por el profesional.

### **LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Se divide en una fase exploratoria en la que se intenta comprender cuál es el problema del paciente, utilizando técnicas que permitan el vaciado de información, y otra fase resolutoria con técnicas para informar y negociar con el paciente de la forma más adecuada, para finalizar con el cierre de la entrevista.

Busca proporcionar un abanico de habilidades que permitan una recogida eficaz de la información que da el paciente, a la vez que se motiva al enfermo a seguir las actividades saludables que se le proponen, consiguiendo que se sienta comprendido en todo momento. No pretende cambiar la personalidad del profesional, sino ampliar su registro de respuestas efectivas.

### **Fase exploratoria**

La fase exploratoria se compone de las siguientes partes:

1. Saludo cordial: que el paciente se sienta acogido y que no molesta.
2. Delimitar el motivo de consulta.

Clarificar los motivos demandados por el paciente con una pregunta abierta del tipo: "¿que le trae por aquí?". No hay que olvidar las consultas por muchos motivos diferentes en atención primaria, hasta el 30% de los consultantes pueden añadir demandas al final de la entrevista "ya que estoy aquí...". Por ello, es muy importante prevenir las demandas sobreañadidas con preguntas del tipo: "¿alguna otra cosa más?". En caso de muchas demandas hay que establecer prioridades en su abordaje.

3. Obtener los datos necesarios para establecer la naturaleza del problema, sus creencias y las expectativas del paciente (Apoyo narrativo).

– Explorar la idea que tiene el paciente sobre la naturaleza de la enfermedad. Sería el equivalente del "¿a qué lo atribuye?" de las clásicas preguntas hipocráticas. Preguntas como "¿a qué cree usted que puede ser debido?" o "¿hay algo a lo que le esté dando vueltas en la cabeza, sobre lo que le puede estar ocasionando todos estos síntomas?", pueden ser útiles.

– Explorar los sentimientos que le produce (especialmente los miedos). Pueden utilizarse apreciaciones del tipo "le veo preocupado", o preguntas abiertas del tipo "¿hay algo que le preocupe de todo este problema?", o "¿le preocupa?". Este es uno de los aspectos más relevantes dentro de las vivencias del paciente sobre su enfermedad<sup>8</sup> y, probablemente, una de las principales razones para acudir a la consulta. Habitualmente las personas van al médico más que por el dolor del pecho por el temor a si ese dolor puede ser algo de corazón. Con frecuencia esta preocupación es expresada por el paciente mediante comunicación no verbal, verbalizándose sólo cuando se crea un clima comunicacional adecuado y la relación médico-paciente es buena, con una confianza alta en el profesional.

4. Incorporar a la exploración el contexto familiar, social y laboral, sobre todo en determinadas situaciones complejas o cuando intuimos problemas psicosociales. Esto puede modificar el abordaje que hagamos.

Con el objeto de facilitar la verbalización del paciente es útil utilizar técnicas de apoyo narrativo:

– Baja reactividad: el entrevistador permite un lapso de tiempo entre la intervención del paciente y la suya. A mayor reactividad se producen más interrupciones del profesional de salud y la suma total de minutos hablados por éste o por el paciente es claramente favorable al entrevistador. Dejar unos segundos (uno o dos) entre la intervención del paciente y la nuestra, evitando interrupciones, es condi-

ción imprescindible para favorecer la libre narración del paciente.

– Silencio funcional: ausencia de comunicación verbal que tiene por efecto proporcionar un tiempo de meditación al paciente, ayudar a su concentración, o actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.

– Facilitación: se trata de una conducta del entrevistador, verbal o no verbal, con la cual intenta ayudar al paciente a proseguir o iniciar su relato, sin indicar ni sugerir los contenidos del mismo. Para ello puede hacer cabeceos que indiquen "continúe, le escucho con atención", o sonidos de similar significado. Otras veces lo indicará más explícitamente: "continúe se lo ruego", "y qué más", etc.

– Empatía: conducta verbal o no verbal que expresa solidaridad emocional sin prejuzgar ética o ideológicamente. Contacto, una sonrisa, "comprendo como se siente".

– Frases por repetición: consisten en repetir una palabra o frase acabada de pronunciar por el paciente a fin de orientar la atención del mismo hacia aquel aspecto. "Así que me decía que después de aquella discusión es cuando tuvo ese dolor de cabeza tan fuerte que le preocupa".

– Señalamiento ("confrontación" en término anglosajón): pone de manifiesto emociones o conductas. Ello puede hacerse mediante una observación del estado de ánimo del paciente: "parece como si estuviera enfadado conmigo." o una conducta reciente: "desde hace un mes observo...".

#### ***Errores más habituales en la parte exploratoria***

- No saludar cordialmente. Recibimiento impersonal.
- Iniciar con el típico, "¿cómo está usted?", sin clarificar suficientemente el motivo de consulta.
- Centrar la entrevista en uno de los motivos periféricos demandados o en una queja que no constituya parte de la demanda.
- Dar por sobreentendido el motivo de la consulta. "¿venía por lo de la tensión

verdad?; la respuesta podría ser “no pero ya que me dice, si me la toma ...”

- Preguntar demasiado sin aprovechar la propia elaboración realizada por el paciente.
- No dejar hablar al paciente. Interrupciones y direccionamiento excesivo por parte del profesional (alto control).
- Conducir de tal manera la entrevista que obtengamos la información que deseábamos obtener, pero no la más adecuada ni la más relevante para la atención al paciente<sup>9</sup>.
- Entremezclar la exploración de los problemas del paciente con recomendaciones o instrucciones propias del final de la entrevista.

### Fase resolutive

La segunda parte de la entrevista semiestructurada está constituida por la fase resolutive que a su vez está compuesta de dos etapas: la informativa y la negociadora que se entremezclan, pero que por claridad se explican separadas.

#### *Etapas informativas*

Después de la fase exploratoria, cuando ya nos hemos hecho una idea del problema, es cuando debemos informar al paciente. En esta fase hay una mayor intervención del profesional y se basa fundamentalmente en técnicas de dar información al paciente de la forma más adecuada.

#### *Objetivos de la información*

Responder a las expectativas del paciente que desea ser informado sobre su salud.

Mejorar la comprensión del paciente respecto a su enfermedad.

Mejorar la adhesión al tratamiento.

Facilitar cambios.

En definitiva, al informar se pretende que el paciente pueda elegir en su derecho a la salud. De todos es conocido que la buena información no garantiza cambios sino que sólo los facilita. Baste el ejemplo del tabaco para entender lo complejo del cambio; las personas saben de los perjuicios

del tabaco y, sin embargo, cuesta mucho dejar este hábito.

#### *Errores más frecuentes de la fase informativa*

Uso de una voz monótona e inaudible.

Unidireccionalidad, imposibilitando que el paciente pregunte o interrumpa.

Demasiados conceptos por unidad de tiempo.

Uso de un lenguaje excesivamente técnico.

Mezclar diferentes problemas sin dar una explicación concreta para cada uno de ellos.

Interrupciones al paciente cuando va a preguntar o hablar.

#### *Sugerencias para mejorar*

El paso inicial es saber lo que vamos a informar: si se refiere a un diagnóstico, un problema de salud, un plan de actuación o un tratamiento.

Inicialmente anunciamos la información que le vamos a dar: “primero le voy a hablar de cuál es su problema y luego del tratamiento”.

Después enunciamos el/los problemas detectados. Debe ser uno de los primeros pasos en la fase resolutive de la entrevista ya que, si hay discrepancias entre el profesional y el paciente, en relación con el número y tipo de problemas, permite discutirlo desde el primer momento. Para conseguir este objetivo explicamos racionalmente los conceptos y utilizamos ejemplos de fácil comprensión “la tensión alta hace que el corazón, que es como una bomba, tenga que trabajar más”.

Siempre es muy importante comprobar la asimilación, es decir, asegurarnos que el paciente nos ha entendido. Para ello, y sobre todo si se trata de personas mayores, es aconsejable dar las instrucciones por escrito.

Es fundamental entender que la información es bidireccional, no un monólogo. Debe partir de lo que el paciente sabe sobre su problema, de lo que le preocupa y de sus opiniones al respecto.

### ***Etapa negociadora***

Cuando un paciente duda de nuestras orientaciones, queramos o no queramos, estamos frente a una negociación. Incluye la *fase de diálogo*, para intercambiar opiniones y reconvertir ideas, y la *fase de acuerdo* para alcanzar acuerdos finales.

#### ***Fase de diálogo***

##### **1. Enunciación de problemas:**

– Concepto: es la opinión del sanitario, emitida de forma abierta, sobre el/los problema/s de salud por el que se le ha consultado.

– Ejemplo: “Usted tiene dos problemas: un resfriado común y una artrosis avanzada, que le afecta sobre todo a las rodillas”.

##### **2. Cesión real o intencional:**

– Concepto: acepta una petición o sugerencia del paciente para aplicarla de manera inmediata, (cesión real) o a nivel de intenciones futuras (cesión intencional).

– Ejemplo: “Me parece bien hacer una radiografía como sugiere” (cesión real); “vamos a esperar unos días a ver cómo va con el tratamiento y, si no mejora, no se preocupe que ya le haré la radiografía” (cesión intencional).

##### **3. Reconversión de ideas:**

– Concepto: discutimos las creencias del paciente mostrando sus incoherencias, indicando sus contradicciones o contraponiéndolas a la otra información.

– Ejemplo: “Tomar pastillas no es un problema, lo que sí es un problema es no tener la tensión controlada”.

##### **4. Reconducción por objetivos:**

– Concepto: evitar discusiones periféricas y centrar de nuevo la entrevista en lo esencial.

– Ejemplo: Si uno protesta por entrar tarde a la consulta no discutir por ello, sino en cuanto se pueda preguntar por el motivo por el que acude a la consulta que al fin y al cabo es a lo que viene.

#### ***Fase de acuerdo***

##### **Doble pacto:**

– Concepto: ofrecemos ceder en un punto a cambio de otra cesión por parte del paciente. Muy útil con pacientes somatizadores.

– Ejemplo: “Yo consideraré su punto de vista y le haré los análisis, pero usted debería considerar también la posibilidad de que, si están bien, puede que exista un aspecto emocional en sus síntomas”.

##### **Paréntesis:**

– Concepto: posponer la resolución de la demanda, ya sea evitando la emisión de un diagnóstico o terapia, o posponiendo otra medida solicitada por el paciente.

– Ejemplo: “Aún no le conozco bastante para opinar”. “De momento no le doy esta medicina hasta que haya estudiado más su problema”, etc.

##### **Transferencia de responsabilidad:**

– Concepto: deriva la petición del paciente a otros profesionales o instituciones.

– Ejemplo: “Para este problema lo mejor es que lo consulte con la trabajadora social”.

##### **Disco rayado:**

– Concepto: el entrevistador repite su posición entendiendo que es el punto final de la negociación, sin cambios en la tonalidad de voz ni otras indicaciones que den la impresión de que puede reabrirse el proceso.

– Ejemplo: “Lo siento, pero esta receta no te la puedo hacer” y lo vuelve a repetir.

##### **Propuesta de nueva relación:**

– Concepto: indica una condición necesaria para proseguir con el contrato terapéutico.

– Ejemplo: “Sin su confianza no puedo seguir siendo su médico de cabecera”.

#### ***Objetivos de la negociación***

Reconocer el derecho que tiene el paciente a participar y opinar sobre su proceso asistencial.

Desarrollar una “respuesta evaluativa” o exploración de las creencias del paciente, aunque estas opiniones se digan de manera agresiva o recelosa. Es necesaria una escucha que intente encontrar los



aspectos positivos, hallando las ideas o sugerencias aprovechables del paciente.

Ser capaces de desarrollar técnicas de negociación y persuasión, incluso en situaciones en que creamos poco justificadas las opiniones del paciente.

Respetar las últimas decisiones del paciente.

#### ***La participación del paciente***

En teoría casi nadie niega el derecho del paciente a participar en su proceso terapéutico pero, de hecho, en la práctica las cosas son diferentes. Las observaciones de los pacientes son entendidas como muestras de desconfianza. Aceptar la participación del paciente supone siempre un acto de modestia. Pero tiene la ventaja de hacer compartir la responsabilidad del proceso terapéutico o preventivo. De hecho no todos los profesionales sanitarios están de acuerdo en que hay que negociar con los pacientes.

#### ***Sugerencias de mejora***

La entrevista semiestructurada propone un conjunto de habilidades para pactar y acordar la futura actuación del paciente: doble pacto, paréntesis, reconducción por objetivos, disco rayado, transferencia de responsabilidades, propuesta de nueva relación, etc. Éste es uno de los peligros de estas habilidades que consiste en dar elementos que pueden ser utilizados para una mejor relación asistencial, pero también para manipular al paciente. Es fundamental entender que todas estas habilidades de comunicación deben basarse en un interés genuino por el paciente y en un respeto por su libertad.

#### ***Técnicas utilizadas en la negociación***

Sea cual fuere el objeto de la negociación, el significado de los síntomas o la conducta terapéutica, podemos distinguir 3 momentos en el proceso:

- Acordar la información y el problema a discutir.
- Intercambiar opiniones y reconvertir ideas.
- Acuerdos finales.

Las técnicas las podemos dividir en técnicas usadas en la fase de diálogo y en la fase de acuerdo. Algunas de ellas serían utilizables en la fase informativa.

#### **CIERRE DE LA ENTREVISTA**

Aunque no reconocida como una fase específica dentro de la entrevista semiestructurada, existe un momento clave que es el final de la entrevista y que también lo podemos llamar red de seguridad o toma de precauciones.

Concepto: el entrevistador advierte al paciente de una posible evolución desfavorable y le invita a una nueva consulta si se produjera tal situación. Ejemplo: "Si notara que estas molestias aumentan, no dude en volver a visitarme".

Sobre todo en atención primaria nos encontramos con una gran incertidumbre al no tener al alcance muchas pruebas complementarias. Esto hace que el cierre de la entrevista adquiera una importancia especial ya que introduce pequeñas estrategias que hay que incluir en nuestros hábitos de trabajo para dejar el menor hueco posible a un error diagnóstico.

Informamos al paciente del diagnóstico más probable y de lo que debo esperar que ocurra, en tono asertivo, y dando a entender que controlamos la situación. Aclaramos cuándo debe volver, orientando los síntomas y el tiempo que debe transcurrir para notar mejoría. Dejaremos la puerta abierta para volver diciendo frases del tipo: "Vuelva siempre que las cosas no vayan como deberían ir o que vayan a peor".

#### **CONCLUSIONES**

Destacar que la entrevista clínica es una situación interpersonal en la que el entrevistador logra una conexión emocional con los pacientes mediante un acogimiento adecuado (cordialidad) y una relación empática (transmitiendo comprensión hacia las emociones del paciente). Esto favorece la exploración de la enfermedad, *disease*, (alteración real, morfológica en el organismo, ej. infarto de miocardio) y del impacto que esa enfermedad tiene en el sujeto, *illness*, es decir la

vivencia que tiene de esa enfermedad (ejemplo: "con el infarto ya no puedo hacer nada"). Posteriormente entramos en una compleja situación relacional que implica un intercambio de información, una negociación ante las discrepancias y unos acuerdos finales que hacen que de su adecuada resolución el encuentro haya sido realmente terapéutico o no. Debemos ser extremadamente cuidadosos con el cierre de la entrevista para asegurarnos que la comprensión ha sido correcta y que quede claro qué hacer en caso de que las cosas no vayan como debieran.

Nuestro objetivo ha sido sensibilizar fundamentalmente a los lectores de la importancia de los aspectos comunicacionales en la relación con nuestros pacientes a todos los niveles asistenciales y en todos los estamentos. A pesar de que los ejemplos sean en la mayoría de los casos del ámbito de la atención primaria, de ningún modo quisiéramos dar la impresión de que es aplicable sólo a este nivel. La verdad es que las situaciones de aplicación son tan amplias dentro de la medicina que no nos atrevemos a priorizar unas sobre otras, sino a hablar de situaciones que pueden aparecer dentro de la profesión en las que el tener una formación en este área nos va a ser especialmente útil. Baste poner como ejemplos: dar una mala noticia, estar frente a un paciente agresivo, la modificación de hábitos nocivos en nuestros pacientes, prevenir riesgos de demandas, dejar satisfechos a nuestros pacientes, prevención del desgaste profesional, atención en cuidados paliativos, pacientes hiperfrecuentadores, pacientes somatizadores, etc. ¿Quién no se ve involucrado alguna vez en

alguna de estas situaciones? ¿Existe alguna técnica más eficaz en estas situaciones que una buena formación en entrevista clínica?

## BIBLIOGRAFÍA

1. SIMPSON M, BUCKMAN R, STEWART M, MAGUIRE P, LIPKIN M, NOVACK D et al. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. *Br Med J* (Ed. esp.) 1993; 8: 40-44.
2. ABREU GALÁN MA. Denuncias y prevención. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 543-546.
3. PRADOS CASTILLEJO JA. Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1992; 19: 209-216.
4. HAMPTON JR, HAURRISON MJ, MITCHELL JR, PRICHARD JS, SEYMOR C. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J* 1975; 2: 486-489.
5. LAZARUS AA. *Terapia conductista. Técnicas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
6. CASTRO GÓMEZ JA, QUESADA JIMÉNEZ F, CARRILLO A, CLAVERO P, NOGALES FERNÁNDEZ F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Aten Prim* 1996; 18: 399-402.
7. BORRELL I CARRIÓ F. *Manual de Entrevista Clínica*, Barcelona, Mosby/Doyma Libros, 1989.
8. PENDELTON D, HASLER J. *Doctor-Patient Communication. Theory and Practice* Academic press, London 1983.
9. MAGIRE GP, RUTTER OB. Talking to patients. Some problems met by medical students. *Br J Med Educ* 1976; 8: 17-23.