

Francesc Borrell i Carrió

Francesc Borrell es médico, profesor de la Universidad de Barcelona y especialista en medicina de familia. A finales de los años ochenta publicó su *Manual de Entrevista Clínica*, que supuso una importante renovación en este campo. La *entrevista semiestructurada* que proponía en aquellas páginas es hoy una estrategia de referencia. Desde entonces ha trabajado intensamente en la docencia e investigación en entrevista clínica, y fruto de ello es el *modelo emotivo-racional* de acto clínico, que inspira la presente obra. Éste es un libro de madurez, donde las técnicas más concretas se complementan con una visión profunda y amena de esta aventura que es ser un profesional de la salud.

ENTREVISTA CLÍNICA

Manual de estrategias prácticas

Manual dirigido a médicos, enfermeras y profesionales de la salud

«NO SE SI ESTE LIBRO ME VA A INTERESAR»

Decida en 3 minutos si se compra este libro:

Si desea introducirse en el tema de Entrevista Clínica:

- Lea el Índice, y en especial los casos seleccionados para la Galería de situaciones.
- Lea de algún capítulo el apartado de «Ideas clave».

Si tiene usted conocimientos del tema:

- Lea en el Índice los contenidos de «Conceptos avanzados».
- Revise el apartado de «Glosario de términos y técnicas» (final del libro).

GUÍA DE LECTURA

Los términos en **negrita** e *itálica*, (por ejemplo, *señalamiento* o *cesión intencional*), son conceptos clave que vienen explicados en el texto y también en el apartado de «Glosario de términos y técnicas».

Conceptos avanzados: esta parte resulta imprescindible para expertos o tutores. Si desea introducirse en el tema puede seguir la obra sin leer este apartado.

ENTREVISTA CLÍNICA
Manual de estrategias prácticas

ENTREVISTA CLÍNICA

Manual de estrategias prácticas

Francesc Borrell i Carrió

ENTREVISTA CLÍNICA

Manual de estrategias prácticas

Francesc Borrell i Carrió

© Dr. Francesc Borrell i Carrió
© De esta edición,
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Portaferrissa, 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfyc.es

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2.ª pl. of. 14
08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Fotografía de la cubierta: Jaume Morató i Griera
Diseño: Glòria García

Depósito legal: B-17.961-04
ISBN: 84-96216-44-6

Entrevista clínica.

Manual de estrategias prácticas

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introducción y plan de la obra | IX |
| Capítulo 1. Iniciar una relación terapéutica | 1 |
| Ideas clave | 1 |
| Habilidades básicas en la primera entrevista con un paciente | 2 |
| Antes de empezar la consulta | 2 |
| Establecer una relación terapéutica | 4 |
| Ejemplo práctico: prevención de demandas aditivas | 6 |
| Errores que evitar | 7 |
| Errores por falta de control del entorno asistencial | 7 |
| Errores al inicio de la entrevista | 10 |
| Galería de situaciones | 11 |
| El paciente que se presenta con agresividad latente | 11 |
| El paciente que acude con la expectativa de curaciones milagrosas | 13 |
| Establecer una relación con el niño-paciente | 15 |
| Conceptos avanzados | 16 |
| Trabajar cómodos | 16 |
| El modelo emotivo-racional. Conceptos fundamentales | 17 |
| ¿Cordial o empático? La importancia de acoger al paciente | 20 |
| El agobio | 21 |
| Prevenir demandas aditivas | 21 |
| Conocer las emociones negativas | 22 |
| La importancia de una buena relación asistencial | 23 |
| ¿Cómo nos ven los pacientes? | 24 |
| Sumario | 26 |
| Bibliografía | 28 |
| Capítulo 2. Escuchar al paciente | 31 |
| Ideas clave | 31 |
| Habilidades básicas para la escucha | 32 |
| Establecer una relación: la imagen del otro | 33 |

| | |
|--|-----------|
| Parte exploratoria: entrevista semiestructurada | 34 |
| La importancia del primer minuto | 36 |
| Delimitar el motivo de consulta. Mapa de demandas y mapa de quejas. | |
| Patobiografía | 37 |
| Más allá de la demanda aparente | 38 |
| Escucha activa: «punto de fuga» de la entrevista y técnica de «tirar del hilo» | 39 |
| Técnica de lectura textual y técnica de adición sugerida | 42 |
| Encuadre y reencuadre de la entrevista. Resistencias | 43 |
| <hr/> | |
| Errores que evitar | 44 |
| <hr/> | |
| Errores de actitud | 44 |
| Errores de técnica | 47 |
| <hr/> | |
| Galería de situaciones | 51 |
| <hr/> | |
| Cuando escuchar nos duele | 51 |
| El paciente polidemandante | 53 |
| El acompañante invasivo | 56 |
| Cuando la lengua es otra y de otro | 58 |
| <hr/> | |
| Conceptos avanzados | 59 |
| <hr/> | |
| Tipos y propósitos de la escucha | 59 |
| Emociones y escucha | 60 |
| La comunicación en flujo frente a la comunicación turbulenta | 62 |
| Compromiso terapéutico | 64 |
| La buena escucha | 65 |
| La importancia del paralenguaje | 69 |
| La gestión del tiempo | 71 |
| <hr/> | |
| Sumario | 72 |
| <hr/> | |
| Bibliografía | 73 |
| <hr/> | |
| Capítulo 3. Datos de calidad para buenos diagnósticos | 75 |
| <hr/> | |
| Ideas clave | 75 |
| <hr/> | |
| Habilidades básicas para obtener datos de calidad | 76 |
| <hr/> | |
| Averiguar y completar datos. Cuando toca preguntar: | |
| paquetes de habilidades de anamnesis | 76 |
| Técnicas básicas para obtener datos reales, fiables y válidos | 78 |
| Importancia de la anamnesis focal. Cronología y síntomas asociados | 81 |
| Sumario de la información obtenida | 83 |
| Exploración física, si procede | 84 |
| Ejemplo práctico: un paciente «quebrado» | 85 |
| <hr/> | |
| Errores que evitar | 87 |
| <hr/> | |
| Entrevistadores intuitivos y campo-dependientes | 87 |
| Entrevistadores focalizadores | 88 |
| Pacientes bloqueados y entrevistadores que preguntan mucho, pero... | |
| ¡con preguntas cerradas! | 89 |
| Correr demasiado en lo psicológico | 89 |
| <hr/> | |

| | |
|---|------------|
| Galería de situaciones | 90 |
| El paciente inconcreto | 90 |
| Dificultades para el salto a lo psicosocial | 93 |
| ¡Empezar de cero! | 95 |
| Exploración pélvica | 97 |
| La anamnesis de hábitos sexuales y de riesgo | 99 |
| Conceptos avanzados | 101 |
| Dibujos en la cabeza | 101 |
| Plan de entrevista básico y avanzado | 103 |
| Tres dificultades para elaborar los datos semiológicos. | |
| Concepto de tensión crítica | 103 |
| Dar sentido al relato del paciente. Condiciones de suficiencia para un diagnóstico | 106 |
| Anclaje diagnóstico | 107 |
| Pensamiento por criterio frente a pensamiento intuitivo | 108 |
| Una primera aproximación a las reglas (heurísticos) de decisión | 109 |
| Regulación óptima de la zona de trabajo | 113 |
| Seguro de pericia | 114 |
| La profundidad de un diagnóstico, enunciación del diagnóstico y modelo biopsicosocial | 116 |
| Sumario | 119 |
| Bibliografía | 120 |
| Capítulo 4. Informar y motivar al paciente | 121 |
| Ideas clave | 121 |
| Habilidades básicas en la resolución de una entrevista | 122 |
| Entrevista semiestructurada para la parte resolutive | 122 |
| Prescripción de un fármaco: elementos de seguridad | 126 |
| Técnicas de información | 126 |
| Hacer una «venta» adecuada de la opción terapéutica escogida. Crear confianza | 128 |
| Explicar la evolución previsible | 129 |
| Educar y motivar para la adherencia terapéutica (cumplimiento) | 131 |
| Aplicar técnicas de motivación | 133 |
| Cómo dar malas noticias | 134 |
| Errores que evitar | 142 |
| Errores de tipo formal | 142 |
| Errores conceptuales | 143 |
| Galería de situaciones | 146 |
| El paciente fibromiálgico que no entiende en qué consiste su enfermedad | 146 |
| El paciente inmaduro que está enfadado con su enfermedad | 149 |
| El paciente que acaba de perder a un familiar o allegado | 151 |
| El paciente que aún no tiene diagnóstico o que no sabemos orientar etiológicamente | 153 |

| | |
|--|-----|
| Conceptos avanzados | 155 |
| Modelo de influencia interpersonal | 155 |
| El arte de persuadir | 158 |
| La pirámide del cambio | 160 |
| El modelo de cambio de Prochaska | 162 |
| Pacientes precontemplativos y pacientes resistentes al cambio | 163 |
| ¿Confrontar o motivar? La técnica del anclaje indirecto | 166 |
| ¿Qué nos hace abiertos o cerrados al cambio? | 167 |
| ¿Es ético influir sobre los pacientes? | 168 |
| Sumario | 170 |
| Bibliografía | 172 |
| Capítulo 5. El paciente opina | 175 |
| Ideas clave | 175 |
| Habilidades básicas en la persuasión y negociación | 176 |
| Cuando el paciente no está de acuerdo | 177 |
| Conceptos de partida relativos a la participación del consultante | 178 |
| Interactuar con las creencias y emociones del paciente | 178 |
| Usar el miedo. Ejemplo práctico | 182 |
| Negociación por deslizamiento y negociación explícita | 184 |
| Decir que no, decir que sí | 185 |
| Listón y campo de negociación | 187 |
| Derivación del paciente a otros profesionales de la salud | 190 |
| Gestión del tiempo y cierre de la entrevista | 191 |
| Errores que evitar | 195 |
| Ceder en el significado del padecimiento | 196 |
| No escuchar. Enfadarse: «si no le gusta lo que le propongo puede cambiarse de profesional» | 196 |
| Interpretar las instrucciones del paciente, como si se tratara de descubrir «razones ocultas»: «¿qué busca con todo esto?» | 197 |
| Impugnar o castigar la conducta del paciente | 197 |
| Asumir riesgos innecesarios | 197 |
| Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad | 197 |
| Intentar que se cambie de profesional | 197 |
| Galería de situaciones | 197 |
| No quiero hablar de este asunto | 198 |
| El paciente que no confía en nosotros | 200 |
| El paciente depresivo que no acepta el diagnóstico | 204 |
| El paciente que no quiere coger el alta médica | 208 |
| Conceptos avanzados | 211 |
| El Health Belief Model | 211 |
| Modelo de influencia interpersonal: campo de búsqueda y <i>locus</i> de control | 212 |

| | |
|--|------------|
| Conflicto y cambio. Una discusión algo más profunda sobre las bases del modelo | 216 |
| Y aún así, ¿de verdad negociamos en las consultas? | 220 |
| Trabajar con las emociones y sentimientos del consultante | 220 |
| Negociar la naturaleza de los síntomas: pacientes aprensivos | 222 |
| Pacientes difíciles, o el honor en juego | 224 |
| Elasticidad de los acuerdos y discrepancias | 227 |
| ¿Y cuando el paciente escoge la peor opción posible? | 227 |
| Sumario | 230 |
| Bibliografía | 231 |
| Capítulo 6. Evaluar nuestro perfil de entrevistadores | 235 |
| Ideas clave | 235 |
| ¿Cómo me ven los pacientes? | 236 |
| Las calidades de superficie | 237 |
| Las calidades profundas | 237 |
| Modalidades de entrevista, perfil de entrevistador y modelo relacional | 240 |
| Modalidades de entrevista | 240 |
| Perfil de entrevistador/comunicador | 241 |
| Modelos relacionales | 244 |
| ¿Cuál es mi perfil de entrevistador? Sugerencias para el autodidacta | 244 |
| Usted es un observador sagaz, pero... ¿cómo aprovecharlo? | 246 |
| Competencia en comunicación y competencia emocional | 249 |
| ¿Cómo determinar el perfil del entrevistador? Sugerencias para el investigador | 250 |
| Evaluación curricular | 255 |
| Algunos aspectos prácticos en la grabación de entrevistas | 257 |
| Reacciones, reticencias y resistencias a la grabación de entrevistas | 258 |
| Grandes síndromes disfuncionales | 258 |
| Entrevistador de baja eficiencia | 258 |
| Entrevistador de baja empatía | 260 |
| Entrevistador de alto control | 262 |
| Entrevistador con proyección excesiva | 262 |
| El entrevistador emocionalmente reactivo | 264 |
| Trabajar en equipo: valores de grupo y su influencia | 268 |
| Sumario | 270 |
| Bibliografía | 271 |
| Capítulo 7. Docencia e investigación en entrevista clínica | 275 |
| Ideas clave | 275 |

| | |
|--|-----|
| Docencia en entrevista clínica | 276 |
| Enfoque curricular | 276 |
| Entrevista clínica y pregrado | 277 |
| Entrevista clínica y posgrado | 281 |
| Enfoque por competencias | 284 |
| Contenidos pedagógicos mínimos | 284 |
| Habilidades de comunicación para enseñar comunicación | 287 |
| ¿Quién puede ser buen profesor? | 287 |
| La guía de sesión. El motor de tres tiempos | 288 |
| Técnicas docentes concretas | 291 |
| Materiales docentes | 295 |
| Aportar <i>feedback</i> | 296 |
| Otras estrategias didácticas | 296 |
| Dinámica del grupo que aprende | 298 |
| Algunos síndromes disfuncionales del profesor | 300 |
| El enfoque centrado en el discente. Grabación de entrevistas | 301 |
| Entrevista clínica e investigación | 301 |
| Breve repaso histórico | 301 |
| Áreas de investigación y tipos de estudio | 302 |
| Métodos e instrumentos para el estudio de la entrevista clínica y la relación asistencial | 305 |
| Si la relación asistencial es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? | 307 |
| El paradigma «centrado en el paciente», o las dificultades de una definición | 307 |
| ¿En qué punto estamos en la relación asistencial? Los problemas de los servicios nacionales de salud | 309 |
| ¿Hacia dónde vamos? | 311 |
| Sumario | 313 |
| Bibliografía | 314 |
| Epílogo | 319 |
| Apéndices | 323 |
| Apéndice 1. Tipos de anamnesis y revisión por sistemas | 323 |
| Apéndice 2. Un ejemplo de guía didáctica | 327 |
| Apéndice 3. Guía del grupo comunicación y salud para la conducción de grupos pequeños de aprendizaje | 331 |
| Glosario de términos, técnicas y habilidades de comunicación | 333 |
| Bibliografía comentada | 355 |
| Índice de materias | 367 |

Introducción y plan de la obra

La aparición en 1989 del *Manual de entrevista clínica*, supuso un cambio relevante en la concepción que tenían los profesionales de la salud de la tradicional anamnesis. En aquel momento el *Manual* irrumpió con un bagaje de nuevas habilidades que iban más allá de la «toma de datos», para dibujarnos la complejidad de una relación que, ante todo, debe ser de cooperación y confianza. El presente libro no es una nueva edición de aquel *Manual*, sino que puede hablarse a todos los efectos de una nueva obra. Escrita desde y para los profesionales de la salud, totalmente actualizada y renovada, tiene el propósito confeso y meridiano de crear hábitos de trabajo. No pretende tanto *hablar de comunicación* como *hacer comunicación*. Los numerosos ejemplos abarcan casi la mayor parte de situaciones conflictivas que los profesionales clínicos se encuentran en su día a día. Además, integra los aspectos de comunicación con los de semiología, porque un profesional no segmenta la realidad clínica en una parte de comunicación y otra donde cavila sobre lo que le ocurre a su paciente. Ambos esfuerzos se realizan al mismo tiempo, y justamente por ello muchas de las cosas que ocurren en la entrevista clínica sólo pueden entenderse cuando se analizan conjuntamente. Posiblemente sea ésta una de las aportaciones originales de lo que podríamos llamar la corriente española en la disciplina que nos ocupa, y por cierto la que ha proporcionado avances más interesantes, como es el modelo emotivo-racional que impregna los contenidos conceptuales de esta obra. Pero, además, el autor desde los años ochenta se ha caracterizado por una apertura a diversas escuelas de pensamiento inicialmente enfrentadas. El tiempo ha ido colocando las cosas en su lugar, y las posiciones pragmáticas que apostaban por rescatar de cada escuela lo que de verdad era aplicable con ventaja en las consultas del clínico han acabado por imponerse. Estamos hablando por consiguiente de una obra fruto de más de 20 años de experiencia clínica del autor, y de su presencia continuada en los principales foros nacionales e internacionales de debate. Para tener una idea sintética de lo que aporta el libro, resumimos en la tabla 1 los conceptos que fueron novedosos en 1989, y aquellos que el autor aporta en la presente obra. Destaquemos que el modelo emotivo-racional de acto clínico nace desde una reflexión del error clínico y su prevención. Por otro lado, el modelo de influencia interpersonal abarca todas las formas en que esta influencia se desarrolla, y supone una importante clarificación de conceptos, además de las técnicas derivadas del mismo.

La obra se complementa, además, con un CD donde el lector encontrará entrevistas demostrativas —que en su momento fueron publicadas en la revista FMC, junto a otras realizadas expresamente para esta obra— que en sí mismas son un claro resumen de las habilidades fundamentales en la entrevista clínica.

El libro que tiene en sus manos permite diferentes niveles de lectura: los cinco primeros capítulos analizan las habilidades de entrevista acordes con el modelo emotivo-

Tabla 1.
Conceptos novedosos introducidos por el autor

| Manual de 1989 | Manual de 2004 |
|--|--|
| De tipo global: | De tipo global: |
| – Entrevista semiestructurada para atención primaria | – Modelo emotivo-racional de acto clínico – Competencia emocional y estilos emocionales – Modelo de influencia interpersonal – Modalidades de entrevista – Exploración física orientada a los problemas. Plan básico y avanzado de entrevista |
| Conceptos parcelares: | Conceptos parcelares: |
| – Acomodación del acompañante – Delimitación de la demanda – Contrabalanceo emocional – Anamnesis en extensión – Entrevistadores «en tránsito» al modelo biopsicosocial – Interpretación-señalamiento – Contrasugestión – Creación de nuevo entorno – Efecto antiplacebo – Entrevistador campo-dependiente – Fossilización de conductas – Informe clínico, técnica del – Marcador de clima – Patobiografía – Repelentes de comunicación – Salto psicosocial – Asumir riesgos innecesarios – Vaciado de la interferencia | – Competencia emocional del entrevistador – Atender a nuestro paralenguaje – Campo y listón de negociación – Negociación inaparente – Compartir riesgos – Claves que obligan – Caída de heurísticos/reglas de decisión – Consejo inoculado – Tipos de reencuadre – Tensión crítica – Crear escenarios – Criterio «para mí», y doble contraste subjetivo – Entrevistador de baja productividad – Visualización patográfica, método de la – Epicrisis abierta – Estilo emocional reactivo/proactivo – Anclaje diagnóstico por compromiso social – Hipótesis inversa – Lectura textual, técnica de – Hábitos de interrogación – Ley del uno más uno – Notarial, técnica – Sesgo de hiper crítica – Guía didáctica basada en el motor de tres tiempos |

racional de acto clínico, desarrollado en los últimos años por el autor. El lector apresurado o con conocimientos previos en entrevista clínica, encontrará un diseño que le permitirá seleccionar los materiales de su interés. Las técnicas de entrevista vienen siempre reseñadas en cursiva y negrita, por ejemplo: **señalamiento**. En el glosario de términos, técnicas y habilidades, puede encontrarse una definición del término, y un ejemplo de cada técnica. Los capítulos 4 y 5 se basan en el modelo de influencia interpersonal, con una visión práctica de la entrevista motivacional y confrontadora; también incluyen las técnicas de negociación, casi siempre olvidadas en otros textos sobre la materia. El libro se complementa con un capítulo dedicado a la autoevaluación, otro de docencia e investigación, y un epílogo.

Por supuesto, no hay técnica de comunicación que solvente la totalidad de los retos que un profesional debe afrontar a lo largo de los años. Sin embargo, estamos convencidos de que adquirir buenos hábitos de comunicación eleva de manera notoria la tasa de éxitos, y donde antes había sólo desazón o sentimientos –tanto del paciente como del profesional– de frustración, pueden sustituirse por otros más constructivos de colaboración y ayuda. Pero este libro nos dice algo más: las técnicas, con ser importantes, deben sustentarse en buenas actitudes. El clínico es un *corredor de fondo* que debe evitar erosionarse en discusiones que, con una buena técnica de entrevista, se solventan fácilmente. Debe aprender y reaprender a disfrutar «pasando visita», única condición que a la larga evitará el famoso *burn out*, al suponerle suficiente gratificación emocional para *entender y darse* con cada paciente. En este sentido, cobra relieve el concepto de «*estar en flujo emocional con el paciente*», que junto al *modelo emotivo-racional de acto clínico*, la importancia de gestionar bien el tiempo y el concepto de *comunicación ética y ética de la comunicación*, jalonan los diferentes capítulos.

Dr. Amando Martín Zurro
Barcelona, 2003

Agradecimientos

El autor está profundamente agradecido, en primer lugar, a los pacientes, y de ellos, en particular a los llamados pacientes difíciles, que han sido siempre un estímulo para aprender y ejercer la más estricta humildad. En segundo lugar, a los compañeros del grupo Comunicación y Salud de España y del Equipo de Atención Primaria de La Gavarra, médicos, enfermeras, profesionales de la salud mental y de servicios sociales. Ellos han hecho posible, con su esfuerzo docente, que este país tan extraordinario llamado España se sitúe en el lugar que se merece en docencia de entrevista clínica y relación asistencial. Ellos han sido un permanente estímulo humano y técnico, por lo que bien se puede afirmar: qué gran suerte tener buenos amigos que le hacen a uno ser bueno. Un agradecimiento muy especial, también a los consultores de esta obra, que han realizado su tarea de manera completamente desinteresada.

Dedico la presente obra a Elena, Pau-Francesc y Laia, y a mis padres Carmen y Francesc.

Consultores de la obra

Capítulo 1. Iniciar una relación terapéutica. Elena Muñoz Seco.

Capítulo 2. Escuchar al paciente. Nieves Barragán.

Capítulo 3. Datos de calidad para buenos diagnósticos. Jordi Cebrià.

Capítulo 4. Informar y motivar al paciente. Josep María Bosch.

Capítulo 5. El paciente opina. Fermín Quesada.

Capítulo 6. Evaluar nuestro perfil de entrevistadores. José Antonio Prados Castillejo.

Capítulo 7. Docencia e investigación en entrevista clínica. Juan Bellón. María Teresa Cañavate. Jordi Cebrià.

Para los aspectos de bioética: Marc Antoni Broggi.

Capítulo 1

Iniciar una relación terapéutica

Ideas clave

- El clima emocional de todo un día de trabajo se configura en las primeras entrevistas.
 - No crea en la mala suerte ni en los malos días: observe de manera selectiva las cosas buenas que le ofrece este día de hoy, y verá como poco a poco su mala suerte desaparece.
 - ¿Agobiado? ¿O está agobiado para poderse lamentar de que está agobiado? ¡Déjese de dar lástima y concéntrese en lo que hace, en cada paso de lo que hace! Debemos aprender a vivir cada instante en su plenitud.
 - Usted sólo tiene una primera oportunidad para crear una primera buena impresión. Pero a los pacientes debemos darles una segunda oportunidad. Haga un esfuerzo para visualizarlos de manera positiva.
 - ¿Se deja usted llevar por sus «prontos»? ¿Es usted más bien rencoroso? ¿Hay personas que le caen «bien o mal» de manera casi automática? Usted tiene un estilo emocional reactivo. Le conviene analizar en qué consiste un estilo emocional «proactivo».
 - Ley del eco emocional: recibirá de sus pacientes por lo que usted da en la consulta. Si da sonrisas recibirá sonrisas, si da hostilidad, recibirá hostilidad.
 - Establezca controles de seguridad sobre todo para detectar el cansancio físico o estados de desconcentración.
 - Aprenda a detectar sus emociones «escuchando» su propio paralenguaje.
 - No sobrevalore una «mala» entrada de un paciente. La entrevista es muy plástica. Puede que al final el paciente se despidiera de usted enormemente agradecido/a.
 - ¿Se va «cargando» a medida que avanza la consulta? De forma periódica tenemos que *reaprender* a disfrutar visitando.
 - También de forma periódica tenemos que *reaprender hábitos complejos*, en especial el hábito de ser paciente.
 - Estamos de manera permanente en un equilibrio inestable con nuestra pereza, incluso pereza de tener paciencia.
 - Muchas emociones tienen una inercia (se convierten en hábitos). Romper esta inercia pasa, en primer lugar, por vencer la pereza.
 - Una buena entrevista empieza con un buen dominio del entorno y la lectura de los datos previos del paciente. Integrar toda la información posible y ya disponible es la mitad del camino.
 - ¿Qué se pretende que yo haga ahora y aquí? La respuesta que nos damos es la intencionalidad (o primer encuadre) de la entrevista. ¿Qué le ocurre a este paciente? La respuesta que damos son las *hipótesis tempranas*. «Voy por mal camino, no parece que este paciente tenga infección de orina»... He aquí un *reencadre tipo I*.
-

Habilidades básicas en la primera entrevista con un paciente

En la entrevista clínica (Cohen-Cole SA, 1991):

- Establecemos una relación interpersonal.
- Realizamos una serie de tareas destinadas a establecer un diagnóstico.
- Proponemos un plan educativo y terapéutico.

Estas tareas son complejas, y para realizarlas apropiadamente nos influyen las condiciones de trabajo, el clima de equipo en el que trabajamos y nuestro estado emocional.

Antes de empezar la consulta

¿Cómo estoy de humor y estado de ánimo? ¿Estoy despejado, atento, o más bien adormilado o confuso? Éstas son preguntas clave antes de empezar a visitar (cuadro 1.1).

Cuadro 1.1.

Antes de empezar la consulta

Margarita llega con algo de retraso a la consulta. A las 7 de la mañana su hijo de 4 años estaba a 38 °C de fiebre, y ha tenido que despertar a su madre para poderlo llevar a su casa, no sin antes darle un antitérmico y un antibiótico. «Mi hijo está recibiendo más antibióticos que los niños normales», piensa con enojo y culpa. Cuando llega a la consulta una paciente de las que acuden semana sí y otra también, le aborda en el pasillo: «al final tuve que ir al hospital». «¡Haga el favor de esperar!», le contesta con brusquedad, mientras piensa: «¡Hoy los pacientes están insoportables, me espera un día de órdago!».

En el cuadro 1.1 ejemplificamos profecías de autocumplimiento: «estoy mal, hoy va a ser un día horrible, todo me saldrá mal»... El origen de este mal humor puede ser situacional, (como el ilustrado), o por malestar físico o psicológico. En todo caso, sin darnos cuenta empezamos a trabajar para tener razón, ¡para darnos la razón!, para que la profecía se cumpla y decirnos: «no, si ya lo decía yo, ¡hoy me he levantado con mal pie!». Con esta estrategia, las profecías, nos parece que tenemos cierto control sobre el azar de cada día. ¡Vaya jugarreta del pensamiento mágico! Pero, ¿es inevitable? No lo crea. Observe la figura 1.1. En la posición A vemos a un profesional incapaz de rechazar su mal humor y su profecía de autocumplimiento. Sin embargo, en la posición B el profesional es sensible al entorno. Uno de los pacientes bromea y contagia con su buen humor al profesional. O puede que se muestre agradecido por un éxito terapéutico. La flecha de retorno indica que el proceso se revierte: la profecía se disipa.

Ahora examinemos la posición C, mucho más interesante. Margarita se percata de que «estoy de un humor de perros». «He dado a mi hijo un antibiótico que tal vez no lo necesita, sólo por mi conveniencia, y encima he partido la mañana a mi pobre madre». Sin embargo, recapacita: «bueno, hice lo único que podía hacer, escogí el mal menor, pues de lo contrario tenía que coger la baja y dejar a mis pacientes colgados». «Ahora lo que debo intentar es que mi tensión no repercuta en mi tarea». Para ello se propone de manera consciente sonreír a sus pacientes. ¿Qué pretende con ello? En primer lugar, recibir un eco emocional favorable, que reforzará un clima positivo. Si estamos serios vamos a recibir seriedad, si sonreímos vamos a recibir cordialidad (*ley del eco emocional: recibimos por lo que damos*). En segundo lugar, la sonrisa actúa como una gimnasia de las emociones: nos desentumece y flexibiliza el arco emocional, nuestra capacidad para transitar de manera más fluida por diferentes sentimientos, sin quedarnos en la parte negativa del arco emocional.

| | Estado de ánimo | Cognición | Relación interpersonal | Lo que ocurre |
|------------|---|---|--|---|
| Posición A | «Vaya día de perros» | «Me siento agobiada, me duele la espalda» | «Vaya paciente pesado» | Círculo vicioso: los pacientes confirman a la doctora que son pesados y la doctora cada vez se irrita más |
| Posición B | «Vaya día de perros» «Hoy también puede ser un buen día» | «Me siento agobiada» «La espalda me duele menos si me distraigo» | La relación es buena, hay bromas que parten de los pacientes | Uno de los pacientes invierte la secuencia y la doctora puede sintonizarse «en lo mejor de sí misma» |
| Posición C | «Menudo día me espera» «Bueno, no exageres» | «Me siento agobiada pero si me distraigo y sonrío a mis pacientes me sentiré mejor» | «Vaya paciente pesado, pero cada cual es como es, y soy yo quien debe adaptarse» | Los pacientes ven a la doctora como previsible y de humor estable |

Figura 1.1.

El círculo de los «malos días». Las flechas negras simbolizan la capacidad para invertir el proceso.

Consecuencias prácticas:

- Antes de iniciar la consulta pregúntese: ¿cómo estoy de humor? ¿Y de atención? En ocasiones, pequeños impactos emocionales tienen un efecto exagerado sobre nuestro humor, y dan al traste con una jornada de trabajo. No se lo permita. ¡Cúidese un poco! (Neighbour R, 1989).
- Haga un esfuerzo para visualizar a sus pacientes de manera positiva. No son «sus enemigos», son personas que le tienen afecto. Tampoco son «pesados», buscan que usted les alivie algún tipo de sufrimiento. Están ahí porque confían en usted.
- Monitorice su rendimiento con algunos marcadores objetivos. Por ejemplo, si escribe a mano, el tipo de letra que hace va a delatar su estado de concentración. Normalmente cuando estamos muy cansados la caligrafía empeora, hay menos regularidad en el trazo. El cansancio también nos lleva a suspirar, los ojos y manos experimentan leves temblores, puede que debamos disimular un bostezo. Aprenda a detectar estos signos objetivos. Si los detecta aplique las normas de «Control de seguridad» que se comentan en el cuadro 1.2.
- A veces nos decimos: «¡qué agobio, así no hay quien pueda trabajar bien!», pero en realidad es una estratagema para compadecernos y ahorrarnos el reto cotidiano de dar lo mejor de nosotros mismos. Cuando piense: «estoy agobiado», dígame también: «¿o me estoy excusando para no hacer las cosas mejor?».

Cuadro 1.2. **Controles de seguridad cuando estamos cansados**

Bernardo se da cuenta por su escritura de que está cansado. En estas ocasiones tiene varios trucos para evitar errores. En primer lugar, y antes de que entre el paciente a la consulta lee con atención la Lista de problemas (y el resumen de la historia clínica si está actualizado), y apunta aspectos pendientes, (p. ej.: «pedir analítica», «hacer preventivas», etc.), directamente en el curso clínico. Una vez el paciente relata las diferentes demandas, abre un apartado para cada una de ellas (para cada episodio). Por ejemplo: 1) cefalea; 2) cree que puede tener un tapón; 3) control nódulo tiroides. Si el caso resulta complicado, prefiere escribir los hallazgos de anamnesis y exploratorios antes de resolver la entrevista (eso es, antes de emitir su orientación diagnóstica al paciente escribe: «crepitanes basales, pulso a 98 por minuto, etc.»). Esto le permite ganar tiempo para pensar. Mientras va escribiendo parece que las ideas se ordenan un poco más. Finalmente repasa dos veces las recetas que prescribe, preguntándose: «¿es el fármaco correcto a la dosis correcta?».

Establecer una relación terapéutica

Antes de empezar una entrevista:

Lea con atención todos los datos preelaborados

Como informes, historia clínica realizada por otros compañeros, pero no deje que le influyan juicios o comentarios del tipo... «paciente somatizador», «maleducado», «rentista», etc. Hágalo incluso con pacientes ya conocidos, pues refrescar la memoria con la intención de redescubrir el perfil de persona que tenemos delante es una inversión muy rentable. Objeción: «no tengo tiempo». En tal caso, priorice la lectura de la lista de problemas o resumen (*epicrisis abierta*), y el último (o últimos) cursos clínicos.

No menosprecie a los acompañantes

Pueden serle de gran valor como fuente de datos, y su opinión va a influir poderosamente sobre el paciente (por algo el paciente se deja acompañar). El acompañante por lo general es nuestro aliado, en ningún caso nuestro enemigo. Objeción: «¿y si el acompañante no deja hablar al paciente?». Tal vez trata de protegerle. Estudie las estrategias de la tabla 1.1.

Procure una atmósfera cordial y empática

Siempre con naturalidad. No se fuerce en ser más cordial de lo que normalmente usted es, porque cuando regrese a su comportamiento habitual sus pacientes pensarán: «¿por qué razón está enfadado?». Objeción: «¿cómo sé yo que mi tono de cordialidad es el correcto?». En general, uno mismo no lo puede saber. Pida la opinión sincera de un buen compañero o amigo/a, o proceda a videograbarse e interprete el material con ayuda de un experto/a, o siguiendo las pautas que exponemos en el capítulo 6.

Un saludo cordial no siempre consiste en dar la mano

Pero dar la mano también ayuda, sobre todo si es usted quien toma la iniciativa. Ahora bien puede ser tanto o más importante mirar con atención al paciente mientras sonreímos, o mencionar su nombre. Procure la presencia de al menos un «marcador de clima» de cordialidad, ya sea una sonrisa, o un comentario amable, y sobre todo el tono de voz. El tono de voz suele traicionarnos si estamos cansados. Resulta «tan fino» que una persona puede percatarse del grado de consideración que le merecemos... ¡simplemente por la entonación con la

Tabla 1.1.
Acomodar a un acompañante que interrumpe

Estrategia de «**vaciado de la interferencia**»: Estimule al acompañante a que «vacíe» por completo sus ansiedades, que nos lo diga «todo». Luego le diremos: «gracias por esta información, sin duda la tendré en cuenta; ¿le parece que ahora sea el/la paciente quien nos diga como se siente?».

Técnica de «**el puente**»: El paciente interrumpe pero el profesional no le coarta, sino que indica al paciente: «eso que dice su esposa/o ¿es lo que siente?»; «¿qué opina de lo que dice su esposo/a?».

Técnica de «**pacto de intervención**»: «¿Qué le parece si ahora dejamos que sea su esposo/a quien nos diga lo que le ocurre?». Si aún así interrumpe, sin acritud: «¿no habíamos quedado que le dejábamos hablar a él/ella?».

Técnica de **crear «otro» entorno**: Apartamos al paciente del acompañante. En algunos casos, diremos al padre que acompaña a un adolescente: «Verá, por lo general a estas edades a los chicos/as les gusta comentar sus cosas sin la presencia de los padres, no porque tengan que decir cosas que no les cuenten a ustedes, sino porque sencillamente se notan más cómodos... ¿tendrían la bondad de esperarse un momento en la sala de espera, y luego vuelven a pasar?» Otras veces indicaremos al paciente que pase a la camilla, y con el acompañante sentado proseguiremos la anamnesis.

que le hablamos! A la inversa: usted puede indicar cordialidad modulando apropiadamente el saludo inicial. Objeción: «¿Puedo darme cuenta de mi tono de voz?» Como decíamos más arriba, por lo general es necesario videograbarnos y prestar suficiente atención; usted mismo se verá cansado, irritable, harto, complaciente... ¡por la tonalidad que usa! **Atender a nuestro paralelenguaje** es el control de calidad más sencillo e inmediato que tenemos.

Demuestre al paciente en el primer minuto que le dedica toda su atención preferente. Mírele

Evite hacer otras tareas en el primer minuto de entrevista, por ejemplo, leer la pantalla del ordenador o la historia clínica. Ello no siempre es posible, pero si tiene que leer papeles vaya mirando al paciente para indicarle: «usted tiene prioridad». Mirar con atención al paciente no significa que llegue a tener la «mirada clavada» en él/ella, lo cual le resultaría incómodo. Objeción: «¿y si antes de que entrara el paciente no me ha dado tiempo de leer su historia clínica?» En tal caso, dígame: «disculpe un minuto, me pongo al día con su historial». E incluso «tuvo una pulmonía a los 20 años, pero ninguna otra enfermedad importante, ¿es así?»

Algunos pacientes pueden agradecer señales indicadoras de que mantienen cierto grado de control sobre la entrevista

Proporcione **control sobre los procesos**. Por ejemplo: «¿Quiere hacerse una fotocopia de estos análisis?». «¿Prefiere sobres o cápsulas?», etc.

Delimite de manera suficiente las demandas del paciente

He aquí algunas técnicas oportunas:

- **Delimitar demanda**: «¿Qué le trae hoy por aquí?».
- **Prevención de demandas aditivas**: «¿Desea consultarme alguna cosa más?» En ocasiones es conveniente repetir la pregunta antes de regresar de la camilla de exploración física: «¿hemos de mirar alguna otra cosa que no me haya comentado?».

Observe el uso de estas técnicas en el cuadro 1.3.

Cuadro 1.3.**Prevención de demandas aditivas**

Remedios conoce bien a sus pacientes: sabe cuáles van al grano y cuáles alargan la consulta en un rosario de quejas. Para estas últimas personas no duda en mantener un diálogo de este tipo:

Entrevistadora: ¿Qué la trae por aquí?

Paciente: El azúcar, como siempre, no hay quien me lo ponga bien.

Entrevistadora: ¿Alguna cosa más?

Paciente: La espalda, ya sabe usted... lo que me dio no me hace nada.

Entrevistadora (haciendo prevención nuevamente de las demandas aditivas): ¿Alguna cosa más?

En este punto algunos pacientes puede que digan con una sonrisa: «¿le parece poco?». Otros añadirán algún motivo más y, finalmente, también habrá quien se pondrá a pensar para «encontrar algo más». La destreza de Remedios consiste precisamente en reconocer si el/la paciente «llevaba» de verdad algo más para consultar, y si no concluirá con rapidez:

Entrevistadora (haciendo un sumario de demandas y ordenando los contenidos de la entrevista): Pues si lo entiendo bien hoy viene para el control del azúcar y la espalda... Empecemos por el azúcar.

Ejemplo práctico: prevención de demandas aditivas

Puede observar a continuación como el profesional hace prevención de demandas aditivas e interroga sobre problemas previos. ¿Todo eso en el poco espacio de tiempo de que disponemos? En efecto, porque tocar estos problemas no significa que deba tratarlos o solventarlos en esta visita.

Tareas al inicio de una entrevista

Abreviaturas: E: entrevistador; P: paciente.

| TAREA REALIZADA | DIÁLOGO |
|---|--|
| <p>Saludo cordial: en este punto de la entrevista es crucial mirar atentamente al paciente y sonreírle. Por consiguiente, debe haberse familiarizado unos momentos antes con la historia clínica.</p> | <p>E (estrechando la mano): ¿Qué la trae por aquí? P: Muchas cosas y no sé por cuál empezar. E: Me interesan todas.</p> |
| <p>Delimitar el motivo de consulta: no tenga miedo a que el paciente le exprese todo lo que lleve en su agenda, porque va a hacerlo de todas maneras. ¡Si usted se avanza tiene la ventaja de dirigir el proceso! Vea la figura 1.2.</p> | <p>P: Tengo taponos de cera, cada año me los tienen que quitar, además me tiene que hacer unos análisis y unas pruebas porque me han llamado ya para operarme de la hernia, ¡ah!, y se me cae el pelo a punta pala y estoy con unos nervios que se me comen. E: ¿Alguna cosa más?</p> |
| | <p>P: Tengo muchos dolores de espalda, no me dejan dormir por la noche.</p> |

| TAREA REALIZADA | DIÁLOGO |
|--|--|
| <p data-bbox="206 263 632 336">Nueva prevención de demandas adicionales</p> | <p data-bbox="669 263 882 287">E: ¿Alguna cosa más?</p> <p data-bbox="669 287 1139 427">P: Hace mucho que no me hago unos análisis, y ya sabe que estaba un poco mal del colesterol. Además, cada año me hacían una prueba del corazón. No sé como estará este asunto.</p> <p data-bbox="669 427 805 455">E: ¿Algo más?</p> |
| <p data-bbox="206 491 632 637">Negociando el contenido de la consulta: pueden servir fórmulas como «hoy es imposible abordarlo todo», «es mejor que este otro tema lo veamos con suficiente tiempo».</p> | <p data-bbox="669 482 920 505">P (se queda pensativo).</p> <p data-bbox="669 505 1139 646">E (no deja que improvise otras demandas): Muy bien, pues vamos a poner un poco de orden: haremos las pruebas de la operación, que también nos servirán para el colesterol, miraremos los oídos, el cabello, la espalda y...</p> |
| <p data-bbox="206 682 632 791">El entrevistador introduce objetivos propios: No olvide el aforismo: los pacientes que más piden, piden de todo menos lo que de veras es importante para su salud.</p> | <p data-bbox="701 664 1139 718">...Repasando el historial he visto que padece de los nervios desde hace años.</p> <p data-bbox="701 718 1139 864">Es un tema que deberíamos revisar a fondo, como también el tema del corazón: ¿le va bien pedirme visita programada para otro día? Así podremos ver esos aspectos con el tiempo que se merecen.</p> <p data-bbox="669 864 817 891">P: Sí, sí, claro.</p> <p data-bbox="669 891 1139 919">E: Estupendo, pues pase a la camilla, por favor.</p> |

Errores que evitar

Errores por falta de control del entorno asistencial

Una buena entrevista siempre empieza por un buen dominio del entorno

Evite las visitas de pasillo, o interrumpiendo otra tarea, o sin las condiciones necesarias (disponer de historial, tiempo y privacidad). Llegar con el tiempo justo para ponerse a visitar es un error. Siempre hay un paciente que necesita ser visitado «el primero», aunque no esté apuntado en la lista (y a veces es *razonable* que sea así). Otras veces hay análisis para ordenar, recetas para firmar, etc.

El dominio del entorno es clave en las visitas a domicilio. En tales ocasiones, el profesional tiene que asegurarse el *máximo confort*: abrir la ventana para examinar al paciente con luz natural, hacer levantar al paciente de la cama siempre que pueda, dejar en la habitación un solo familiar, entre otras medidas. Por ejemplo: «¿Tiene la bondad de abrir al máximo la ventana?, cuanta más luz mejor podré examinar al paciente... Y usted, Sra. Eugenia, ¿puede ponerse las zapatillas y sentarse en el borde de la cama (o en esta silla)? ¿Usted es la persona que la cuida? Bueno, pues bastará con su presencia en la habitación, el resto de personas, ¿tendrán la amabilidad de salir para preservar la intimidad de la paciente? Muchas gracias». Vea la figura 1.3.

Proporcione «controlabilidad» a sus pacientes

Los pacientes tienen que poder verificar que están apuntados en su agenda en el día y hora que figura en su resguardo, así como saber si la consulta va con retraso, y hora previsible en que serán atendidos.

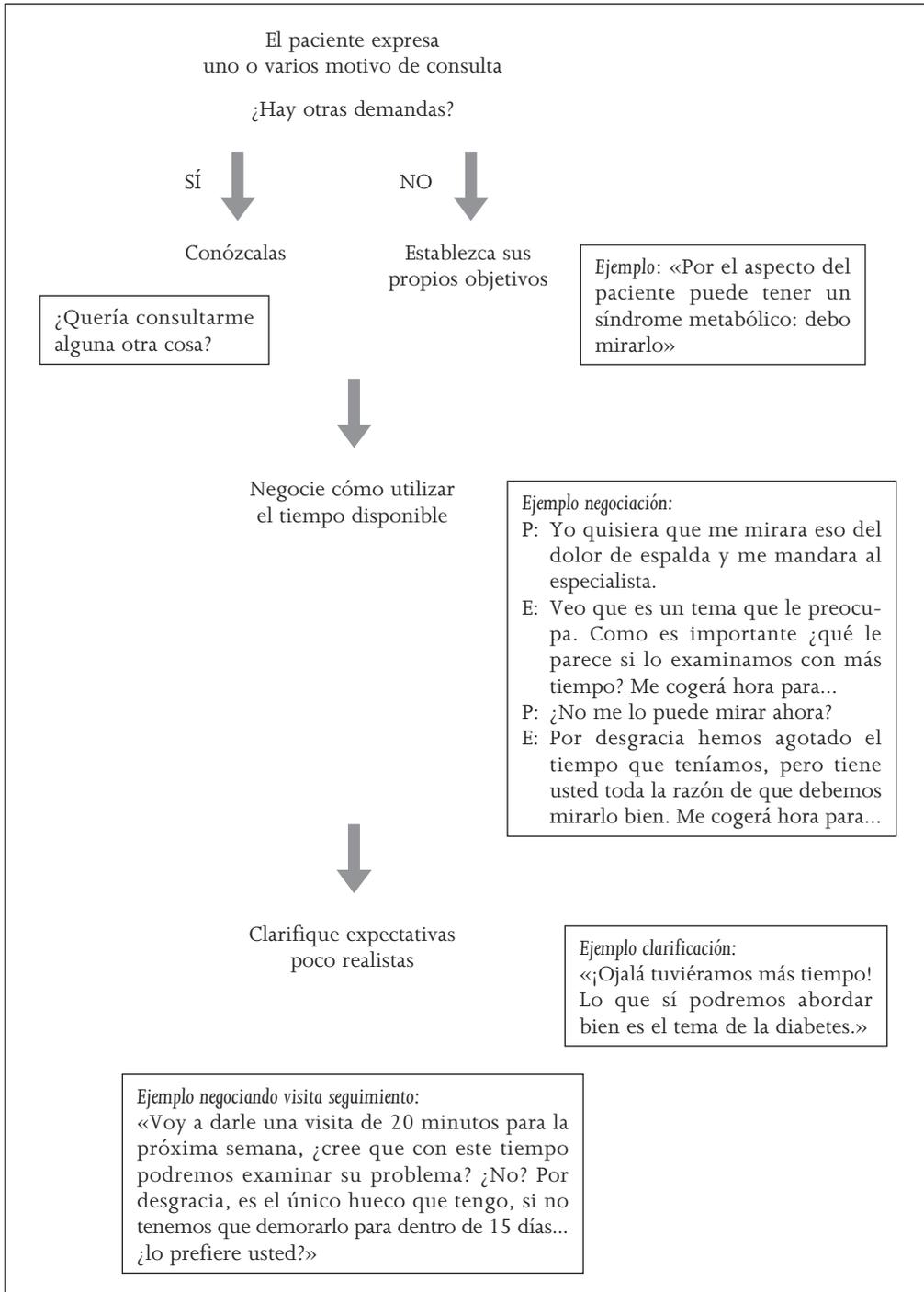


Figura 1.2.
«Delimitar los motivos de consulta»

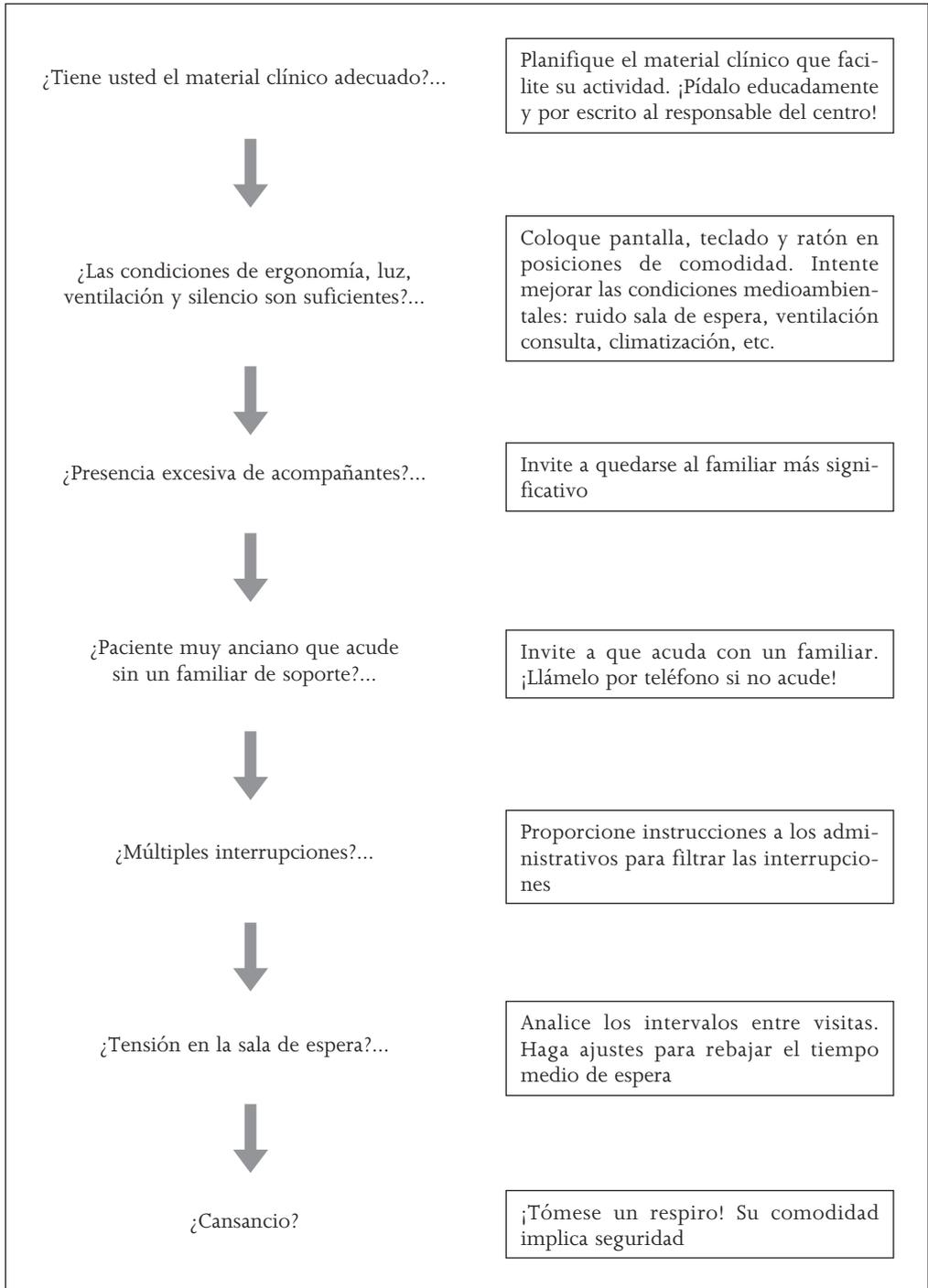


Figura 1.3. «Domine el entorno clínico» antes de iniciar la entrevista.

Lo ideal es que el paciente pase por recepción y allí le confirmen la visita y le informen de posibles retrasos.

Evite discutir en la puerta de la consulta

Si hay confusión sobre el día y hora asignado, debe clarificarlo el administrativo responsable, y comunicarle a usted las dudas que surjan. Si se trata de una consulta urgente es mejor hacer pasar al paciente dentro del despacho, siempre con la puerta cerrada.

¡Nunca niegue la atención a un paciente!, pero eso sí, el paciente debe adaptarse a sus disponibilidades. Por ejemplo, ha existido un error y el paciente creía que tenía cita para el día de hoy: «Desde luego que le atenderé, pero deberemos esperar a que se produzca un hueco... casi con toda seguridad sobre las... horas».

Errores al inicio de la entrevista

** Tutear a pacientes de mayor edad*

Sólo lo haremos a petición suya.

** No delimitar el motivo de consulta o darlo por obvio*

- ¿Cómo se encuentra?
- ¿Cómo va todo?
- Viene por la tos, ¿verdad?

Todas estas son malas entradas. Las dos primeras pueden ser correctas a condición de que en el diálogo subsiguiente clarifique: «¿Y qué le traía hoy por aquí?» No sería la primera vez que tras media hora hablando de la artrosis, al final descubre que el paciente «solo venía a por un informe para el balneario».

** Trato brusco, impersonal, hostil o culpabilizador*

- ¿Otra vez por aquí?
- ¿No le dije que no viniera si no me adelgazaba al menos 5 kilos?

No olvide la **Ley del eco**: lo que no dé usted en sonrisas lo recibirá en desazón. El trato culpabilizador es un estilo peligroso que suele aprenderse en la familia. Consiste en «coger ventaja» sobre las otras personas manejando de manera apropiada la culpa. El germen de todo sentimiento culposo es: «deberías haber hecho tal cosa y no lo hiciste». Se supone, por consiguiente que hay un «deber» previo, en nuestro caso: cumplir con la medicación, hacer lo posible para recuperar la salud, pedir el alta. Lo que ocurre es que en una sociedad adulta debemos respetar ante todo la autonomía del paciente. Nuestro deber de beneficiarle va por detrás, en general, de su derecho a ser autónomo. Por consiguiente, debemos cambiar de estilo: no más culpabilizaciones, excepto si dicha culpa tiene un efecto terapéutico conscientemente perseguido, y sí en cambio vamos a promover diálogos de este tipo:

Enfermera: No creo que sea posible mejorarle más de su bronquitis crónica si no deja de fumar.

Paciente: Yo no lo creo y no pienso dejar de fumar, ya se lo he dicho mil veces.

Enfermera: Está en su derecho pero las medicinas tienen un efecto forzosamente limitado. Usted manda sobre su salud, nosotros nos tenemos que limitar a informarle, aunque nos sepa mal. Si cambia de opinión no deje de venir, podemos ayudarle a dejar de fumar.

* *Recordar hechos luctuosos antes de establecer una relación de confianza*

- ¿Está más recuperada del fallecimiento de su esposo?
- ¿Cómo va asimilando el diagnóstico de cáncer de mama...?

Estas preguntas pueden ser apropiadas para una fase posterior de la entrevista, ¡nunca para iniciarla!

* *Curiosidad inapropiada*

- ¿Qué pasó en el juicio?
- ¿Es usted testigo de Jehová?
- ¿Continúa bebiendo?

También estas preguntas pueden ser apropiadas para otra fase de la entrevista, pero evítelas al inicio.

Galería de situaciones

Estudiaremos:

- El paciente que se presenta con agresividad latente.
- El paciente que acude con la expectativa de curaciones milagrosas.
- Establecer una relación con el niño-paciente.

El paciente que se presenta con agresividad latente

«*Estoy muy enfadada con usted*»

Analice la siguiente entrevista. Abreviaturas: E: entrevistador; P: paciente.

P: Estoy enfadada con usted. Estoy fatal de la espalda y lo que me dan no me hace nada de nada.

E: Yo también estoy enfadado con usted. Tengo aquí apuntado que no ha tomado las pastillas de la presión ni las del azúcar.

P: Pues a ver qué hacemos con María porque estoy fatal, oiga usted. Ni con los supositorios, ni con las pastillas. A ver si con unas inyecciones, una radiografía o algo... lo que sea.

E: No me extraña como me viene. Mientras no me haga caso no iremos a ninguna parte.

P: Yo caso le hago todo el que sea necesario, pero al menos a ver si me saca el dolor ese que tengo aquí (señala cervicales), porque todo eso que me da no sirve para el dolor.

E: ¿Quién le ha dicho que no sirve para el dolor? ¡Claro que sirve para el dolor! ¿Quién le ha dicho que no?

Comentarios

1. ¿Cuál es el principal error del profesional en esta escena?

No escuchar. El profesional se pone a la defensiva y es incapaz de escuchar. Piensa que si no contesta de manera inmediata y rotunda, el paciente va a «comérselo el terreno» y lo avasallará. Responde a la agresividad con agresividad.

2. ¿Cuáles son las expectativas de la paciente?

El paciente expresa el deseo de recibir unas inyecciones o una radiografía. Sin embargo, a través de esta petición un tanto incoherente (¿acaso mejorarán sus dolores por el hecho de hacérselo unas radiografías?) se trasluce el sentimiento de ser tomado en cuenta, de que se le haga caso y se le hagan cosas. A veces detrás de comentarios del tipo: «haga conmigo algo,

opéreme, póngame inyecciones, lo que sea, pero hágame algo que me alivie esta molestia», existe una cierta cosificación: «me entrego a usted como objeto para que me arregle».

3. ¿Qué pretende el profesional con sus intervenciones?

Ante todo preservar su autoridad.

4. ¿Está suficientemente delimitado el motivo de consulta?

No, y de hecho puede encontrarse con muchas demandas aditivas al final de la entrevista: «hágame tal receta», «míreme también los oídos», etc. Los pacientes con cierta dosis de irritabilidad u hostilidad suelen realizar demandas aditivas como manera de «castigar» a un profesional que... «no me hace caso».

5. ¿Se le ocurre una intervención empática que pudiera mejorar el clima de la entrevista?

Podrían ser, entre otras: «ya veo que se lo está pasando mal», o bien, «estos dolores tan persistentes son difíciles de aguantar».

¿Cómo hubiera debido actuar el profesional?

1. En lugar de activar una agresividad defensiva, dar una **respuesta empática** a las quejas del paciente como: «¡Vaya!, lo lamento».

2. **Delimitando el motivo de consulta**: «¿era eso lo que le traía a la consulta o hay más cosas que desee consultarme?».

3. **Reconducción por objetivos**: «vamos a lo importante, ¿cómo podemos mejorarle?».

Por ejemplo:

P: Estoy enfadada con usted. Estoy fatal de la espalda. Lo que me dio no ha funcionado.
E (**respuesta empática**): ¡Vaya!, lo lamento... (**Clarificar el motivo de consulta**) ¿Era éste el motivo de la consulta de hoy?

P: No, además vengo porque estoy muy nerviosa y no duermo por la noche.

E (**haciendo prevención de demandas aditivas**): Ajá, entiendo... ¿alguna cosa más?

P: ¿Le parece poco?

E (**haciendo un sumario**): Si lo entiendo bien viene por el dolor de espalda, los nervios y porque no puede dormir...

P: Eso es. Estoy enfadada, ¿eh?

E (**reconducción por objetivos**): Pues vamos a lo importante, que es mejorarle a usted los dolores y los nervios... ¿desde cuándo se nota con más nervios?

Recuerde: Observe la fuerza de esta combinación:



El paciente que acude con la expectativa de curaciones milagrosas

Observe la siguiente escena. Un paciente acude a una primera entrevista con la enfermera.

¡Vaya enfermera más simpática!

P: Srta. Rosa, estoy encantada de tenerla de enfermera porque me han hablado muy bien de usted, y, ¿sabe qué?, estoy llenita de dolores por los cuatro costados, y nadie me acierta, muchos médicos pero ninguno me acierta. Por eso me he apuntado a los grupos de relajación.

Enfermera (leyendo el historial): ¡Uff!, a usted la han visto médicos muy buenos, y ha hecho muchos tratamientos. Lo más probable es que la relajación no le funcione mucho.

P: ¡Ay!, no me diga eso. La vecina del rellano, la señora Fermentina, ¿sabe usted?, está muy contenta con el grupo de relajación, y me ha recomendado que le pidiera a mi médico para venir con usted. O sea que aquí me tiene, me pongo completamente en sus manos.

Enfermera: Gracias por confiar en mí, Sra. Matilde, pero cada caso es cada caso, y por lo que voy viendo el suyo es complicado... No tengo muchas esperanzas...

Comentarios

1. ¿Comete el profesional en esta escena algún error importante?

No comete ningún error importante, aunque puede mejorarse. Desde nuestro punto de vista la enfermera hace bien en no admitir el rol de omnipotencia que quiere adjudicarle la paciente. Sin embargo, puede mejorar su intervención: siempre es mejor contrarrestar la omnipotencia que un paciente nos proyecta en la parte final de la entrevista, de tal manera que al inicio el profesional debería concentrarse en delimitar los síntomas y otros aspectos, sin hacer mucho caso de las alabanzas de la paciente.

2. El profesional lanza una profecía en el sentido de que «las sesiones de relajación puede que no funcionen». ¿Es correcto? ¿O sería más inteligente aprovechar las expectativas de curación? A fin de cuentas muchos curanderos se aprovechan del poder autosugestivo de los pacientes...

Es posible que este paciente sea muy sugestionable. Sin embargo, la pregunta es: ¿cuánto puede durar una curación inducida por autosugestión? Por lo general, poco. Además, el terapeuta debe alimentar estos elementos de sugestión de manera periódica, con un desgaste personal relevante. Apelar o dejar instalar elementos taumaturgicos en la relación asistencial siempre pasa factura: la decepción de unas expectativas de bienestar que difícilmente pueden cumplirse a largo plazo.

3. ¿Hacia dónde debe dirigir sus esfuerzos el profesional?

La intervención de la enfermera, reduciendo radicalmente las expectativas, es, sin duda, una postura inteligente. Si las sesiones de relajación no funcionan, siempre podrá decir: «ya me lo parecía». Eso desactiva el componente reivindicativo de muchos pacientes aquejados de dolor crónico: «¡usted no es capaz de curarme! ¡Con la de esperanzas que yo había depositado en usted!» Este tipo de intervenciones no son posibles cuando **desactivamos las proyecciones de omnipotencia**: «creo que no haremos nada, pero vamos a probarlo por si acaso». Incluso puede que el paciente desee confirmarse delante del terapeuta: «usted decía que no me servirían y en realidad sí que noto mejoría». En tal caso la respuesta puede ser: «me alegro mucho de haberme equivocado, y sin duda es gracias a que usted se lo toma muy en serio; enhorabuena».

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

1. No haga excesivo caso o desmienta comentarios que proyecten fantasías de omnipotencia.

2. Ya en la fase resolutive de la entrevista **desactive las expectativas de la paciente**: «su problema no tiene fácil solución»; o bien: «le mentiría si le digo que voy a mejorarla rápidamente; por desgracia no hay tratamiento milagroso, y las molestias que hace años que se tienen, también tardan tiempo en mejorar».

3. Deje todas las puertas abiertas, por ejemplo: «de momento he pensado que este tratamiento resulta idóneo para usted, pero no siempre se acierta a la primera; en todo caso tenemos otras posibilidades de tratamiento, e incluso puede ser conveniente consultar a otro profesional». O con la **técnica contrasugestiva**: «incluso estaría sorprendido de que un tratamiento le funcionara a la primera».

Veamos estas sugerencias aplicadas en esta ocasión a una paciente con dolores crónicos en los que hay un componente somatoforme y depresivo. En este caso, la doctora procede a acabar una primera visita de esta suerte:

Dra. (**desactivando expectativas de curación milagrosa**): Sra. Matilde, tras examinar con atención su problema me doy cuenta de que usted tiene un padecimiento de muchos años de evolución, y que ha pasado por muchos médicos, y médicos muy buenos.

P: Sí, es verdad.

Dra.: Ha recibido muchos tratamientos con escasa mejoría...

P: Sí.

Dra. (**técnica contrasugestiva**): Yo, con la mejor de las voluntades, voy a recomendarle un tratamiento, pero no espero ninguna respuesta milagrosa. Lo más probable es que usted no note ningún alivio hasta pasados 20 o 30 días, y después sólo poco a poco irá mejorando.

P (decepcionada): ¡Pues vaya!

Dra.: Todas las enfermedades o padecimientos que llevan años, sólo con paciencia y también con tiempo se pueden mejorar.

P: ¡Yo que venía a usted con tantas esperanzas!

Dra.: Prefiero decepcionarla ahora que dentro de unos meses. Yo voy a serle muy honesta en mis apreciaciones, y espero que eso también lo valore.

P: En eso le doy la razón.

Recuerde: El paciente nos imputa omnipotencia

Averigüe datos



Al final de la entrevista: desactive expectativas poco realistas



Técnica contrasugestiva («incluso me sorprendería que...»)

Establecer una relación con el niño-paciente

Trasladémonos ahora a la consulta del pediatra.

¡Algo le ocurre a este niño!

Madre: Le traigo a Álex (8 años) porque debe tener un resfriado o yo qué sé, porque está que no tira del cuerpo.

Pediatra (dirigiéndose al niño en tono agradable): Álex, ¿te has enfriado?

El niño hace que sí con la cabeza y sonríe algo tímido.

Madre: Está como apagado y pensé, «eso no es normal», y mi suegra: «llévalo al pediatra que hay una pasa de gripe muy fuerte»...

Pediatra (interrumpiendo): ¿Le ha puesto el termómetro?

Madre: Teníamos uno de esos automáticos que se ponen en el oído pero creo que no funciona, porque marca siempre 36.

Pediatra: ¿Tienes dolor de garganta, Álex?

El niño hace que no con la cabeza y mira a la madre riendo.

Pediatra: Ven para la camilla, que te quiero mirar un poco más.

Comentarios

1. ¿Comete el profesional en esta escena algún error?

En esta escena parece como si el pediatra diera por buena la versión de que Álex está resfriado. Sin embargo, la madre en realidad consulta porque Álex «no tira de su cuerpo», y lo del resfriado parece una hipótesis más bien inducida por la abuela. Por consiguiente, va a proceder a una exploración física con la idea de confirmar una infección de vías aéreas, cuando en realidad los datos de anamnesis son pobres. Puede que encuentre una garganta algo roja, y aplique la «ley del uno más uno»: «un dato de anamnesis que me apunta a X, corroborado por un dato exploratorio = seguro que tiene X». Para su sorpresa la entrevista puede dar el siguiente giro:

Pediatra: Pues en efecto le veo con la garganta algo roja. Ahora tenemos una pasa de un virus que...

Madre: ¿Y eso puede ser la causa de que Álex esté tan cansado?

Pediatra: Bueno, puede que sí, ahora no tiene fiebre pero tal vez...

Madre (interrumpiendo): Tenga en cuenta que está cansado desde hace un mes y medio.

Pediatra: ¿Un mes y medio? Eso no me lo había dicho...

Madre: Es lo que trataba de decirle. Este niño ha cambiado desde hace un par de meses.

Él ha sido un niño más bien nervioso y hasta la maestra me ha llamado la atención.

2. ¿Cómo podría el pediatra contrarrestar el estilo retórico de la madre?

Sobre todo con una buena delimitación de la demanda, clarificando los adjetivos que ésta utiliza para describir el estado del niño, y recogiendo un mapa de quejas que, en una segunda fase, contrastará con el propio niño. Ello le permitiría abordar una exploración física más orientada en este caso a un síndrome de fatiga.

3. El pediatra, ¿se sabe aproximar al niño?

En este fragmento de entrevista se acerca al niño de manera amistosa, tratando de que confirme, desmienta o amplíe lo que dice su madre. Sin embargo, lo más probable es que su esfuerzo sea en balde, porque mientras hable la madre el niño estará básicamente callado, en un rol de complementariedad.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

Para hacer hablar al niño hay que proporcionarle un espacio propio, aprovechando, por ejemplo cuando ya esté alejado de la madre en la camilla de exploración. Resulta conveniente en tal caso iniciar el diálogo con aspectos relativos a sus actividades (lúdicas o escolares), las cuales nos conducirán poco a poco hacia nuestro objetivo. Por ejemplo:

Pediatra: ¿Cómo va la guitarra? Porque yo sé que tú tocas la guitarra, ¿verdad?

El niño se encoge de hombros.

Pediatra: Me parece que ya no te gusta la guitarra.

Madre: Sí que le gusta doctor.

Pediatra: No, no te gusta, ¿verdad que no te gusta? (con una mano en la cabeza el pediatra le hace decir «no»). Ves, no te gusta.

Álex (riendo): ¡Sí, sí me gusta!

Pediatra: ¿Y qué días vas a guitarra?

Álex: Los jueves, cuando salgo del «cole».

Pediatra: Y en casa, ¿puedes ensayar o prefieres mirar la tele?

Álex (riendo): La tele, me gusta Operación Triunfo.

A partir de algunas preguntas más aflora un trastorno del sueño ligado a unos horarios caóticos y permisivos.

Recuerde:

-
- Aproveche la información que proporcionen los padres.
 - Comuníquese directamente con el niño.
 - No se fíe de las primeras hipótesis. No inicie la exploración física hasta haber realizado una mínima anamnesis.
-

Conceptos avanzados**Trabajar cómodos**

La comodidad del profesional de la salud *debería ser considerada un problema de salud pública*. Sentirse física y psíquicamente bien mientras escuchamos y analizamos los problemas de nuestros pacientes tiene una repercusión directa sobre la comunicación y la elaboración de los datos, sobre nuestros aciertos y errores.

Cada uno de nosotros es el *principal responsable* de nuestra propia comodidad. He aquí una lista somera de factores que deben controlarse:

Intervalos de citación de los pacientes

Consejo: intente dotarse de una agenda que establezca un equilibrio razonable entre el tiempo de espera de los pacientes y su carga de trabajo. **Concepto de «Agenda Inteligente»:** aquella que de manera semiautomática asigna un tiempo realista al paciente en función de su perfil. Los pacientes jóvenes con escasa demanda pueden tener una ocupación de 7 minutos, mientras que los ancianos mayores de 75 años difícilmente será inferior a 15 minutos. Si su programa informático no dispone de «agenda inteligente», puede aproximarse al concepto mediante instrucciones a los administrativos: «por encima de tal edad, inmigrantes y primeras visitas siempre 15 minutos», etc. Recomendamos el sistema de **Agenda «Acordeón»:** 3 o 4 visitas en intervalos de 5 minutos, a las que sigue un tiempo no asignado de recuperación de 10 a 15 minutos. De esta manera usted no está inactivo si falla una visita, y puede alargar cualquiera de las precedentes (Borrell F, 2001; Casajuana J, 2000; Ruiz Téllez A., 2001).

Grado de burocracia que debe asumirse dentro de la consulta

Consejo: procure que las ILT y las recetas de medicación crónica tengan un espacio totalmente aparte de las visitas, y que graviten en su aspecto burocrático sobre un auxiliar de clínica o un administrativo (Casajuana J., 2003).

Orden en la mesa: impresos, recetas, etc.

Consejo: dótese de un sistema de bandejas o clasificadores. Cuantos menos objetos haya sobre la mesa, mejor. Si usamos ordenador, siempre a un lado, y que nada se interponga entre usted y el paciente.

Interrupciones: llamadas exteriores, colaboradores, pacientes...

Consejo: entrene a un auxiliar administrativo para que tome nota de las llamadas y deje pasar tan sólo las que son urgentes o de determinadas personas. Las consultas de pacientes pueden apuntarse en la Lista de visitas como «Consulta telefónica». En tal caso el propio profesional llama al paciente en una franja horaria apropiada.

Pero la comodidad también debe perseguirse en el mismo acto clínico. He aquí varias normas:

- Procure su bienestar físico. Silla con ruedas, teléfono con conexión exterior, ordenador con conexión a Internet, tenga en la nevera algunos refrescos, etc.
- Intente mitigar la sensación de hambre y en todo caso evite las típicas hipoglucemias de media mañana (fruto casi siempre de un desayuno excesivamente frugal).
- Ventile y climatice la habitación de manera adecuada.
- Analice el entorno de su consulta y proponga cuantos cambios le parezcan necesarios: acondicionadores de aire, luz, decoración...
- Tenga todo el material clínico necesario. ¡Pida sin complejos! No espere a que su responsable de equipo o servicio interprete sus necesidades, bastante ocupado está. Si no le hacen caso, pídale por escrito.
- En la consulta tienen que estar las personas adecuadas para el éxito del acto clínico. Con tacto, pero de manera decidida, pida a los acompañantes innecesarios que esperen fuera de la habitación. O al revés: invite a que se incorporen otras personas no presentes.
- No se crea en la obligación de dedicar un tiempo indefinido a cada paciente. Usted se debe a todos sus pacientes, lo cual supone tener que advertir de vez en cuando: «lo siento, ahora mismo me resulta imposible dedicarle más tiempo. ¿Qué le parece si este asunto lo comentamos cuando...?».

Hábitos básicos de entrevista

Lectura de datos previos, saludo cordial y delimitar motivo/s de consulta.

Con estas ideas básicas ya estamos en disposición de estudiar la estructura profunda de una entrevista.

El modelo emotivo-racional. Conceptos fundamentales

La primera afirmación que hace este modelo es que la entrevista se divide en dos fases: exploratoria y resolutive. La *fase exploratoria* de la entrevista agrupa todas las conductas del clínico para llegar a formarse una idea del estado del paciente (problemas, estado de salud, diagnósticos), como también de las estrategias para ayudarlo. ¿Cuándo acaba la parte exploratoria y se inicia la resolutive? En el momento en que el entrevistador emite un diagnóstico o propone un plan o un consejo. En este momento entra en la *fase resolutive*. Examinemos qué ocurre en la parte exploratoria.

La parte exploratoria se inicia con una *situación estimular*. Entra un paciente en la consulta con una amplia sonrisa, o protestando y con signos de intensa ansiedad, o lo encontramos desmayado en la calle; todas éstas son situaciones estimulares distintas. Cada situación estimular nos lleva a un encuadre de la entrevista. El *encuadre, o intencionalidad, de la entrevista* (ambos términos los usamos como sinónimos), consiste en respondernos a la siguiente pregunta: «¿qué se pretende de mí?» La respuesta que demos, por ejemplo, «desea que le dé algo para el resfriado», «desea un plan para dejar de fumar», etc., es la *intencionalidad o encuadre* de la entrevista.

Algunos estudios ponen de relieve que en los primeros minutos de la entrevista el profesional ha imaginado toda la sucesión de acciones que tendrán lugar, incluido el posible fármaco que recetar. Acontece algo parecido a lo siguiente:

Paciente (joven, buen estado general): No se puede imaginar la tos que tengo, no tengo fiebre pero con esta tos no puedo trabajar, ¡cof, cof!

Médico (piensa en fracciones de segundo: «Parece una tos irritativa de tipo vírico, el jarabe TTT le irá bien; debe venir sobre todo para la baja y alivio de síntomas; haré una anamnesis y auscultación breve, y si no hay datos sorprendidos lo dicho: TTT en jarabe»): ¿Desde cuándo tienes tos?... ¿y fiebre has tenido?... ¿expectoras?... Pasa a la camilla, por favor.

Bajo el término de «conductas exploratorias» entendemos todas aquellas preguntas o maniobras de exploración física que se encaminan a corroborar o desmentir una hipótesis que se forma en nuestra cabeza. Por ejemplo: «Si este paciente tiene sinusitis, debería encontrar descarga nasal, dolor en la zona y puntos sinusales positivos», se dice el clínico. Está aplicando una regla de decisión (o heurístico) del tipo: «si encuentro estos datos cerraré la entrevista recomendando que se tome tal y tal medicación».

Ahora bien, puede ser que nuevos datos de la realidad desmientan las hipótesis tempranas que nos habíamos planteado. Se impone, en tal caso, reencuadrar la entrevista:

Profesional (piensa para sí mismo): No hay ningún dato exploratorio que confirme que el paciente padezca un resfriado. Le daré paracetamol y voy a estar atento a ver si al final de la visita me plantea otro motivo de consulta, que en realidad justifique la visita.

¿Qué es, por tanto, un reencuadre de la entrevista? Ocurre cuando nos percatamos de que íbamos por mal camino: el paciente quiere otra cosa de la que decía o interpretábamos que quería, o bien su problema es de otra naturaleza del que inicialmente suponíamos. Por ejemplo, un niño de 12 años que se quejara de unos dolores abdominales agudos, orientados inicialmente como gastroenteritis. Sin embargo, el patrón de la molestia, que dura unos 10 minutos «sobrecogedores», acompañándose de calor en pecho y cara, y su carácter episódico (p. ej., antes de marchar al colegio), nos orientan hacia crisis de pánico expresado de manera atípica. En este momento «reencuadramos» la entrevista.

¿Cuál es la diferencia entre un reencuadre tipo 1 y tipo 2 (figura 1.4)? El de tipo 1 se produce cuando nos replanteamos las hipótesis tempranas. El de tipo 2 nos obliga a replantear el encuadre general de toda la entrevista y conlleva una nueva planificación del tiempo a destinar al caso.

Para ser un poco más claros:

- Reencuadre tipo I: «no, no tiene un simple resfriado, en realidad tiene una sinusitis».
- Reencuadre de tipo II: «este paciente creía que acudía por un resfriado, pero en reali-

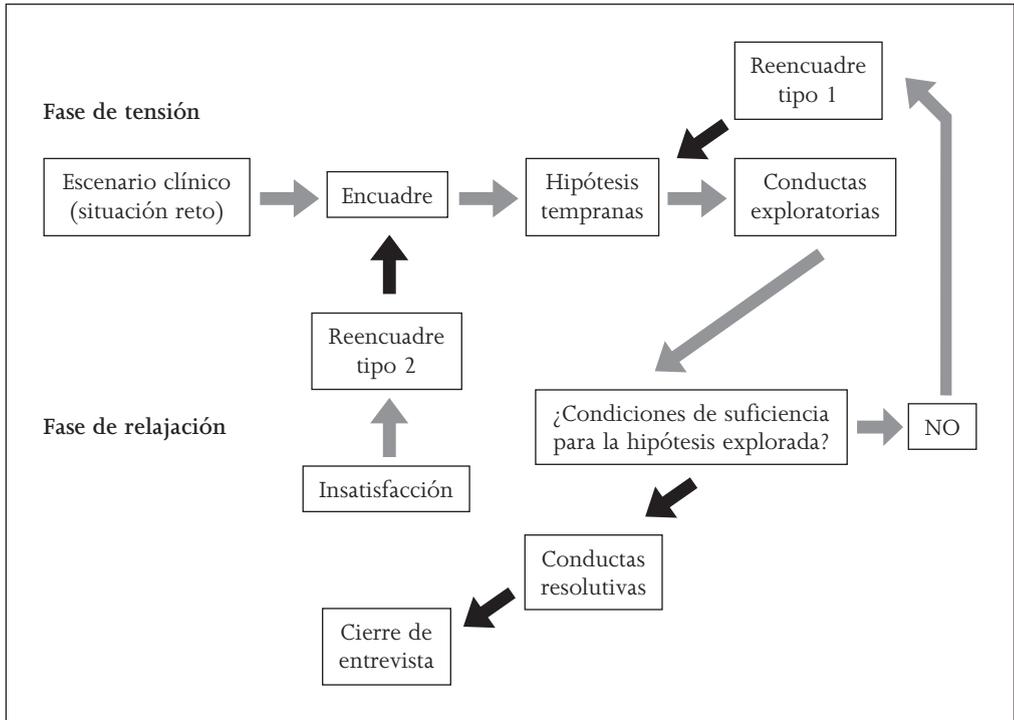


Figura 1.4.
Modelo emotivo-racional de acto clínico.

El profesional busca la intencionalidad de la entrevista (encuadre), y aplica conductas de orientación y verificación. Los datos que va obteniendo pueden ser suficientes para confirmar algunas de las hipótesis tempranas, (condición de suficiencia), momento en que procederá a resolver la entrevista. En caso contrario se ve obligado a reencuadrar las hipótesis tempranas (reencuadre tipo 1). La insatisfacción propia o del paciente, o la percepción de que no le damos lo que necesita o venía a buscar, nos lleva a considerar que es otro el encuadre general de la entrevista (reencuadre tipo 2), que siempre conlleva una nueva planificación de tiempo.

dad viene para hablar de su problema conyugal; si entro en este tema me alargaré no menos de media hora».

- Reencuadre tipo I: «este paciente de 80 años con demencia y agitado no deja dormir a la familia y tal vez sí deba plantearme un aumento de medicación ansiolítica por la noche». Reencuadre tipo II: «¿Y si el problema no estribara en que el paciente no descansa por la noche?, puede que el problema resida en que no hay un cuidador permanente que conozca al paciente; debo interrogar a los familiares».

El principal obstáculo para un reencuadre de tipo I es desmentirnos unas hipótesis diagnósticas que dábamos casi por ciertas. La dificultad para el reencuadre tipo II aún es mayor: lo que tratábamos de resolver no era lo que el paciente quería, o nosotros habíamos interpretado, o era lo correcto para la situación clínica. Nos cuesta mucho realizarlo porque ya habíamos decidido «lo que le ocurre al paciente o lo que nos solicitaba», y nos habíamos hecho una previsión de tiempo («ahora voy a cerrar ya la entrevista»). El reencuadre tipo 2 siempre supone una reasignación de tiempo y exige por tanto rediseñar

el encuentro; descubrimos que en realidad el paciente «quería otra cosa». Por ejemplo, en el caso de un paciente que acude por mareos, y que sólo hacia el final de la entrevista deja entrever un conflicto laboral, el profesional puede tener un diálogo interior que más o menos es el siguiente: «vaya, ahora resulta que este mareo no es por anemia ni por causa otológica, sino por *mobbing*... ¡pero ahora ya no tengo tiempo para abordarlo!».

¿Cordial o empático? La importancia de acoger al paciente

La manera de acoger al paciente, aunque sea la trigesimosegunda vez que le visitamos, tiene siempre gran importancia. Llamamos *calidades de superficie* del entrevistador a la *calidez* (tono emocional de agrado), *respeto* (tiene todo el derecho a ser u opinar como lo hace) y *cordialidad* (por el que damos a entender que la persona es bienvenida, y que me encuentro bien hablando con ella), entre otras. *Calidades profundas* serían la *empatía* (saberse poner en el lugar del otro), la *contención emocional* (saberle escuchar sin vernos obligados a «dar soluciones a todo»), y la *asertividad* (saber en cada momento por donde debemos proseguir el camino), entre otras. El tono de voz (paralenguaje), tiene gran importancia a la hora de transmitir estas calidades. Pero hay *barreras de comunicación* para ello: todo lo que nos hace distintos al paciente actuará como una barrera (nivel cultural, edad, sexo, aspecto...), algunas situaciones clínicas, (máxima urgencia, sordera u otras dificultades expresivas o de comprensión...), y de manera muy frecuente, el mismo hecho de tener que llegar a un diagnóstico. Veamos este último aspecto con mayor detalle.

El modelo emotivo-racional nos indica que en la *fase exploratoria* se acumula buena parte de la tensión emocional. No sabemos lo que hay que hacer, ni lo que le ocurre al paciente. ¡Y justamente en este momento se nos pide que seamos cordiales, cuando estamos concentrados al máximo!

Para paliar en la medida de lo posible esta paradoja, recomendamos el uso de unos *marcadores de cordialidad*, que básicamente son: una sonrisa en la recepción del paciente, darle la mano, mencionarle por su nombre, mirarle con atención... Convertir estos gestos en un hábito, ése es el reto. También *dar control* al paciente. Un paciente ingresado en la UCI describía como «los peores ratos» cuando manipulaban su cuerpo sin saber lo que se pretendía con ello (aunque fuera para lavarle).

No se deje influenciar por las discusiones en la sala de espera, y procure no inmiscuirse en ellas. Observará que a pesar de que un paciente se enfade por la espera, una vez entra en el despacho se apacigua, (ahora ya ha logrado la visita y su interés estriba, como el suyo, en que usted rinda al máximo solventando su problema). Por esta razón, no justifique el sistema de citas ni entre a discutir el orden de los pacientes. Esta tarea corresponde a los administrativos del centro.

Pero volviendo al tema de fondo: ¿es más importante ser empático que cordial? Traducido al castellano paladino: ¿es preferible un entrevistador que sintoniza con las *emociones profundas* de sus pacientes, cuando éstas afloran, que un entrevistador que se deshace en abrazos y saludos, pero rehúye las manifestaciones de tristeza, sufrimiento o dolor? En general podríamos decir que sí, porque la falta de empatía conduce al paciente a sentirse ninguneado. Sin embargo, cabe subrayar que si no hay una mínima cordialidad (y paciencia) tampoco se van a crear *oportunidades para la empatía*. Para que el paciente revele sus emociones más profundas debemos darle dosis previas de cordialidad, algo así como: «está usted en su casa», «lo que usted me diga va a ser bien recibido y tratado con el máximo respeto».

No olvide para acabar, que si usted se ve forzado a reencuadrar la entrevista, el esfuerzo emocional de hacerlo le hará menos cordial y empático. ¡Otro reto que superar!

El agobio

¿Se reconoce usted agobiado? Si su respuesta es positiva le interesa leer este apartado.

Empecemos con una afirmación chocante: *a veces el agobio es la coartada perfecta para justificar nuestra falta de ambición profesional*. Toda vez que estamos agobiados... ¡no podemos hacer las cosas mejor! Ya damos «todo lo que podemos y más»...

Cabe preguntarse de manera franca y honesta: ¿de dónde proviene este agobio? ¿Hasta qué punto yo mismo me he hecho este agobio? He aquí algunas «*fórmulas contra el agobio*»:

- Agobio originado por una mala planificación de actividades

En este caso hay una presión ambiental excesiva: pacientes citados cada cinco minutos, interrupciones, urgencias que se añaden a los pacientes que esperan su turno... La solución estriba en programar intervalos realistas entre visitas y una carga de trabajo adecuada, como hemos apuntado anteriormente.

- Agobio originado por falta de control emocional

Los impactos emocionales negativos crean en el profesional una sensación de aturdimiento que le llevan a practicar un *estilo de pensamiento superficial*. Entra en su despacho atemorizado, y va sacándose el trabajo con prisas y sin profundizar en los diferentes cuadros clínicos. «Estoy agobiado, estoy agobiado», se repite. Y claro, está cada vez más agobiado. El caso es que *no se permite reflexionar sobre la realidad*. Aquí reside la clave del tema: *contra el agobio, reflexión concreta de la situación clínica concreta*. Concentrarse en cada instante (y disfrutar con lo que hacemos).

- Agobio originado por lentitud en la toma de decisiones

Para algunos entrevistadores cada decisión es un acto reflexivo largo y complejo. En tales casos, si el profesional no tiene automatizadas una serie de rutinas básicas que le alivian de pensar todos y cada uno de los pasos que realiza, el cansancio va a ser enorme, y al final no podrá evitar distracciones. Su objetivo prioritario debe ser, por tanto, *automatizar decisiones frente a contextos clínicos bien definidos*. Por ejemplo: «todo paciente con tos no explicada superior a un mes debo realizar radiografía de tórax». A eso le llamamos construir nuestra propia «biblioteca de situaciones».

Ahora bien, insistimos en la idea inicial: el agobio puede (o suele) ser un *hábito emocional*. Cuando eso ocurre resulta imposible *disfrutar del trabajo*, sonreír de manera distendida y hacer broma con el paciente. Sólo hay un «debo hacer eso», «debo acabar antes de tal hora», «me piden un mayor rendimiento», etc. Cuando eso ocurre no hay capacidad para respuestas genuinas, sólo para las planificadas y que se adaptan a nuestro rol. En realidad no estamos plenamente en la situación, está sólo la parte de nosotros que «debe resolver», y nos dejamos en el camino nuestro sentido del humor, la curiosidad, la capacidad de sorprendernos e incluso aprender del paciente... Un buen ejercicio diario antes y durante la consulta es preguntarnos: ¿qué puedo hacer para disfrutar de este rato?, ¿qué me agobia?, ¿qué me irrita?

Prevenir demandas aditivas

Precisamente un aspecto que conduce al agobio por irritación son las llamadas «demandas aditivas» al final de la entrevista, el típico «pues ya que estoy aquí, ¿por qué no me mira también la espalda?». Estas demandas dislocan las mejores previsiones de tiempo y obligan a reencuadres de tipo 2, precisamente los que decíamos que exigen mayor esfuerzo emocional. He aquí más o menos lo que piensa el entrevistador:

—¡Vaya!, ya la hemos armado. Si le digo que no hay tiempo puedo hacer peligrar el buen clima que he logrado con este paciente, pero si reabro la entrevista hago esperar al resto de pacientes.

Por esta razón recomendamos una buena delimitación del motivo de consulta, y cuando sospechamos que se trata de un paciente «multidemanda», insistir en el típico... «¿algo más?». Aún así vamos a encontrarnos con pacientes que a la postre van a insistirnos en el... «pues ya que estoy aquí». En tales casos:

a) No recrimine. No vale la pena, no logrará cambiar esta realidad asistencial. Y en cambio hace peligrar la relación.

b) Decida con rapidez si atiende o pospone la demanda. Si decide reabrir la entrevista hágalo sin pereza: ahorrará algo de tiempo. Y si decide posponer use la fórmula: «Esto que me explica requiere una visita completa. Usted no merece menos. Pero ahora no se la puedo ofrecer. ¿Qué le parece si me pide visita para dentro de una semana y vemos este asunto con detalle?».

Resulta importante distinguir cuando un paciente añade un motivo de consulta al final de la entrevista por vergüenza, o porque «va de compras» y añade cosas para «amortizar» su inversión en tiempo.

Conocer las emociones negativas

El agobio es un tipo de emoción negativa, pero hay más, por supuesto.

En primer lugar, cuando iniciamos el día de consulta estamos sumergidos en un estado emocional. Si en este momento clave del día pensamos:

—«Estoy cansado y agobiado. Tengo que acabar la consulta como pueda y marcharme para casa».

En tal caso habremos sucumbido a un estado emocional negativo y claramente peligroso. El hecho de trabajar mal a sabiendas de que estamos rindiendo por debajo de nuestras posibilidades, disminuye nuestra autoestima y marca un círculo vicioso como el ilustrado en la figura 1.5.

Las emociones negativas que recibimos de los pacientes también pueden llevarnos al desánimo y a una baja autoestima. Hay un **efecto de generalización emocional** por el cual atribuimos las malas vibraciones que nos transmite un paciente concreto al conjunto de pacientes. Puede que las primeras visitas hayan funcionado bien, pero que la tercera y la cuarta sean desagradables (uno que protesta sin razón, otro que nos culpabiliza...). Pensamos: «¿pero hoy qué les he hecho para que me traten así?». Es un pensamiento irracional, pero existe. Y puede que nos respondamos, en el colmo del pensamiento mágico e irracional: «pues a partir de ahora no voy a estar tan simpático con «ellos», van a ver quién soy yo». Por consiguiente, podemos distinguir dos tipos de entrevistadores:

- Aquellos que se dejan llevar por las emociones de los pacientes y practican el «ojo por ojo»: responden a la hostilidad con hostilidad, a las muestras de desafecto con desafecto, etc. Le llamamos **estilo emocional reactivo**, pues reacciona de manera similar al estímulo que recibe.
- Aquellos que marcan el tono emocional de la consulta, sin dejarse arrastrar por las emociones negativas que reciben. Le llamamos **estilo proactivo**.

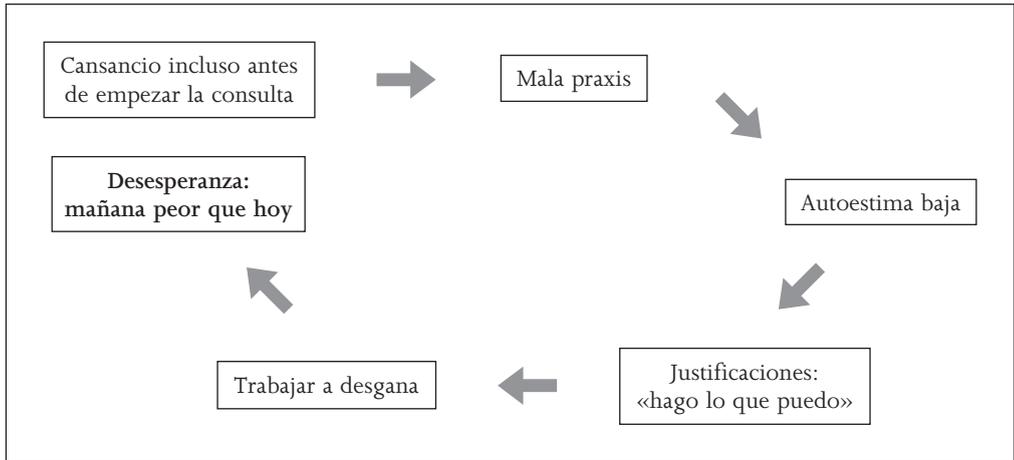


Figura 1.5.
El círculo de la desesperanza aprendida.

Ejemplo: Cierta tono de buen humor, buscando la complicidad del paciente: «¿lo ve como está mejor, hasta es capaz de reír un poco». O con un paciente hostil: «vamos a ver como podemos ayudarle», mientras sonreímos con cordialidad.

El entrevistador proactivo no sólo crece en prestigio delante de su población, sino que sabe preservar su autoestima, aspecto más importante que saber una determinada técnica de comunicación.

La importancia de una buena relación asistencial

Desde mediados de los años ochenta, se ha insistido en la necesidad de que el profesional de la salud adopte una posición centrada en la vivencia de enfermedad y en los intereses del paciente. A esta orientación se le llama «modelo centrado en el paciente» (ver Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4.

Modelo centrado en el paciente o consultante. Definición

Es una relación en la que el entrevistador o profesional de la salud promueve una relación de cooperación en la cual ambos protagonistas encuentran un terreno común para abordar la naturaleza de las preocupaciones del paciente, decisiones que tomar, ideas del paciente sobre lo que le ocurre y debiera hacerse, y decisiones relativas a lo que hacer, tomándose en cuenta las expectativas y experiencia personal y cultural de enfermedad, en tanto que miembro de una comunidad.

Fuente: Lewin SS, 2001. Tizón J., 1989.

Algunos datos empíricos apoyan este enfoque. Tal parece que los entrevistadores que trabajan más los intereses y expectativas de los pacientes logran de ellos mejor satisfacción (Steward M, 1999). También otros trabajos insisten en los beneficios de clarificar las demandas del paciente (Holman H, 2000). En general cuando entrevistador y paciente alcanzan un acuerdo sobre el significado de los síntomas y tratamiento, tienen también más satisfacción y mejoran los resultados de tipo funcional (movilidad, actividad...), y biomédico (Bass

MJ, 1986; Henbest RJ, 1999; Starfield B, 1981). Los entrevistadores con un estilo más participativo en las decisiones tienen pacientes más satisfechos, y sus pacientes cambian menos de profesional que el resto (Kaplan SH, 1995). En apoyo del estilo proactivo que veíamos anteriormente, hay que señalar que un médico «optimista» puede obtener hasta un 25 % más de satisfacción que uno de pesimista para la misma condición médica y dando el mismo tratamiento (Moerman DE, 2002). En un estudio con fisioterapeutas la comunicación no verbal (las sonrisas, y de manera más general expresar facialmente las emociones), se vio relacionada con mejores resultados en salud a los tres meses de observación (Ambady N, 2002). Esta función terapéutica de la relación ya era conocida por Balint (Balint M, 1961). En suma, un estilo participativo por parte del profesional se relaciona con un mejor control de patologías crónicas (Greenfield S, 1988; 1985), pero no hay acuerdo en si este control deriva a mejores resultados en indicadores de resultados de salud (Mead N, 2002).

Los investigadores más escépticos dudan sobre la conveniencia y el grado en que es posible desarrollar en la consulta un estilo «centrado en el paciente», (véase la tabla 1.2), y de aflorar todas las preocupaciones y dudas del paciente. Así, por ejemplo:

- Torío (Torío J, 1997; a, b, c) encuentra que este estilo no es el que prefieren los pacientes andaluces.
- Bartz (Bartz R, 1999) alerta acerca de médicos que creen estar «orientados al paciente» y en realidad no lo están en absoluto.
- Marvel (Marvel MK, 1999) encuentra que los médicos redireccionan el sentido de la discusión antes de que el paciente haya podido expresar todas sus preocupaciones.
- Braddock (Braddock CH, 1997) encuentra que sólo en el 9 % de las visitas hay un proceso informado de toma de decisiones. Un análisis hermenéutico durante el proceso de toma de decisiones muestra el uso sutil pero contundente que hace el profesional de lenguaje, ya sea introduciendo nueva terminología o dominando el tema a debate (Gwyn R, 1999). No hay diálogos en igualdad de poder.

¿Cómo nos ven los pacientes?

Jovells A. (2002, 2003) realizó un estudio cualitativo (seis grupos de unas 8 o 9 personas por grupo de diferentes localizaciones de España) que arroja la siguiente fotografía:

- Los pacientes se quejan, básicamente, de un tiempo de espera largo.
- Tienen una buena percepción del médico de familia cuando hay continuidad asistencial. En cambio, se percibe poco interés cuando se trata de un médico que atiende puntualmente.

Tabla 1.2.

Relación centrada en el paciente: características operativas

- Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes.
- Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas.
- Favorece que los pacientes expliquen sus creencias/expectativas sobre sus enfermedades.
- Facilita la expresión emocional de los pacientes.
- Proporciona información a los pacientes.
- Incrimina a los pacientes en la confección de un plan de abordaje y tratamiento.

(De Putnam SM, 1995.)

- Tienen una percepción de alta competencia profesional.
- Las mujeres son más activas en la búsqueda de información.
- Hay demanda de información, pero muy ajustada a la enfermedad específica que se padece. En algunos casos hay ambivalencia frente a «saber o no saber» la verdad.
- Los médicos se consideraron la fuente más fiable de información, seguidos de los farmacéuticos. A los profesionales de enfermería se les veía como buenos profesionales, que ofrecían apoyo y cuidados.

Entre otros testimonios queremos destacar:

- «Lo primero que uno espera del médico es que te mire, te escuche y que, una vez que le explicas los síntomas, te dé respuestas satisfactorias, te prescriba un tratamiento y te recomiende chequeos periódicos.»
- «Cuando te dan información, ésta debe ser comprensible, porque a veces empiezan a hablar, y hablar y hablar... y uno piensa: ¡éste debe creerse que estaba sentado en el pupitre de al lado cuando estudiaba medicina!»

En relación con enfermería disponemos de un estudio de De Haro-Fernández (2002) que, en síntesis, afirma que, en un entorno hospitalario, sólo el 43 % de pacientes eran capaces de distinguir al profesional de enfermería del resto de profesionales. Su tarea, sin embargo, era bien valorada en los aspectos de trato y comunicación, pero se percibía que tenían prisa (37,5 %) y que se producían comentarios inapropiados de forma continuada (13 %), con un déficit en la información previa al alta hospitalaria (sólo el 48 % de los encuestados la entendían clara, útil y suficiente).

Por consiguiente, he aquí algunos retos para el siglo XXI:

1. Hay que crear un entorno «amigable» donde se desarrolle la relación asistencial, con suficiente tiempo y medios. Disponer de unos 10 minutos de media por paciente parece un mínimo razonable, incluso parco.
2. El reto no es el siempre tan criticado «paternalismo» del profesional, sino una relación fría y técnica, carente de empatía y presidida por la prisa.
3. La organización y forma de pago debe incentivar el trato personalizado, y premiar a los profesionales que atienden a pacientes difíciles, emigrantes o pacientes con necesidades especiales.
4. Se ha estudiado poco el impacto de la vida de los equipos en el perfil individual de cada médico o enfermera, pero a nuestro entender es muy relevante. Cada equipo crea un Ethos, unos valores a partir de los cuales ve y mira al paciente, y si estos valores están desajustados, dan a la relación asistencial un componente defensivo, irritable o autoritario poco acorde con lo que espera la ciudadanía de nosotros (lo que algunos autores han llamado *contratransferencia grupal* [Bofill P, 1999, Tizón J, 1992]).

Sumario

Antes de empezar la jornada de trabajo

- Alcanzar un buen nivel de concentración
- Visualizar a los pacientes de manera positiva
- Gimnasia emocional: sonreír y saludar con cordialidad
- Control del paralenguaje

Dominar el entorno físico y emocional de la entrevista

- No hay malos días si mi disposición es buena
- Agendas inteligentes

Establecer una relación terapéutica

- Saludo cordial:
 - Dar la mano.
 - Trato de *usted* a personas de mayor edad.
 - Mencionar el nombre del paciente, mirar a los ojos y sonreír alguna vez.
- Presentarnos y presentar a nuestros colaboradores/estudiantes:
 - «Soy y le presento a mi colaborador/a..... al Sr/a estudiante de.....»
- Crear un clima empático:
 - Atención preferente (contacto visual-facial), en el primer minuto.
 - «Observo que trabaja/vive/nació Vd...»
 - Acomodar al acompañante: vaciado de la interferencia, técnica del puente, pacto de intervención, crear un nuevo entorno.
- Averiguar las fuentes de datos ya elaborados de que pudiéramos disponer, así como el motivo de consulta presente:
 - «¿Tiene usted algún tipo de informe de algún ingreso en hospital, o de su anterior centro de salud/médico de cabecera?»
- Apertura de historial clínico, si procediera:
 - «Si le parece bien vamos a abrirle historial: «¿ha padecido usted alguna enfermedad...?, etc.»
- Estudio de la demanda y prevención de otras demandas.

Algunas situaciones y cómo afrontarlas

- Un paciente que se presenta con agresividad latente:
 - «Lamento que no le hayan sentado bien las pastillas... »
 - «Vamos a lo importante que es cómo podemos ayudarle»
- Un paciente con expectativas de omnipotencia:
 - «Me temo que sólo soy un profesional, no sacerdote»
 - «Intentaré hacer lo mejor posible mi trabajo, pero no espere milagros»
 - «Hace muchos años que tiene Vd. estas molestias, por consiguiente la mejoría también tardará en manifestarse»

«Me sorprendería que este tratamiento le fuera bien a la primera...»

- Un paciente que se expresa de manera retórica o inconcreta:
 - «¿Puede indicarme qué entiende usted por...?»
 - «De todos estos motivos de consulta, ¿cuál es el que hoy le ha determinado a venir a verme?»
 - «¿Podría decirme cómo se encuentra sin utilizar la palabra “mareo”?»
- El paciente niño/a:
 - Aproxímese con naturalidad (no le trate «como niño»).
 - Saque a colación actividades de su interés.
 - Comuníquese directamente con el niño, pero tenga en cuenta la información de los padres.

El modelo emotivo-racional

- Fase de tensión: situación estimular, encuadre (intencionalidad) de la entrevista, conductas de exploración, condiciones de suficiencia para resolver la entrevista.
- Fase de relajación: conductas resolutivas, cierre de la entrevista.
- Reencuadre tipo I: «los datos que encuentro no se ajustan a mis primeras hipótesis».
- Reencuadre tipo II: «la resolución de la entrevista que propongo al paciente no me satisface, no satisface al paciente o no resuelve el malestar del paciente».

Bibliografía

- Abadi N, Koo J, Rosenthal R, Winograd CH. Physical therapists' nonverbal communication predicts geriatric patients' health outcomes. *Psychology and Aging* 2002; 17(3): 443-452.
- Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Ed. Libros Básicos, 1961.
- Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to Doctor-patient interactions. *J Fam Prac* 1999; 48(8): 601-607.
- Bass MJ, Buck C, Turner L. The physician's actions and the outcome of illness. *J Fam Prac* 1986; 23: 43-47.
- Bofill P, Folch-Mateu P. Problemes cliniques et techniques du contre-transfert. *Rev Fran Psychanal* 1999; 27: 31-130.
- Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Aten Primaria* 2001; 27(5): 343-345.
- Braddock CH, Fihn SD, Levinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med* 1997; 12(6): 339-345.
- Casajuana J. La gestión de la consulta. En: *Curso a distancia Gestión del día a día en el EAP. Módulo 1: págs. 61-76*. Barcelona: semFYC, 2002.
- Casajuana J, Bellón JA. La gestión de la consulta en atención primaria. En: *Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria (5.ª edición)* Madrid: Ed. Hartcourt S.A., 2003 (en prensa).
- Cohen-Cole SA. *The Medical Interview: the three-function approach*. Sant Louis: Mosby, 1991.
- De Haro-Fernández F, Blanca Martínez-López M. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. *Rev Calidad Asistencial*; 2002, 17(8): 613-618.
- Gwyn R, Elwin G. When is a shared decision not (quite) a shared decision? Negotiating preferences in a general practice encounter. *Soc Sci Med* 1999; 49: 437-447.
- Henbest RJ, Stewart MA. Patient centeredness in the consultation. 2. Does it really make a difference? *Family Practice* 1990; 7: 28-33.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000; 320(7234): 526-527.
- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Jr., Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 448-457.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102(4): 520-528.
- Jovell A. *El Proyecto del paciente del futuro. Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España*. Julio 2001. Presentado en: *Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente*. Lanzarote, 5 octubre 2002.
- Jovell A. El paciente «impaciente». ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico*, 25/4/2003: 66-72.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease [fe de erratas en *Med Care* 1989 Jul; 27(7): 679]. *Medical Care* 1989; 27: S110-S127.

Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995; 33(12): 1.176-1.187.

Lewin SS, Skea ZC, Entwistle V, Dick J, Zwarenstein M. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Library* [4]. Oxford, Update Software, 2001.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *Jama* 1999; 281(3): 283-287.

Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002 Sep; 48(1): 51-61.

Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med* 2002; 136(6): 471-476.

Neighbour R. *The Inner Consultation*. Lancaster: MTP Press, 1989.

Putnam SS, Lipkin M. *The Patient-Centered Interview: research support*. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The Medical Interview*. New York: Springer-Verlag, 1995.

Ruiz Téllez A. *La demanda y la agenda de calidad*. Barcelona: Ed. Instituto @pCOM, 2001.

Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127-131.

Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999; 3(1): 25-30.

Tizón J. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Doyma, 1989.

Tizón J. *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1992.

Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 44-60 a.

Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 63-74 b.

Torío J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 1997; 20(1): 45-55 c.

Capítulo 2

Escuchar al paciente

Ideas clave

- Escuchar es prever lo que te van a decir, y sorprenderse cuando no coincide.
 - Sólo el curioso escucha bien, los demás acaban por aburrirse... ¡y desconectan!
 - Quien pregunta obtiene respuestas, pero sólo respuestas (Balint M, 1961).
 - Quien deja hablar obtiene historias.
 - En los primeros minutos de entrevista, sobre todo si dejamos hablar al paciente, salen diamantes en bruto que tal vez no vuelvan a aflorar.
 - No hay posibilidad para la empatía sin antes desarrollar la paciencia.
 - La empatía, a diferencia de la simpatía amical, mantiene una distancia emocional con el sufrimiento del paciente para permitirnos mejores y más justas decisiones.
 - Quien no conoce sus zonas de irritabilidad está a merced de sus emociones negativas.
 - La hostilidad encubierta y el rencor en la relación asistencial nos pone a riesgo de errores clínicos.
 - Conocer a una persona es descubrir el estereotipo que le estábamos aplicando ¡para desmentirlo!
 - Trabajar nuestro punto de perplejidad consiste en reconocer que «no sabemos» lo que le ocurre al paciente, y vencer la tentación de negarlo o encubrirlo con soluciones «rutinarias».
-

Habilidades básicas para la escucha

Nuestra vida son los años que hemos vivido, los sucesos que nos han hecho como somos, la terrible casualidad de estar hoy vivos frente a otro ser humano, igualmente fruto del azar. Tenemos la tarea de comprenderle y hacernos comprender, porque comunicar es compartir, pero comunicar también es arriesgar. *Sólo comparte quien se pone a riesgo.*

¿En qué consiste saber algo del otro? Empezar a saber algo del otro es, en primer lugar, poner en duda lo que ya sé o lo que *creo saber* gracias a terceras personas, y procesar por mí mismo la información. Estar abierto a la sorpresa. La otra persona es un borrador que necesito confirmar en cada visita, en absoluto un cuadro estático. Saber algo del paciente exige también *reaprender* nuestra profesión, porque a diferencia de una cuenta en el banco, nuestros conocimientos, si los tenemos, *no producen réditos*. En pocos años, por no decir meses, el *perezoso convierte la pericia en prejuicio*. El perezoso contempla al paciente desde su conveniencia, ya sea banalizando sus quejas, ya sea dogmatizando sobre lo que debe hacer o dejar de hacer, en un intento de sacar del mundo esta complejidad tan incómoda y *ahorrarse el esfuerzo de repensarlo*. Porque la pericia no tiene patrimonio, la pericia siempre se construye en el presente, desde la creatividad, en esos últimos meses de nuestra vida, y gracias a una permanente voluntad de hacerla, de estar en lo mejor de nosotros mismos. Pericia es esta *terca convicción* de que sólo quien reflexiona, o al menos lo intenta, cada una de las situaciones clínicas que vive, es un buen (y responsable) profesional. Y cuando inevitablemente nos equivocamos, ¡somos humanos!, el dolor moral que vamos a experimentar lo atenúa esta profunda convicción de que *hemos pensado* las decisiones tomadas.

En el lado contrario tenemos al profesional que claudica. La primera fase es poco perceptible, y sin duda *la más peligrosa*. Lo que jamás ocurre es que uno se diga de la noche a la mañana: «hoy dejo de ser un buen profesional». Por supuesto que no. El primer paso es imperceptible, es el paso hacia la mediocridad. Mediocridad no consiste en hacer las cosas mal, sino en *no quererlas hacer mejor*. El profesional que se desliza hacia la mediocridad se dice... «*sólo hoy*» me permitiré visitar un poco mal a los pacientes, «*sólo hoy*» no me esforzaré por escuchar, «*sólo hoy*» trataré de esquivar el sufrimiento de los pacientes llenándoles de buenas palabras, «*sólo hoy*»... Pero el «*sólo hoy*» deviene rutina. Cuando la pereza nos vence no se conforma con el hoy, siempre quiere el *mañana*. Y los pacientes empiezan a pensar (e incluso a decir, bienvenido sea el descaro), «*usted ya no es el de antes*». Cuando el profesional lo acepta, acepta nada menos que perder su autoestima, y a partir de aquí se desliza inexorablemente hacia la desesperanza. Si le queda un atisbo de salud (mental), se orientará a buscar otras fuentes de compensación intelectual fuera del trabajo, o parcelará su actividad en «rutina» e «investigación», en busca de ese terreno donde poder decirse: «he aquí de lo que soy capaz, todo lo demás, por favor, *que no se me tenga en cuenta*». Pero «todo lo demás» suele ser lo que más importa a los pacientes. Todo lo demás, en realidad, *... es lo que cuenta*.

Por esto el profesional que lleva muchos años en clínica queda hermanado con el que acaba de empezar: ambos deben mirar al paciente y la relación asistencial con los ojos ingenuos del aprendiz. Como nos dice León Felipe:

«Que no hagan callo las cosas en el alma y en el cuerpo
para que nunca recemos
como el sacristán los rezos
ni como el cómico viejo
digamos los versos.
No sabiendo el oficio los haremos con respeto...»

A estos maravillosos versos, Xavier Rubert de Ventós apostilla: *hay que vencer la inercia de los hábitos* (Rubert de Ventós X, 1996). Hay que recuperar el disfrutar trabajando, dar calidad de aventura a lo cotidiano.

El presente capítulo nos ayudará en este cometido. Veremos, en primer lugar, como nos hacemos un primer estereotipo del *otro*, también un primer encuadre de la situación clínica, y lo importante que resulta estar atentos a *dementirnos* en este primer estereotipo y encuadre. Veremos también algunas técnicas para integrar los datos del paciente, *mapear* (disculpen el verbo), sus demandas y quejas, darle un *punto de fuga* a la narrativa del paciente en los minutos iniciales, y *descubrir su manera de ser* en un gesto o un comentario sin importancia. Aprenderemos también a reconocer cuándo estamos en *flujo emocional* con el paciente, cuáles son las actitudes que nos apartan de este propósito, y las técnicas para facilitar su narrativa, todo ello en un marco de tiempo limitado.

Establecer una relación: la imagen del otro

Decíamos en el capítulo 1 que en la entrevista clínica se dan tres funciones capitales (Cohen-Cole SA, 1991): establecemos una relación, averiguamos el perfil de salud y enfermedad y emitimos una serie de informaciones y consejos. Veamos cómo nos formamos una imagen de la otra persona mientras la escuchamos.

La imagen que nos ofrece el paciente

Somos muy veloces etiquetando a las personas. Lo hacemos estereotipando, es decir, a partir de uno (o pocos) rasgos sobresalientes creemos adivinar si es persona cabal, o qué tareas podemos compartir. Necesitamos hacerlo para prever peligros, conductas, oportunidades... Desde pequeños hemos destinado una parte de nuestra inteligencia *exclusivamente* a tal fin. Es algo que no nos han enseñado en la escuela ni en la universidad, pero gracias a ello nuestro entorno nos parece más seguro. Nos apartamos de las personas cuyas reacciones son imprevisibles. Es decir, a la vez que nos esforzamos para hacernos previsibles a los demás, tratamos de avanzarnos a sus reacciones.

Sólo podemos afirmar que «conocemos a una persona» cuando de manera más o menos fiable podemos hacer una *previsión de su conducta*. No hay conocimiento real sin capacidad *predictiva*, eso es lo que distingue la mera especulación del conocimiento bien establecido. Un método para ser mejores conocedores del prójimo es contrastar las primeras impresiones o juicios rápidos que se forman en nuestra cabeza con lo que más tarde nos puede confirmar la realidad. Por ejemplo: «creo que este paciente será desorganizado y tendrá dificultades para tomar la medicación». Algunas predicciones se verán confirmadas, pero otras se verán desmentidas. Van a ser estas últimas las que nos brindarán una oportunidad para aprender. *La pericia se construye sobre el reconocimiento de nuestros errores*. He aquí algunos avisos para navegar:

- Una persona que se mueve con decisión no tiene por qué ser inteligente, ni dotada de voluntad.
- Una persona muy cordial no siempre es un buen amigo. La cordialidad es una buena tarjeta de visita que la han aprendido a usar buenas y malas personas.
- Una persona que nos cae mal puede ser una excelente persona, con grandes virtudes que desconocemos. Y viceversa.

¿Cómo ir más allá de los tópicos, en esta tarea de conocer a los demás? Los adolescentes son muy polares en la percepción de las personas: «me cae bien/me cae mal»; son expresiones que no aceptan posiciones intermedias. Con la edad aprendemos a ser más ecuanímenes y llega un momento en que entendemos a casi todo el mundo, aunque haya personas

que nos susciten más simpatía que otras. Esta evolución natural es positiva, porque pone en suspenso estereotipos negativos, y damos una oportunidad al paciente para que nos sorprenda *desmintiéndolo*. Justamente una manera de **contrarrestar estereotipos** negativos que se nos forman en la cabeza es preguntarnos: «¿y si esta persona que me cae mal resulta que comparte conmigo tal o cual afición (afición por mí muy querida)?»

Vale la pena conocer las siguientes correcciones en errores de atribución (Borrell F, 2001 [figura 2.1]).

En resumen, ¿conocer por estereotipos?, sí claro, es imposible zafarnos de ellos. Tenemos unos cajones donde colocamos a las personas. El reto consiste, por un lado, en *contrarrestar los estereotipos negativos*, los juicios extremos de blanco/negro, y expandir la gama de grises, y por otro lado, conocer estos cajones que usamos.

Parte exploratoria: entrevista semiestructurada

Desde hace años venimos defendiendo que los profesionales de la salud deben tener un hábito de trabajo basado en unas tareas bien aprendidas. A esta agrupación de tareas la llamamos **entrevista semiestructurada**, que resumimos a continuación para la parte exploratoria.

1. Repasar la lista de problemas o el resumen abierto del paciente.
2. Saludo cordial.
3. Delimitar el motivo de consulta. Mapa de demandas y mapa de quejas. Patobiografía.

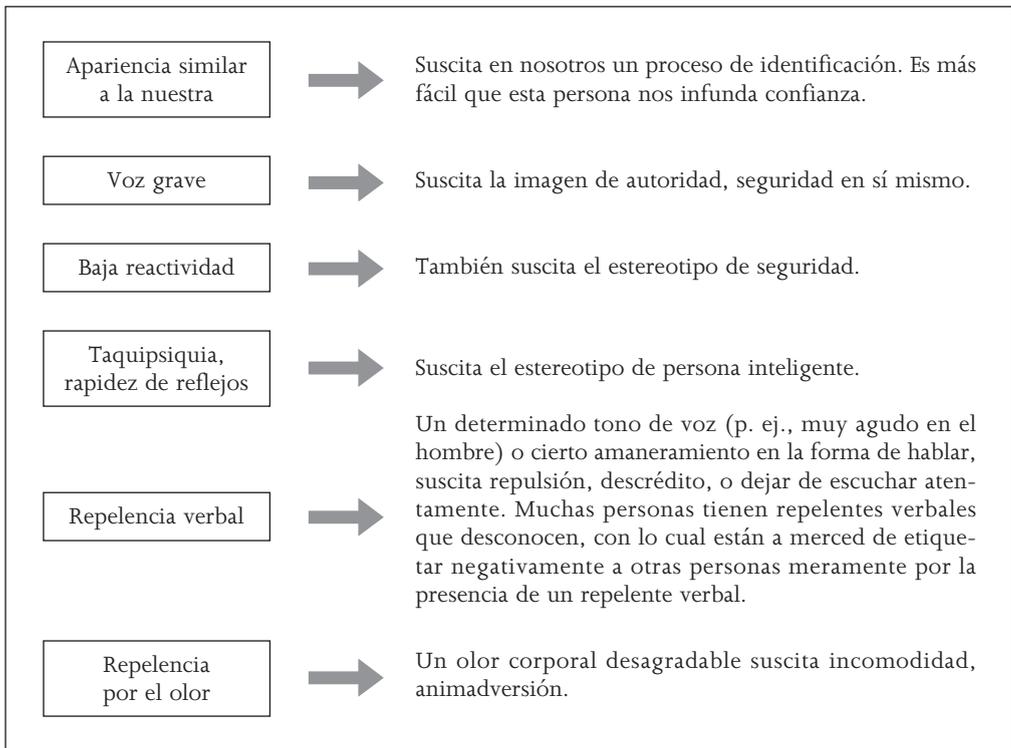


Figura 2.1.
Correcciones en errores de atribución

4. Escucha activa («punto de fuga» de la entrevista).
5. Averiguar y completar datos.
6. Sumario de la información obtenida.
7. Exploración física, si procede.

En el presente capítulo abordaremos los cuatro primeros puntos.

1. Antes de que el paciente entre en la consulta: repasar la lista de problemas o el resumen abierto del paciente

Uno de los grandes retos de la entrevista clínica es integrar los datos que ya tenemos del paciente. Lo ideal sería proceder a la lectura completa de la historia clínica antes de que el paciente entre en la consulta, pero esto casi nunca es posible. En su defecto la lista de problemas, el listado de medicamentos, hoja de monitorización y el último curso clínico suelen ser las partes de la historia clínica que más nos orientan. Nosotros recomendamos la técnica de **resumen abierto** o **epicrisis abierta** (términos equivalentes): consiste en un resumen que se actualiza en cada visita (sobre todo cuando hay novedades), y que debe poderse leer en apenas un par de minutos. Es el lugar donde nos explicamos el paciente: «desde que enviudó está triste, y han empeorado sus molestias algicas y el cumplimiento terapéutico, con mal control de la hipertensión arterial (HTA)», es una información distinta a que leyéramos en lista de problemas «hipertensión, depresión». No excluye la lista de problemas pero la complementa con ventaja. Es importante que este resumen incluya frases del tipo: «el principal problema de este paciente es...», «periódicamente debe controlarse...», «en caso de presentar tal complicación sugerimos...».

Un aforismo que acuñamos en los años ochenta dice: «una historia incompleta permanece incompleta hasta que llega un buen samaritano» (Borrell F, 1988). No pierda ocasión para completar los datos de base que aparecen en la tabla 2.1. Para una toma de datos de base completa, y una revisión por aparatos y sistemas, véase el apéndice 1.

Una situación particularmente enojosa es cuando entra un paciente y se nos queda mirando fijamente. El médico le pregunta: «¿qué desea usted?», a lo que el paciente responde con cierto disgusto: «¡Usted sabrá!». El médico insiste: «¿qué desea consultarme?». A lo que el paciente responde, casi enojado: «¡Es usted que me dijo que viniera hoy para ver los resultados de los análisis!». El caso pone en evidencia la escasa integración de datos previa a la consulta.

2. Saludo cordial

¿Hemos de dar la mano cuando entra el paciente? Dar la mano obliga a mirar a la cara y sonreír al otro. Sólo con eso se mitigan determinadas conductas agresivas del paciente.

Tabla 2.1.

Datos de base de la historia clínica

Composición familiar y relaciones. Trabajo y aficiones

Enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, medicamentos habituales

Hábitos: tóxicos (alcohol, tabaco, drogas), fisiológicos (orina, heces). Ejercicio físico.

Dieta cuantitativa y cualitativa

Alergias medicamentosas y de otro tipo

Antecedentes gineobstétricos

Por otro lado, es importante mencionarle por el nombre y sonreír. Son dos marcadores básicos de cordialidad, de los que estudiábamos en el capítulo 1. Evite también tutear, salvo a personas jóvenes que estén por debajo de su edad y controle su paralenguaje en los primeros minutos de entrevista: «¿parezco cansado? ¿distante?...». Si usted controla su paralenguaje controla en parte sus emociones más íntimas.

La importancia del primer minuto

El valor simbólico del primer minuto de entrevista está fuera de toda duda: supone reconocer al paciente como centro del acto clínico, no a los papeles ni a la pantalla del ordenador. Evite interferencias de cualquier tipo. Por ejemplo, antes de atender al teléfono o consultar el historial clínico, podemos decir: «permítame un segundo». Tan sencillo como eso. ¿Y para escribir? Recomendamos apuntar los datos en el historial mientras el paciente se desnuda para la exploración física, tras ésta, o cuando el paciente se marcha. Escribir mucho no equivale a más calidad, porque hay el riesgo de saturarnos de información y no poder procesar lo «verdaderamente importante».

Examinemos un poco más de cerca este proceso fascinante de observación, escucha y exploración verbal y física. ¿Cómo actúa un entrevistador experto? A la vez que se esfuerza por crear un clima cordial, observa atentamente cómo se presenta el paciente a sí mismo. Todos los detalles nos hablan del paciente (tabla 2.2).

Tabla 2.2.
Todo nos habla del paciente

| | |
|--|---|
| <i>La manera de entrar en la consulta:</i> | |
| Dificultad del paciente para abrir el picaporte de la consulta | Sospechar apraxia, que a su vez orienta a déficit cognitivo |
| Mirada directa, sonrisa | Cooperador |
| Mirada al suelo, rodea la silla | Conducta evitatoria, interés en retrasar el inicio |
| Mirada desafiante, ceño fruncido | Enojo, preocupación extrema |
| Laxitud musculatura periorbicular | Tristeza |
| <i>El paciente se sienta:</i> | |
| Borde de la silla | Incomodidad, inseguridad, ansiedad |
| Apoltronado | Indiferencia |
| Brazos sobre la mesa (invadiendo espacio burbuja) | Seguridad en sí mismo, llamar la atención del clínico |
| Brazos/piernas cruzados | Defensivo, incómodo |
| Ademán de levantarse | Evitación, ganas de acabar |
| Lacio, hipotónico | Triste, depresivo |
| <i>El paciente habla:</i> | |
| Atento, sincrónico | Cooperador |
| Ojos inquietos, falsetes de voz, temblor voz | Ansiedad |
| Ojos tristes, espiración final frases, «desconexiones» como si rumiara lo que dice | Tristeza |
| Puño cerrado, maseteros en contracción | Ansiedad, enojo |
| <i>El paciente responde a preguntas</i> | |
| Vacila, se tapa la boca, repite gestos | Inseguridad |
| Signos de ansiedad, microexpresiones de enojo | Desagrado |
| Carraspeo, se toca cuello, lóbulo oreja o nariz | Evitación |

Modificada de Borrell F, 1989.

Delimitar el motivo de consulta. Mapa de demandas y mapa de quejas.

Patobiografía

La diferencia entre una demanda y una queja es la expectativa de que el profesional pueda o no pueda aportar una solución. Por ejemplo:

Dr.: ¿Qué le trae por aquí?

P: A ver si hace algo con este dolor en la nuca, porque de los zumbidos en los oídos ya no le quiero decir nada.

Demanda: «resuélvame el dolor de nuca». Quejas: zumbido oídos (el paciente no tiene expectativa de resolución). A veces resulta oportuno en este punto hacer un **mapa de todas las demandas** y de todas las **quejas**, pues el **dibujo global** puede aportar datos para el diagnóstico. He aquí como continuaría el diálogo si el profesional se propusiera hacer el **mapa de quejas**:

Dr.: Cuénteme, por favor, qué otras molestias tiene usted...

P (un poco desconcertado): Pues ahora mismo no le sabría decir...

Dr.: Por ejemplo, ¿cómo se nota el resto del cuerpo?...

P: Ahora que lo dice, me duelen los brazos, las piernas... desde hace un par o tres de meses no soy el mismo. Estoy como cansado.

Dr.: ¿Y qué tal duerme por la noche?

P: Descansar descanso bien, pero todo el día voy cansado.

Dr.: ¿Y de estado de ánimo?

P: Bien, bastante bien. Si no fuera por este cansancio que llevo encima estaría incluso optimista.

Por lo general, el entrevistador sin experiencia trata de centrarse en un solo motivo de consulta, e incluso es intolerante con las personas que aportan varios motivos («hoy me consulta por la nuca y en todo caso otro día vemos el tema del cansancio»). Nosotros le proponemos lo contrario: haga un **mapa de quejas y demandas** lo más completo posible, porque es la **única manera** de llegar al fondo de los problemas del paciente. En el caso ejemplificado anteriormente obsérvese que el paciente nos está dibujando un síndrome asténico con polialgias sin datos que orienten a depresión. Por consiguiente, se impone averiguar si además hay anorexia y pérdida de peso, y otros datos que excluyan enfermedad sistémica. Esta orientación no era tan obvia si nos hubiéramos centrado exclusivamente en el dolor de nuca.

La **patobiografía** es otra técnica muy útil en demandas confusas. La recomendamos sobre todo cuando el paciente supone que usted tiene información que en realidad no posee, o cuando ha iniciado una vía de abordaje posiblemente incorrecta. Por ejemplo:

Dr.: Los análisis han salido perfectos.

P: Pues yo no entiendo lo que me pasa. Cada día peor, con más dolores. ¡Ah!, ¿y recuerda lo que le mencioné que esta pierna me falla? A veces por la mañana me levanto y me caigo porque esta pierna no me sostiene. Ya se lo dije a usted, pero no me hizo caso.

En este punto el médico se nota confuso porque no recuerda en absoluto que el paciente le mencionara el tema. Puede tener la tentación de resolver la demanda con una prescripción sintomática, pero sería un error. Más tarde, cuando repasara mentalmente todo lo ocurrido, se daría cuenta de que es un paciente **mal resuelto**. Por ello prefiere **empezar**

de cero, aplicando la técnica de **patobiografía**. Para ello traza una línea que parte del año de nacimiento del paciente, y repasa toda la cronología de enfermedades, incluyendo la enfermedad actual. Por ejemplo:

Dr.: Permítame que recapitulemos desde el comienzo. Usted nació en el año 1954, ¿tuvo una infancia feliz?... ¿qué enfermedades importantes pasó?... ¿cuándo se trasladó a vivir a la ciudad?... ¿cómo reaccionó a su primer parto?... ¿tuvo otras veces síntomas como los que ahora tiene?... y ahora, ¿cuándo se empezó a encontrar mal?, etc.

Observe la figura 2.2. En esta patobiografía se recoge el caso clínico de una mujer que inicia clínica depresiva tras el primer parto de su hijo, se agrava con la muerte de su madre y en la actualidad presenta múltiples somatizaciones. A la hora de trabajar el significado de la enfermedad, sin duda estos datos estructurados en forma visual van a sernos de gran utilidad.

Más allá de la demanda aparente

No siempre lo que declara el paciente como motivo de consulta es lo que de verdad desea consultar. En la figura 2.3 observe la siguiente decisión del clínico experto: «estoy perplejo: el paciente dice venir por X, pero lo dudo». El entrevistador tiene dudas razonables o simplemente intuitivas, por lo que deja de momento en suspenso la razón verdadera del encuentro. Un clínico puede tardar años en **dominar el punto de la perplejidad**, porque es tanto como admitir que «no sé la razón verdadera del encuentro». Saber que no sabemos. Nos da miedo no saber porque es una forma de debilidad. Pero ésa no es la dificultad principal. La dificultad estriba en continuar trabajando con un interrogante en lugar de una certeza. Decirnos: «bueno, no sé si realmente este paciente acude para consultarme su obesidad, si desea un apoyo emocional o si desea tomarse el día libre, no lo sé, pero de momento voy a trabajar con la demanda aparente». Suele ocurrir que al final de la entrevista aparecen nuevos motivos de consulta (los que de verdad preocupaban al paciente), o demandas concretas que arrojan luz sobre todo el proceso. En la tabla 2.3 resumimos algunos patrones típicos.

Resulta de la mayor importancia adivinar, más allá de las apariencias, el motivo real que trae al paciente hoy y *de esta manera* a la consulta, porque de ello va a derivarse un buen o mal uso del tiempo. Uno de los aspectos que distinguen nuestro modelo es que afirmamos que no puede haber buena escucha si el profesional no sabe gestionar el tiempo. Si nos alargamos indebidamente y la gente empieza a protestar por el retraso acumulado, el profesional se mostrará impaciente, no podrá ser empático y no tendrá la posición psico-

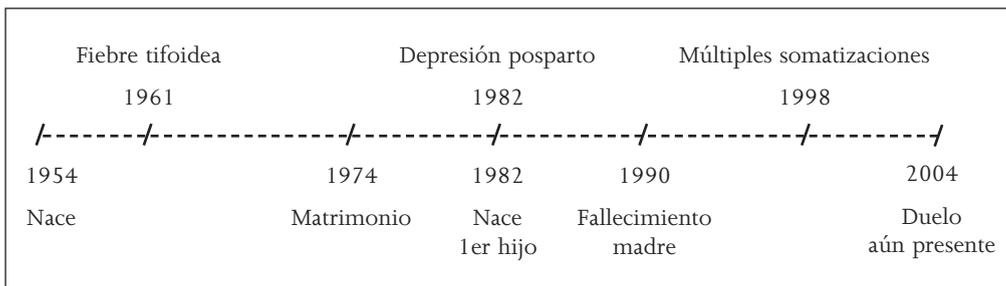
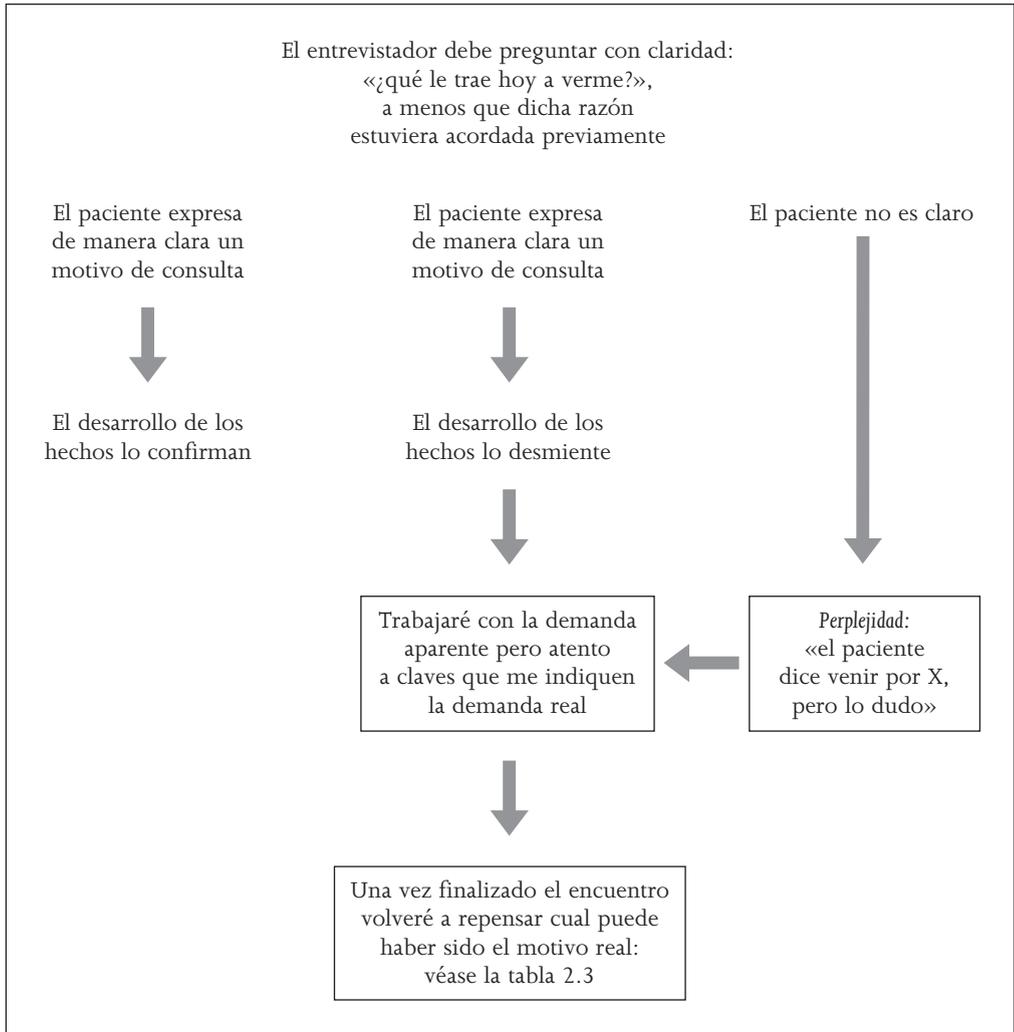


Figura 2.2.
Patobiografía de la paciente: Eugenia B.

**Figura 2.3.**

¿Qué trae al paciente a la consulta?

Trabajar nuestro «punto de perplejidad».

lógica necesaria para escuchar de manera creativa. El conocimiento de la tabla 2.3, junto a las técnicas de gestión del tiempo que veremos en el capítulo 5, nos darán el punto de asertividad para decirnos: «vale la pena dejar al paciente que hable sin cortapisas, estoy haciendo bien mi trabajo, y más adelante recuperaré este tiempo».

Escucha activa: «punto de fuga» de la entrevista y técnica de «tirar del hilo»

Tampoco preguntar mucho equivale a obtener más información. En este sentido insistimos en que en las fases iniciales de la entrevista hay que dar margen a la narrativa espontánea del paciente, tal como mostramos en el ejemplo de la página siguiente, donde se combinan *facilitaciones, frases interrogativas, frases por repetición y expresiones empáticas*.

Tabla 2.3. Más allá de la demanda aparente

Algunos motivos de consulta que aparecen por debajo del «motivo oficial de visita»:

Tarjeta de visita: «Me presento con esta demanda (tarjeta de visita), pero en realidad, como enseguida voy a desvelar, vengo para otra cosa que tal vez motivaría el rechazo del profesional si la mencionara directamente.» **Racionalidad:** el paciente cree que algunos motivos de consulta son mejor acogidos por el profesional que otros, por ejemplo los de tipo somático frente a la ansiedad o malestar psicológico.

Demanda exploratoria: «Vengo con la demanda aparente de un resfriado pero en realidad lo que me angustia es esta lesión genital que me ha aparecido. Si el profesional que me atiende es de mi mismo sexo y es comprensivo, se lo diré al final de la consulta. Si no, no.» **Racionalidad:** no hay suficiente confianza o conocimiento del profesional.

Shopping: «Primero tengo que conseguir tal producto ortopédico. Luego, si el profesional es amable, añadiré por este orden: algo para la piel seca, una caja de analgésicos, etc.» **Racionalidad:** miedo a que el profesional deniegue las peticiones; interés del paciente por sacar el máximo provecho de las prestaciones.

Penita le voy a dar: «Le diré todo lo que me duele para que me visite bien y que se dé cuenta de que no es teatro, y luego le pediré un informe clínico con todo lo que pueda poner, para que me reconozcan un determinado grado de invalidez.» **Racionalidad:** atrayendo la atención y compasión del profesional cree que logrará tal o cual prebenda.

Tírarle de las orejas: «Hoy me alargaré en la consulta aunque tenga mucha gente esperando, para que aprenda que yo necesito un trato diferente y que cuando pido una receta es por algo. Sólo si me hace todo lo que le pida iré más rápido.» **Racionalidad:** el paciente intenta modelar la conducta del profesional, para que éste ceda a sus peticiones.

Cúreme el alma: «Todo me duele, la cabeza, los brazos, las piernas... a ver si arreglándome trocito a trocito me arregla el alma, que es sobre todo lo que me duele más.» **Racionalidad:** el paciente experimenta un dolor moral que incrementa otros dolores físicos, o que expresa mediante un dolor somático; en todo caso, vagamente solicita alivio para este dolor moral que se esconde detrás del puramente físico.

Vengo sólo a desahogarme: «Ya sé que no me va a curar, ni lo pretendo, pero al menos que sepa todo lo que sufro. Con poder hablar ya tengo bastante, tampoco quiero consejos que no me servirán para nada.» **Racionalidad:** el paciente experimenta cierto alivio simplemente hablando, compartiendo e incluso contagiando su emocionalidad a otra persona.

Le vi por la calle: «El otro día le vi por la calle y me dije «hace tiempo que no voy al médico», y es verdad, porque supongo que ya me tocarán los análisis, ¿verdad?» **Racionalidad:** esta referencia alude al *efecto iatrotrópico* (Feinstein A, 1967) (*yatros*: médico; *tropos*: hacia), para explicar por qué ahora y no ayer acude un paciente. Puede que los síntomas sean más agudos, puede que haya oído una historia por la televisión que le haya asustado, puede que nos haya visto por la calle, o que se le haya ocurrido otra buena justificación para acudir.

El ejemplo ilustra lo que llamamos «*vaciado de información preelaborada*». Todas las personas que acuden a la consulta han preelaborado algún tipo de información; tienen un plan que más o menos dice: «cuando llegue a la consulta le diré eso y lo otro», e incluso a veces también (aunque de manera menos habitual): «pero no le debo decir tal cosa porque no quiero desvelar que...». Ahora bien, en el diálogo subsiguiente la persona puede rebajar resistencias, e incluso puede escucharse a sí mismo/a por primera vez. Son los «*sordos emocionales*», personas que no saben escucharse o elaborar sus propios sentimientos (bajo *insight*),

EJEMPLO: «TIRANDO DEL HILO», SÓLO UN PAR DE LITROS DE CAFÉ AL DÍA
 Abreviaturas: E: entrevistador; P: paciente.

HABILIDAD

DÍALOGO

El entrevistador deja que sea el paciente quien delimite el motivo de consulta

P: Tengo una sensación muy mala de cansancio.
 E: Ajá... pues tú me dirás...
 P: Pues desde hace cosa de un mes estoy desganada y como mareada, y no tengo ganas de hacer nada.

Facilitación

E: Mmmmm...

Palabras/frases por repetición

P: Y he intentado tomarme *ginseng* rojo de Corea, pero no me ha hecho nada.
 E: ¿Nada?
 P: Nada de nada. Porque una vecina me dijo que podía ser depresión, y que el *ginseng* iba bien para eso. Pero a mí no me parece depresión.
 E: ¿Ah, no?
 P: No, a mí me parece que es agotamiento...

Empatía + orden cordial

E: Entiendo... continúa, por favor.
 P: Desde hace varios meses tengo un horario muy bestia: me levanto a las 5 de la mañana y me voy a dormir a las 12 de la noche. Muy bestia...

Frase interrogativa

E: Me pregunto cómo has aguantado tanto estrés...
 P: He aguantado a base de excitantes...

Palabras/frases por repetición

E: ¿Excitantes?
 P: Café, y alguna otra cosita...

Facilitaciones

E: Cuenta, cuenta...
 P: Caballo y cosas fuertes no. Algún porro y así...

Averigua y completa datos

E: ¿Pasas... pongamos... de 15 al día?
 P: ¡No, qué barbaridad!... no, a veces si por la noche voy al bar y me invitan puedo llegar a diez, pero es raro. Normalmente son unos tres o así.
 E: ¿Y qué otros excitantes tomas?
 P: No, cocaína no, había tomado pero ahora, desde hace unos meses, no.
 E: ¿Coca-cola y similares?
 P: Sólo café, pero bastante, eh?
 E: Bastante para ti será...
 P: Un par de litros cada día.
 E: Mmmmm...

como no sea en un diálogo real. Estas personas pueden literalmente descubrir que su relación conyugal no atraviesa precisamente un buen momento mientras dialogan con nosotros. Son sentimientos flotantes que cobran presencia en el acto de afirmarlos como reales. Cuando el paciente dice: «creo que ya no hay amor en mi matrimonio», no sólo constata la falta de estima, sino que además se permite hacerlo evidente. En este acto siempre hay cierta dosis de compromiso: compromiso de decir la verdad, y de tomar resoluciones acorde con esta nueva realidad. Debemos ser consecuentes con lo que decimos. ¡Por ello una manera de no tomar decisiones es no hablar de nuestros sentimientos! Pero por desgracia los sentimientos flotantes están ahí, molestando, pergeñando para salir en un diálogo y explicarse al propio y sorprendido paciente. ¿Es ventajoso tener insight? Decíamos que la persona con insight es aquella que puede reconocer sus sentimientos. Por lo general, lo logra simulando diálogos (*diálogos virtuales*), en la intimidad de su pensamiento, imaginando que está hablando con personas significativas. Para tener insight hay que perder el miedo a afrontar lo que sentimos. Precisamente ésta es una de las causas de la sordera emocional: falta de sinceridad, o cobardía, con uno mismo.

En resumen: en los primeros minutos de entrevista pueden saltar comentarios del paciente que son auténticos diamantes en bruto. O usted los pillará al vuelo, o posiblemente no volverán a aparecer.

Técnica de lectura textual y técnica de adición sugerida

Otra técnica muy útil en pacientes de clínica abigarrada es la *lectura textual de los síntomas*. Consiste en apuntar literalmente las expresiones del paciente, casi de manera taquígrafa, y en un segundo tiempo leerlas como si correspondieran a otro paciente desconocido. Esta técnica permite minimizar prejuicios (y estereotipos) en relación al paciente que bloqueen nuestra capacidad reflexiva. Además, en el abordaje de pacientes somatizadores siempre resulta útil recoger la literalidad de sus expresiones, pues el paciente suele olvidarse por completo de ellas, y le parece que «cada vez» son síntomas nuevos, con la consiguiente alarma. Recordarle que «esto que le pasa» ya lo tuvo hace 5 años (y leerle sus expresiones literales), puede resultar de gran ayuda.

La técnica de *adición sugerida* (Coulehan JL, 1997) consiste en proponer al paciente algo que pensamos que quiere decir pero no se atreve o no encuentra las palabras para ello. Es una técnica que utilizan mucho los entrevistadores proyectivos:

Paciente: Me noto, no sé... con una molestia...

Entrevistador: ¿Aquí, donde se señala? ¿En el pecho?

Paciente: En el pecho y que se me va hacia aquí, pero no es fuerte, pero...

Entrevistador: Pero le asusta...

Paciente: Me asusta porque pienso que puede ser del corazón.

Entrevistador: Porque alguien que usted conocía tuvo algo así... ¿puede ser?

Paciente: Claro, mi padre, sí.

Es una técnica que acelera la entrevista, bien usada ayuda a una comunicación en flujo, pero que tiene el riesgo de caer en *interpretaciones sugeridas* o *preguntas de respuesta inducida*, por ejemplo: ¿no será que también está algo más nervioso últimamente? La frontera es muy tenue.

En cuarto lugar, el entrevistador experto mientras escucha dibuja una imagen mental de la persona y su padecimiento. Por un lado, tiene un plan de entrevista de tipo básico (unas tareas generales que desarrollar, como son, por ejemplo, preguntar el cómo, cuándo y dónde del síntoma guía), pero de manera simultánea se pregunta «¿cómo me sentiría yo en tales circunstancias?». Es una *escucha empática* en la que se imagina con los síntomas del paciente.

Encuadre y reencuadre de la entrevista. Resistencias

«¿Qué se pretende de mí?» La respuesta que demos a esta pregunta en cada momento de la entrevista es el **encuadre o intencionalidad de la entrevista**. Ejemplo: una madre acude para que la enfermera le aconseje pautas de alimentación; todo el desarrollo de acontecimientos parece acordado entre la madre y la enfermera, pero en un momento de la entrevista la madre *se sale del guión*, y se pone a llorar. La enfermera primero se sorprende, luego se irrita (hay muchas personas esperando su turno), pero finalmente adivina que está en una entrevista tipo «tarjeta de visita» (tabla 2.3), y se pregunta: «¿Qué se pretende de mí?» «Ahora mismo, tan sólo que escuche». Así lo hace y aflora un problema conyugal grave. La enfermera vuelve a preguntarse «¿Qué se pretende de mí?» «No creo que espere un consejo, más bien quiere desahogarse.» Sin embargo, la paciente declara: «¿Usted cree que debo separarme de mi marido?» Nuevamente la enfermera tiene que reencuadrar la entrevista: «¿Qué se pretende de mí?», un consejo para el que no tengo suficiente información, ni formación psicológica para darlo; por consiguiente, debo hacer evidente a la paciente que no podemos abandonar un encuadre de escucha empática; no estoy preparada para una entrevista tipo *counseling*.

Algo similar ocurre en esta otra secuencia: un paciente declara: «vengo por la baja porque tengo una bronquitis horrorosa». «¿Qué se pretende de mí?», se dice el médico: «una baja laboral por bronquitis, sin embargo, le observo una pérdida de peso... he pesado al paciente y constato la pérdida de peso no voluntaria. ¿Qué se pretende de mí?, el paciente se conformaría con la baja, pero mi profesionalidad me obliga a profundizar en esta pérdida de peso; le voy a proponer un análisis».

En este segundo caso, observe que el reencuadre no depende sólo del paciente, sino de lo que el profesional considera buena praxis, lo cual en cada momento histórico puede cambiar.

Detrás de un encuadre de entrevista hay una *previsión de actuaciones necesarias* y una *previsión del esfuerzo* que estas actuaciones requerirán (Beach LR, 1990). Cuando un paciente diabético le menciona a su enfermera que le duelen los pies, la enfermera proyecta de inmediato la imagen de ella misma levantándose de la silla, sacando zapatos y calcetines, soportando el olor de los pies, etc. ¿Qué rendimiento tendrá este esfuerzo?, se pregunta. Alto, sin duda, porque es un paciente diabético que puede tener problemas neuropáticos. En cambio, esta misma queja en un paciente joven y sano puede saldarse con un consejo de «baños de agua con sal».

Así pues, y ya para resumir, he aquí los tipos de resistencias al reencuadre:

- **Resistencia al esfuerzo físico:** por ejemplo, resistencia a levantarnos de la silla, (el típico «¿podría tomarme la presión arterial?»), o a acudir a un domicilio («¡ahora que tendría que ver a tal paciente terminal y se ha puesto a llover a cántaros!»).
- **Resistencia al esfuerzo cognitivo:** por ejemplo, resistencia a considerar diagnósticos psicosociales cuando estábamos siguiendo una pista orgánica («¿y si este mareo fuera por depresión?, ¡no!, no puede ser porque eso sería meterme en un terreno complicado, ¡uf!, vaya pereza»). Nos da miedo plantearnos frente a un paciente que *no tiene apetito* la hipótesis de una depresión «no sea que otras cosas más importantes se me pasen por alto». Nos da miedo que nosotros mismos, por mirar demasiado en lo psicosocial, acabemos olvidando lo biológico. En otras palabras: *desconfiamos de nosotros mismos*. Sabemos que una hipótesis seductora, que arroje cierta luz sobre el caso, *paraliza otras búsquedas*. En resumen: precisamente porque no dominamos los reencuadres, intuimos el peligro de dejarnos apresar por las primeras hipótesis que se forman en nuestro cerebro, por lo que nos curamos en salud y *nos prohibimos expresamente pensar en lo psicosocial hasta descartar lo*

orgánico. Por eso llamamos «salto» **psicosocial** cuando pasamos de hipótesis orgánicas a psicosociales, y recomendamos hacer de este «salto» un hábito automático.

- **Resistencia al esfuerzo emocional:** por ejemplo, cuando hemos emitido un diagnóstico diciendo... «estoy seguro de que tiene tal cosa», y los datos posteriores no apuntan en esta dirección. En tales ocasiones, *comprometemos nuestra autoestima*. Tanto más altivo, engraido o petulante es el profesional, tanto más se empeñará en sus primeras hipótesis, como si en ello empeñara su amor propio. Incluso por el mero hecho de avanzar un diagnóstico antes de acabar toda la entrevista, ya resulta más difícil desmentirnos. Nunca emita un diagnóstico de manera precipitada, dése todo el tiempo posible.

Errores que evitar

Errores de actitud

* «*Ya sé lo que le pasa al paciente*»

«Con ver al paciente como entra en el despacho ya casi sé lo que le ocurre.» Este comentario puede tener parte de verdad (un buen observador es capaz de adivinar muchas cosas), pero también suele ser producto de la pereza. Una cosa es imaginar desde nuestra realidad lo que puede sucederle al paciente (lo que Bennet MJ [1998] llama *simpatía por recuerdo*), y la otra es acercarnos a su mundo, a sus creencias, expectativas, formas de interpretar la salud y la enfermedad (a eso sí le llamamos **esfuerzo empático**). Ello requiere una actitud de no prejuzgar lo que nos vayan a decir, aunque este respeto no equivale a neutralidad. Podemos discrepar o confrontar sus creencias a las nuestras, pero siempre orientados hacia el beneficio del paciente (no a «quien tiene razón»).

* «*Sólo soy un técnico*»

«Los pacientes no pueden esperar de mí... empatía o cordialidad. Esto no es una consulta de psicólogo, estaríamos buenos. Yo puedo darles mis conocimientos técnicos pero no estoy aquí para hacerles de “papá o mamá”, y mucho menos para solucionarles la vida. Yo entiendo de enfermedades, no de la felicidad humana.»

Este discurso lo hemos constatado entre médicos y enfermeras de hospital y atención primaria, e incluso entre algunos psicólogos y psiquiatras. En algunos servicios clínicos se va más allá y se hace «escuela» de la antipatía o la frialdad del técnico, hasta el punto de que puede oírse el comentario: «se ha formado con fulanito, de aquí sus (malos) modales». ¡Vaya manera de hacer escuela! Por ello afirmamos que el problema actual en la relación asistencial no es el paternalismo, sino la frialdad del técnico. Es más, la crítica al paternalismo puede ser una coartada para justificar este nuevo estilo frío y distante. Observe si no el siguiente comentario: «Yo doy la información que poseo al paciente para que éste decida. Pero yo no entro en sus sentimientos como tampoco permito que su sufrimiento me afecte».

Es un comentario que evidencia miedo a la otra persona, a trabar relaciones amistosas, a «darse» en la relación asistencial. Este estilo, en el modelo que nos propone Emanuel EJ (1999), equivaldría a ser un consejero aséptico. He aquí un diálogo típico de un consejero aséptico:

Abreviaturas: M: médico; P: paciente.

M: Una posibilidad es operar, otra es ir tirando con medias elásticas y medidas posturales.

P: ¿Y usted qué haría?

M: Es usted quien tiene que decidir. Yo ya le he informado de los porcentajes de éxito y fracaso.

P: Pues no me opero.

M: De acuerdo, pero tenga en cuenta que estas varices, sin duda, le darán problemas.

P: ¿Y usted qué haría?

M: Mi opinión es irrelevante. Usted es quien debe decidir.

P: Pues me opero, venga...

M: De acuerdo, pero que conste que es su decisión, no la mía.

P: Pues no me opero.

M: Usted verá... después me vendrá con una flebitis y verá lo que se sufre...

En cualquier relación humana es imposible dejar completamente de lado las emociones y los sentimientos. Cuidar *para* el paciente, como decía Peabody FW (1984), sólo puede hacerse desde cierto afecto positivo, esa calidad emocional solidaria que hemos acordado llamar empatía. Tampoco se nos piden besos o abrazos, se nos pide una mirada de comprensión, una palabra de ánimo, se nos pide una *simpatía menor*, por decirlo así, que evidencie nuestra **preocupación personalizada** por el paciente... ¿o acaso el paciente no tiene derecho a ello? Ocurre que a veces sí existe esta preocupación del profesional, pero éste no ha aprendido a trasladarlo a la relación. Un profesional preocupado por el paciente puede que en apariencia se muestre distante o cínico. Venimos de una cultura del pudor que nos dificulta poner encima de la mesa nuestros sentimientos, sobre todo cuando son positivos. Sin embargo, hacerlo de manera honesta es un paso importante en la creación de confianza.

Queramos o no queramos *somos parte de las influencias* que el paciente *desea* recibir. Por eso viene a vernos a nuestra consulta. Además estamos capacitados como pocos para emitir **consejos personalizados**, e incluso para tomar determinados riesgos. Claro que el tono de fondo siempre será respetuoso con las creencias y decisiones del paciente, pero ello no obsta para que parte de nuestro trabajo sea justamente poner la mejor decisión (y lo mejor de nosotros mismos), al servicio de nuestros consultantes. En el ejemplo anterior:

P: ¿Y usted qué haría?

M: Debemos partir de la base que, en primer lugar, es usted quien decide, porque sólo usted sabe el miedo que tiene a operarse, condiciones laborales y familiares, etc.

P: Sí, claro... pero si fuera un familiar suyo, ¿usted qué le recomendaría?

M: En tal caso, le diría que se opere, porque la evolución de sus piernas será mala, y tiene un riesgo casi seguro a la larga de tromboflebitis y otras complicaciones. El riesgo de la operación también existe, claro está, y los riesgos frecuentes son, para la anestesia general, los siguientes... (se enumeran). Desde mi punto de vista el balance entre el riesgo de operar o de no operar es positivo a operar, siempre y cuando usted asuma que hay una anestesia general de por medio.

P (después de pensárselo): Creo que no me opero. Me da mucho respeto la anestesia.

M: Es una decisión que respeto. Si cambiara de opinión no dude en contactar conmigo.

* *Actitud prepotente*

Los pacientes tienen que hacer caso de lo que se les manda. Cuando se les pesca in *fraganti* pasándose con la dieta o no tomando sus pastillas, corresponde reñirles. Esta actitud puede ser aceptada por determinados pacientes, pero puede generar un fuerte rechazo en otros. Reñir es uno de los actos más constitutivos de una relación paternalista. Pero a veces puede ser necesario, como demuestra el comentario de algunos pacientes: «(el profesio-

nal) se puso muy serio y me riñó con toda razón por no haberme tomado las pastillas». Ahora bien para reñir se debe cumplir una condición emocional y otra pragmática. Cuando nos enfadamos porque un paciente hace «lo que le da la gana» debemos calibrar la parte de enfado que corresponde a nuestra autoestima mancillada, y la parte de enfado por el daño que el propio paciente se inflige. Sólo podemos reñir al paciente por esta segunda parte, la primera debemos neutralizarla. La condición pragmática es que, además, si reñimos es porque creemos que dicha reprimenda *servirá para algo*. A veces somos conscientes de que reñimos sin efecto sobre el paciente, pero lo hacemos para poder descargarnos de responsabilidad («yo ya se lo decía»).

Un profesional que riñe mucho puede que tenga un *estilo culpabilizador*. Este estilo suele aprenderse en el seno de la familia de origen. Cuando hemos crecido en un ambiente así, las relaciones interpersonales se parecen a un juego de espadachines, en el que cada parte toma «ventaja o desventaja» sobre un libro de contabilidad con su «debe y haber». Claro que toda relación humana parte de un «dar y recibir», pero mal vamos si es eso lo que predomina. «Usted me tenía que haber hecho...», «adónde vamos a parar si no se lo toma en serio...» Poco importa si el profesional tiene o no tiene razón, lo que importa es el clima de consulta que crea. ¿Debemos renunciar por consiguiente a «reñir» a los pacientes? No del todo, pero cuando lo hagamos, en general pocas veces, ¡hagámoslo *para ellos!*, no para saciar una necesidad emocional nuestra.

** Desconocer nuestras zonas de irritabilidad*

Cada profesional tiene zonas de irritabilidad en el trato interpersonal. Es bueno que usted conozca sus zonas de irritabilidad (tabla 2.4).

Tabla 2.4.

Puntos gatillo que irritan de manera frecuente a los profesionales y cómo transformarlos

| |
|--|
| <p>Pacientes que en un determinado momento dicen: «y usted, señorita, ¿es muy joven, verdad?» Diálogo interno que promueven estos pacientes: «¡será cretino!, ¿no se da cuenta de que soy una doctora? Lo dice para fastidiar». Respuesta inteligente: le diré con una sonrisa y sin acritud: ¡no!, si yo soy doctora/enfermera, ¿no lo sabía?».</p> |
| <p>Pacientes que exigen pruebas complementarias o derivaciones a otros especialistas, antes de que hayamos podido evaluar el problema. Diálogo interno que promueven estos pacientes: «¡qué se habrá creído!, con lo buen profesional que soy yo». Respuesta inteligente: «examinemos primero su problema».</p> |
| <p>Pacientes a quienes «nada les va bien». Diálogo interno que promueven estos pacientes: «si tan mal lo hago, cámbiese de profesional». Respuesta inteligente: le diré, «me doy cuenta de que se lo pasa mal», y no me lo tomaré como fracaso personal.</p> |
| <p>Pacientes muy habladores. Diálogo interno que promueven estos pacientes: «¡vaya egoísta!, no es capaz de escuchar». Respuesta inteligente: «debe sentirse muy solo/a; voy a escucharle un poco para aliviar su soledad».</p> |
| <p>Pacientes que no se van de la consulta. Diálogo interno que promueven estos pacientes: «¿pero que no ve que estoy cansado y que su tiempo se acabó?» Respuesta inteligente: «me levantaré de la silla y le acompañaré a la puerta de forma cordial».</p> |

Si no sabemos nuestras zonas de irritabilidad nos exponemos a un desgaste emocional diario y persistente. El patrimonio de un clínico se construye en el día a día, como corredor de fondo, en absoluto en un sprint de 100 metros. Todo lo que erosiona nuestra calidad de vida profesional debe analizarse y reconducirse, y en primer lugar nuestras propias emociones negativas. ¿Quiere eso decir que no debemos expresar nuestras emociones negativas? Sí podemos hacerlo cuando:

- Lo hacemos para beneficiar al paciente, no como válvula de escape de nuestra propia tensión emocional.
- Al final de la entrevista, cuando ya hemos alcanzado un acuerdo terapéutico, o en todo caso cuando ya hemos averiguado suficientes datos para formarnos una idea del problema del paciente.

A una relación asistencial presidida por sentimientos de mutua colaboración le llamamos «**estar en flujo emocional con el paciente**» (Goleman D, 1996). He aquí algunos trucos para entrar en flujo:

Abreviaturas: P: paciente; M: médico.

P: Usted siempre me da estos comprimidos, pero yo lo que necesito son radiografías.

M: Lo tendré en cuenta. Siempre valoro lo que el paciente cree necesario hacer. ¿Le parece que pasemos ahora a la camilla para la exploración física?

El profesional ha usado una técnica que llamamos **cesión intencional**. No cede de manera inmediata pero «lo tiene en cuenta». Sólo con ello el paciente descarga parte de su ansiedad. Otro paciente entra de esta suerte:

P: ¡Vaya!, otra vez nos han cambiado de doctor, ¡pues sí que vamos bien!

M (con una sonrisa): Entiendo su enojo. (Reconducción por objetivos): Sin embargo, ya que estamos sentados usted aquí y yo aquí, voy a procurar que su esfuerzo por venir a visitarme le sea de utilidad. ¿En qué puedo ayudarle?

En este caso, el profesional ha puesto en práctica una **reconducción por objetivos**: pasar a lo que debe ser el contenido de la entrevista. Pero no confunda «estar en flujo» con «dar coba». A veces, por fortuna pocas, el paciente puede ser maleducado y traspasar la frontera de lo permisible. No es fácil determinar cuando eso ocurre, pues estamos hablando de pacientes sujetos a estrés importante, o con déficit cognitivos. Una intencionalidad clara y alevosa de dañar nuestra reputación o producirnos reiteradamente daño puede marcar el límite, y hacer conveniente «marcar distancias» o incluso proponer un cambio de profesional. He aquí una **propuesta de nueva relación**: «me resulta muy difícil continuar tratándole como paciente en estas circunstancias... ¿ha considerado la posibilidad de cambiar a otro profesional?».

Errores de técnica

Recogemos en la tabla 2.5 los errores de técnica más frecuentes en la parte exploratoria de la entrevista:

** Saludo muy frío o inexistente. Falta de cordialidad. Introducir un motivo de antagonismo en el inicio de la entrevista*

Ejemplo de falta de cordialidad:

Tabla 2.5. Errores técnicos en la escucha

| |
|---|
| Saludo muy frío o inexistente. Falta de cordialidad. Introducir un motivo de antagonismo en el inicio de la entrevista. |
| No escuchar con atención las frases utilizadas por el paciente en el momento de entrar en la consulta. A veces contienen claves que posteriormente no vuelven a aparecer. |
| No delimitar con claridad el (¡o los!) motivo de la visita. Darlo por supuesto o aceptar explicaciones vagas. |
| Introducir consejos y elementos de educación sanitaria cuando aún no hemos concluido una correcta anamnesis. Seguridad prematuras. |
| No integrar la información obtenida con el resto de problemas y diagnósticos que tenemos en la historia clínica. |

Abreviaturas: P: paciente; E: enfermera.

P: ¡Y este dolor de cabeza que no me deja vivir! Por cierto, ¿no ha salido nada para la artrosis? Estoy en un grito.

E: A ver, si saltamos de un tema a otro no nos aclararemos. Primero la cabeza, ¿vale?

Lo correcto hubiera sido:

E (*frase por repetición*): Usted venía para el dolor de cabeza pero parece que su cuerpo está en un grito. (*Mapa de demandas y quejas*): Dígame todas las partes de su cuerpo que le duelan...

Ejemplo de antagonismo prematuro:

P: Vengo para que me haga estas recetas que me han adelantado en la farmacia.

E: Yo no hago recetas adelantadas, en todo caso visito a pacientes.

Lo correcto hubiera sido:

P: Vengo para que me haga estas recetas que me han adelantado en la farmacia.

E: ¿Le traía alguna otra cosa que deseara consultarme?

P: No, sólo eso.

E: Esta receta es un antibiótico, ¿para qué se lo toma?

P: Tengo una infección de orina. Me conozco los síntomas, y para no perder el tiempo fui directamente a la farmacia, ¿hice bien, verdad?

E: ¿Cuáles eran los síntomas que usted notó?

Tras acabar la anamnesis y, si fuera necesario, otras exploraciones, procederemos a explicar las normas del centro en relación a las recetas avanzadas por la farmacia.

E: En efecto, parece que ha tenido una infección de orina y que el tratamiento ha sido eficaz. Debe seguir 8 días con el mismo. Por otro lado, las normas de nuestro centro nos impiden pasar antibióticos avanzados por la farmacia. Ello se debe a que existe una tendencia a automedicarse con antibióticos en este barrio (pueblo), y ello repercute en una menor eficacia de éstos. Por esto hemos recibido instrucciones de que una vez advertido el paciente, no se pasen recetas, pues siempre tene-

mos servicio de urgencias a su disposición las 24 horas del día. Como usted es la primera vez que lo pide le pasaré la receta, pero téngalo en cuenta, ¿quedamos de acuerdo?

Entendemos por **antagonismo** (Froelich RE, 1977, pág. 29) aquella conducta verbal o no verbal que opone, critica, culpabiliza o impugna la conducta o las emociones del paciente. Su formulación más habitual es de tipo culpabilizador: «¿por qué no hizo lo que le dije?», «si no adelgaza no sé por qué me viene a la consulta», «no sé por qué le enseño gimnasia si no deja de fumar», etc.

La **culpabilización** es un arma más defensiva que agresiva. Una demanda percibida como «peligrosa» (p. ej., una señora que entra protestando: «todo lo que me han dicho que haga no me sirve para nada»), es desactivada con un ataque («¿cómo quiere mejorar si no cumple bien con la dieta?»). Sin embargo, la ventaja conseguida por el profesional se produce a costa de cierta crispación. El deterioro en la relación asistencial repercute en un **efecto antiplacebo**. El paciente puede desear que «aquello que me han dicho» no vaya bien para así poder volver «a protestar», si cabe, con mayor vehemencia.

¿Quiere eso decir que no podemos criticar a los pacientes? Es indudable que en ocasiones una crítica franca (p. ej., una crítica a una conducta o hábito peligroso) debe considerarse parte de nuestras responsabilidades de «cuidadores». En estas circunstancias deberíamos observar algunas normas para una **crítica constructiva**:

1. La crítica debe ser formulada en un clima adecuado, sin que el paciente pueda entender que le menospreciamos o que le «castigamos». Desde el principio debe quedar claro que es una crítica constructiva, y con finalidad operativa: mejorar el nivel de salud mediante su mejor colaboración.

2. El tono y timbre de voz, así como el vocabulario, deben ser los habituales para cualquier otro consejo de salud.

3. Si nos sentimos crispados interiormente por la «mala conducta» del paciente es posible que intentemos «castigarle» aún sin quererlo explícitamente. La técnica de *self-disclosure* (Duck S, 1981, pág. 42; Headington BJ, 1979, págs. 64 y 72), que traduciríamos por «**mostrar/descubrir sentimientos propios**», consiste en decirle al paciente cómo nos sentimos: «me sabe mal que usted no se haya tomado en serio todo lo que hablamos el otro día», «me tomo mucho interés en su caso, pero noto como si lo que hablamos no fuera con usted», etc. Hasta cierto punto es mostrarnos frágiles, pero este punto de fragilidad nos hace más humanos a los ojos del propio paciente.

4. Siempre debemos dejar una puerta abierta al paciente para una salida airosa y positiva. ¡No pretenda un acto de contrición!

** No escuchar con atención las frases utilizadas por el paciente en el momento de entrar en la consulta. A veces contienen claves que posteriormente no vuelven a aparecer*

Ejemplo: «Vengo por estos mareos tan horribles y un zumbido en los oídos. ¡Ah!, y nervios a punta pala.»

El profesional focaliza en mareos y zumbidos, cuando la clave para resolver apropiadamente la entrevista estaba en los «nervios punta pala». Sólo que en un momento de la entrevista hubiera dicho: «¿y estos nervios a punta pala que me decía?», se le hubieran abierto las puertas para conocer el distrés psicosocial causante (o amplificador) de los mareos.

¡Cuidado! Uno de los errores diagnósticos más habituales es la incapacidad del clínico para establecer lo que llamamos **doble diagnóstico**. Consiste en establecer como causa

del padecimiento del paciente no tan sólo una causa en el área orgánica o psicosocial, sino dos o más causas, ya sea en la misma área o en áreas distintas. Dobles diagnósticos serían:

- Paciente con pirosis y epigastralgias debido a: esofagitis con hernia de hiatus, ulcus duodenal con *H. pylori* positivo, y ansiedad por estrés laboral.
- Sensación de mareo por una laberintitis vírica acontecida hace 2 meses, y que se agrava por un trastorno de ansiedad generalizada.

En realidad un porcentaje muy elevado de diagnósticos deberían ser **dobles diagnósticos**, y, como muestra, basta pensar en algún síntoma aquejado por nosotros mismos y las categorías diagnósticas que podríamos aplicarle.

** No delimitar con claridad el (¡o los!) motivo de la visita. Darlo por supuesto o aceptar explicaciones vagas*

¿Tiene usted fama de despistado/a? En tal caso, está a mayor peligro de este tipo de equívocos:

P (acude aquejado por un flemón que le deforma un poco la cara): Vengo doctor por este dolor de cabeza (se señala el flemón justo cuando el médico está leyendo el historial), que me tiene «asustadica».

E (focalizando de manera prematura): El dolor de cabeza, ¿es por la mañana o por la tarde?

** Introducir consejos y elementos de educación sanitaria cuando aún no hemos concluido una correcta anamnesis. Seguridad prematuras*

Imaginemos un paciente que acude por síntomas de resfriado y el entrevistador pregunta en la fase exploratoria:

M: ¿Continúa fumando?

P: Pues sí.

M: Pues si continúa fumando todo lo que podamos darle no le servirá. Si no se mentaliza no iremos a ninguna parte.

La intervención en sí puede ser correcta, pero trate de no interrumpir la parte exploratoria con consejos o instrucciones (a menos que sean muy puntuales). La parte exploratoria de la entrevista requiere de un clima de colaboración especial, y si lo interrumpimos con consejos pondremos al paciente a la defensiva.

Las **seguridades prematuras** es un tipo de respuesta habitual: «ya verá como todo se arregla». Es casi un latiguillo para mitigar la propia tensión que experimentamos cuando un paciente se pone a llorar o nos comunica malas noticias. Nos evita «entrar en materia» y equivale a un rechazo educado, aprendido en nuestros contactos sociales (Bernstein L, 1985, págs. 65 y ss.). Cuando nos encontramos con un viejo amigo y preguntamos: «¿cómo van las cosas?», esperamos que su respuesta sea invariablemente: «bien, gracias». Hasta tal punto debe cumplirse este ritual que un chiste popular pone en labios del interrogado: «bien gracias, ¿o quieres que te cuente?».

¿Qué hacer cuando un paciente nos hace partícipes de su sufrimiento? He aquí algunas recomendaciones:

1. Averigüe las características del problema: «¿qué le hace sentir así?, ¿cómo se lo toma su cónyuge?, ¿qué planes tiene para mejorar la situación?, ¿en qué piensa que yo puedo ayudarle?, etc.». Si no tiene tiempo para ello, o la consulta estaba ya finalizando, puede ensayar: «¿piensa que deberíamos vernos con más calma para estudiar el problema a fondo?».

2. Algunos problemas de salud tienen pocas vías de solución: una ceguera irreversible, una enfermedad crónica, etc. Pero incluso en estos casos todos los problemas tienen dos vertientes: a) el problema en sí, y las posibilidades de mejorarlo, y b) la manera en que podemos afrontarlo subjetivamente, y adaptar nuestra vida a él. No se deje influir por el pesimismo del paciente y, por el contrario, pregúntese: ¿cómo reaccionaría una persona de talante optimista y vital en esta misma tesitura? Incluso en el peor de los casos siempre será posible una empatía solidaria (que no «seguridades»), expresada en una mirada o un gesto (Tizón J, 1982, 1988).

** No integrar la información obtenida con el resto de problemas y diagnósticos que tenemos en la historia clínica*

El paciente nos relata como nuevas unas molestias que hace unos meses o años ya nos había relatado. Pero lo peor del caso es que el profesional tampoco se da cuenta, y se duplican exploraciones. Ello se evitaría si fuéramos capaces de integrar los datos de la historia clínica (recuerde el *método de la epicrisis abierta*).

Galería de situaciones

Examinaremos en este apartado:

- Cuando escuchar nos duele.
- El paciente polidemandante.
- El acompañante invasivo.
- Cuando la lengua es otra y de otro.

Cuando escuchar nos duele

En este primer ejemplo el profesional atiende a un cuidador de un paciente terminal. El proceso se alarga y aparecen emociones ambivalentes.

Ejemplo: un cuidador a punto de claudicar.

/1/Familiar: Es una situación insoportable. Estoy a punto de estallar.

/2/Enfermera: Tienes que aguantar. Ya tendrás tiempo para llorar. Ahora tienes que aguantar un poco más.

/3/Familiar: Me noto fatal porque no puedo hacer nada, ni para que se ponga bien, ni para que al menos acabe con tanto dolor.

/4/Enfermera: No tienes que pensar en la muerte. Tu madre aún puede vivir. Mientras hay vida hay esperanza.

Comentarios

1. ¿Cuáles son los aciertos y errores en este breve diálogo?

En /2/ la enfermera dice primero: «tienes que aguantar. Ya tendrás tiempo para llorar. Ahora tienes que aguantar un poco más». Esta intervención no podemos considerarla errónea, si se hace con suficiente empatía. Curiosamente, la intervención contraria también puede ser correcta, a saber: «haces bien en desahogarte. Si tienes que estallar, estalla, llora,

grita si quieres. Tienes todo el derecho del mundo, porque estás aguantando mucho». ¿De qué depende una u otra? La primera es adecuada con cuidadores que tienen facilidad para llorar (e incluso lo hacen con frecuencia), y que su problema es más bien tener el coraje suficiente para afrontar las penurias. La segunda para cuidadores muy contenidos.

En /4/ la enfermera apunta: «no tienes que pensar en la muerte. Tu madre aún puede vivir. Mientras hay vida hay esperanza». Aquí sí podemos decir que hay algunos errores. De nada sirve negar la muerte y dar falsas esperanzas, precisamente cuando el cuidador está tratando de adoptar una posición realista. Cuando el profesional no ha asimilado la muerte, cuando él mismo está asustado, puede reforzar las actitudes negadoras repitiendo fórmulas sociales muy típicas. Aquí surge la capacidad de contención como una manera de escuchar que no desemboca forzosamente en un consejo («usted debe hacer...»), o una acción. Para tener contención debemos distinguir mi *manera de estar* de la manera de estar del paciente. La contención da una calidad de sosiego a la escucha. También debemos tener claro que no siempre debemos dar consejos, es más, los consejos también tienen su iatrogenia.

2. ¿Deberíamos reñir al cuidador por el hecho de expresar indirectamente que desea el fallecimiento de su familiar?

Todo lo contrario. Es normal que el cuidador se debata entre el cariño que profesa a la persona y el dolor que experimenta viéndola sufrir. No puede evitar pensar en el alivio que él/ella experimentará cuando el enfermo fallezca, y eso despierta sentimientos de culpabilidad. El profesional puede normalizarlos y legitimarlos: «es muy normal que en su situación desee que todo acabe, porque es muy doloroso ver sufrir tanto a un ser querido; es algo que nos pasa a todos».

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En estos casos lo más importante no son las palabras que vamos a usar, sino *la forma de estar frente al paciente*. Debe ser cordial, próxima, comprensiva y, sobre todo, serena. Si el profesional está detrás de la mesa, colocará su silla al lado del familiar. He aquí un diálogo demostrativo en el que el entrevistador legitima y normaliza las emociones ambivalentes del cuidador:

/1/Familiar: Es una situación insoportable. Estoy a punto de estallar.

/2/Enfermera (empatiza dejando un poco de silencio para dar un ritmo lento a la entrevista): Llevas ya bastante tiempo aguantando en casa mucha responsabilidad y mucho trabajo.

/3/Familiar: Me pondría a llorar, a chillar, pero no puedo...

/4/Enfermera (permite y apoya las emociones): Aunque sólo sea decir lo que ahora dices ya es bueno para ti, ya supone desahogarte un poco...

/5/Familiar: A veces pienso que soy mala persona porque desearía que se acabara todo, que dejara de sufrir.

/6/Enfermera (legítima): Cuando quieres a una persona y le ves sufrir, tienes todo el derecho a decir que tus fuerzas están al límite.

/7/Familiar: Pero no tengo ningún derecho a pensar en su muerte.

/8/Enfermera (legítima): Son pensamientos muy normales, sobre todo cuando el peso de toda la situación recae sobre ti.

/9/Familiar (sollozando): Él siempre ha sido muy bueno conmigo, y yo ahora pienso que sería mejor que se muriera.

/10/Enfermera (ofreciendo un pañuelo, saca importancia a la ambivalencia afectiva): Lo que cuenta no es lo que pienses, sino lo que estés haciendo. (Incrementa auto-

estima): Tu papel, además, ha sido fundamental. Si no hubiera sido por ti le hubiéramos tenido que ingresar, y en un hospital no estaría tan bien atendido como en casa. De eso no te quepa la menor duda.

Recuerde, ante situaciones en que escuchar nos duele:

- Evite seguridades prematuras y palabras de buena voluntad.
- Muéstrese empático. Legitime y normalice las emociones ambivalentes del paciente.
- Acostúmbrase a que los silencios no le pesen.
- Ponga de relieve los aspectos positivos en la manera de reaccionar del paciente.

El paciente polidemandante

Los pacientes suelen acudir una media de seis veces al año a los servicios de salud. Sin embargo, un 20 % de ellos consumen el 60 % de nuestros recursos materiales (tiempo, medicamentos y exploraciones complementarias). La tendencia actual es a considerar que todos ellos tienen buenos motivos para hacerlo, y que, en todo caso, el reto para bajar su hiperfrecuentación y el estilo de polidemandas, recae sobre el equipo de salud. Observe esta primera escena:

Ejemplo: un paciente con una lista de la compra

Abreviaturas: P: paciente; Dr.: doctor.

P (sacando una lista): Doctor, hoy le traigo todo bien apuntado, porque siempre me dejo cosas.

Dr. (en tono cansado): No sé si vamos a tener tiempo para tantas cosas, señora...

P: Pues yo estoy muy mal, ya lo verá, doctor, yo así no puedo continuar...

Dr. (con signos de impaciencia): Bueno, a ver, dígame usted.

P: Primero tengo el tema de las piedras del riñón. Estoy tomando el calcio y supongo que si tengo piedras en el riñón el calcio no me va bien, ¿no?

Dr.: Claro que va bien, no hay ningún problema.

P: Pero he oído decir que...

Dr. (impaciente): No importa lo que haya oído decir, ya le digo que no. Pasemos a otro punto de la lista.

P (refunfuñando): A ver, bueno, tengo el asunto de la tos, pero de esto ya estoy un poco mejor... (cambiando repentinamente el tono de voz a otro más alegre). ¡Ah!, por cierto, doctor, lo siento mucho, pero hoy tendrá que mirarme el culete.

Dr. (algo perplejo): ¿Y eso?

P (risueña): Porque tengo las dichosas almorranas como nunca.

(El doctor procede a realizar el examen proctológico. Ya de vuelta a la camilla)...

P (con la lista en la mano): Espere, doctor, tengo varias cosas más, se lo digo porque si nos sentamos luego nos dará pereza levantarnos.

Dr. (desconcertado): Si le parece hoy hemos mirado dos puntos de la lista y otro día abordamos otros dos puntos.

P (desesperada): ¡Pero el caso es que hoy venía sobre todo por este mareo que tengo y que en la farmacia me han encontrado la presión a 21!

Comentarios

1. ¿Es correcto el método de «un motivo de consulta por visita»?

Este aforismo de «un motivo por consulta» lleva a la frustración del paciente y no permite al médico llegar al fondo de la problemática. Las consultas se multiplican en un clima de escaso entendimiento y menor eficacia. Tal como decíamos anteriormente el profesional debe realizar un mapa de quejas y demandas, porque este macrodibujo del paciente le ayudará, en gran medida, a comprenderle.

Ahora bien, una vez hemos delimitado que hay «varios problemas» que se nos pide abordar, procederemos por orden secuencial a su resolución. Abriremos un episodio de enfermedad para cada uno de ellos (siempre que entendamos que son temas separados), y si no tenemos suficiente tiempo para abordarlos *lex artis*, ofreceremos otra visita al paciente.

2. ¿Cuál es el principal error del profesional?

El principal error es el tono emocional cansino e irritable que demuestra. El paciente se nota desprotegido y confirmado en su pesimismo vital. Ello le conduce a regresar pronto a la consulta para clarificar los muchos puntos de la «lista» que no quedan claros. El clínico **emocionalmente proactivo** (Borrell F, 2002) se mantiene sereno e incluso inyecta optimismo en la relación: «la veo muy bien, Gertrudis», «enhorabuena por estos análisis, ha salido como si tuviera usted 20 años». Este tipo de frases, denostadas por un perfil de profesional «supercientífico», conectan con el mundo simbólico del paciente y pueden cambiar su percepción de bienestar subjetivo, siempre con la condición de *no decir mentiras*, ni tan siquiera las *piadosas*. No olvidemos que muchas veces no es tan importante para nuestra felicidad personal como *de verdad* estamos de salud, sino *como creemos estar*.

3. ¿Tiene alguna significación la forma en que la paciente va introduciendo las demandas, y de manera especial la necesidad de un examen proctológico?

Por lo general, los pacientes nos aportan una «agenda» y unos contenidos preelaborados de la visita. El orden y el significado de estas demandas no debieran pasar inadvertidos. La paciente ha previsto una visita más larga de lo que el médico está dispuesto a otorgar. Para ella se trata de un ritual en que existe un componente social importante. Desea «poderse explicar» y posiblemente en su fantasía ha imaginado un diálogo apacible por no decir cariñoso con su doctor/a. Este patrón es propio de pacientes solitarios, en los que la visita al médico o enfermera de familia es una forma de socializar. El cambio de tonalidad con que anuncia la exploración proctológica puede ser para atenuar su propio pudor, o puede albergar cierta tensión erótica. Ambas posibilidades deberían tenerse en cuenta, pues en comunicación siempre es mejor manejar varias hipótesis, de forma flexible, a una sola.

4. Cuando regresa de la exploración proctológica el paciente introduce lo que parece ser su principal preocupación... ¿cómo debe proceder el médico?

En primer lugar, debe detectar su propia reacción emocional, sin duda contraria a reabrir la entrevista, y calibrar las consecuencias de que en efecto fuera verdad lo que dice la paciente. Es precisamente en situaciones parecidas a éstas en las que una *buena dosis de flexibilidad* marca la diferencia entre *cometer o evitar* un error clínico. Tomar la presión arterial apenas le ocupará unos minutos, no hacerlo, en cambio, puede activarle posteriores ansiedades: «¿y si en efecto tenía una crisis hipertensiva?». El coste personal de esta preocupación equivale a *mil veces el pequeño esfuerzo de tomarle la presión*.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

1. Hágase leer toda la «lista de la compra». Sobre todo antes de abandonar la camilla de exploración física insista: «¿seguro que no hemos de mirar nada más?» Si a pesar de

ello al final de la entrevista el paciente saca otra demanda nueva (demanda que no nos haga prever gravedad o peligro inminente para el paciente), le propondremos con toda franqueza: «bueno, si le parece este otro tema lo dejamos para una visita posterior». Si el paciente insiste, aclararemos: «por desgracia hoy ya no dispongo de más tiempo para usted. Es muy difícil abordar en una sola visita más de... (decir aquí el número de episodios de enfermedad abordados), por lo que lo mejor será que me pida visita de control para...».

2. Distinga lo «nuevo» de lo «viejo». Estos pacientes son de alto riesgo para errores clínicos, básicamente porque el profesional aplica la regla «de tanto que me vienes que te ignoro». Otro médico o enfermera que evalúa al mismo paciente sin conocerles previamente puede descubrir trastornos y enfermedades con posible abordaje terapéutico. Reconsiderar a estos pacientes «como si no les conociéramos» suele tener un impacto positivo en la prevención de errores.

3. Intente regular usted mismo las visitas de control, y que éstas recaigan tanto en médico como en enfermería. Poco a poco pase de visitas semanales a quincenales, y de quincenales a mensuales. Utilice la fórmula: «quiero verle/a en... días». Cuando el paciente adelante la visita sin una razón de peso, *no se niegue a visitarle* y vuelva a marcar un intervalo para una visita de control que sea aceptable para el paciente.

4. Intente por todos los medios que los ancianos hiperfrecuentadores con deterioro cognitivo acudan con algún familiar o tutor. Active los dispositivos de asistencia social para que evalúen sus necesidades de apoyo, ayudas a domicilio, etc. A veces sus visitas expresan este déficit (que, por cierto, jamás lograremos suplir con una consulta).

Veamos estos principios aplicados en la entrevista anterior:

P (sacando una lista): Doctor, hoy le traigo todo bien apuntado, porque siempre me dejo cosas.

Dr. (en tono cordial): Lo celebro, nos va muy bien que lo traiga ordenado. Si me lo permite lo leemos juntos.

(Ambos leen todos los puntos de la lista.)

Dr.: Me trae 10 puntos, pero hoy, con suerte, podemos ver en el tiempo de que disponemos un par o tres... ¿cuáles le parecen más importantes?

P: Doctor, ¡todos son importantes!

Dr.: Y por esto mismo le daré visita la próxima semana, para ver el resto. ¿Cuál de estos puntos considera hoy el más importante?

Una vez priorizados dos aspectos o tres, el profesional pasa a resolverlos. La estrategia de «**negociar las demandas a plazos**», que defendemos aquí, no se contradice con el mapa de quejas y demandas expuesto más arriba. Aunque aplacemos demandas, el médico tiene que tener un mapa completo de quejas, única manera de llegar a buenos diagnósticos. ¡Imagine cuán difícil resulta diagnosticar a un paciente depresivo si lo fraccionamos en todas las molestias corporales que experimenta! Ya en el cierre de la entrevista el paciente añade:

P: ¡Ay! ¡Y esta espalda! ¡No me va a mirar esta espalda?

Dr.: Claro que sí. Esta espalda se merece una buena visita. Quiero verla en unos 10 días, mire, le hago un hueco en mi agenda, aunque la tengo muy llena, para el día... Veremos su espalda y otros dos problemas de la lista. ¿Le va bien este día?

Recuerde, ante un paciente polidemandante:

- Mapa de demandas y quejas.
- Negociar el contenido de la visita.
- Dar visita de seguimiento.
- Distancie las visitas al menos a una por mes.
- Mantenga un tono emocional proactivo.
- Distinga lo «nuevo» de las viejas demandas o quejas.

El acompañante invasivo

Una fuerte tradición biomédica ha demonizado al acompañante, que por definición «tenemos que hacer callar» para que pueda alzarse la voz del «verdadero paciente». Grave error que ha llevado a infrautilizar un enorme potencial tanto en el aspecto semiológico, como de aliado terapéutico. No por ello vamos a negar que a veces el acompañante puede ser incómodo. Véase, por ejemplo, la siguiente situación:

Dra.: Dígame usted.

José: Otra vez me he constipado.

Esposa: Diga que no, doctora. No es constipado, es una bronquitis porque no para de fumar. No hace caso de lo que usted le dijo. Tiene que asustarle porque así no sé a dónde vamos a parar.

Dra.: Cuénteme José...

Esposa: Toda la noche tosiendo y al final la que paga el pato soy yo que no pego ojo.

Dra.: ¿Ha tenido fiebre, José?

Esposa: Fiebre no, pero el otro día, subiendo las escaleras, resulta que se puso pálido como la cera, ¡cuéntale todo, José!, y además tenía dolor aquí (señalándose el pecho), ¡anda, cuéntales!, que a la doctora no se le puede esconder nada, que sería ir en tu contra.

Dra. (irritada): Señora, por Dios, pero ¿no se da cuenta de que le tiene atosigado, que así no hay quien pueda decir esa boca es mía?

Comentario

1. ¿Detecta usted algún error en la manera de actuar del profesional?

La última intervención de la doctora, indudablemente, es brusca. Realiza un juicio de valor sobre la relación de pareja («le tiene atosigado»), y da rienda suelta a su impaciencia.

2. ¿Hay alguna clave de tipo semiológico que fuera importante rescatar en el diálogo anterior?

Han aparecido varias claves semiológicas:

- El paciente se declara resfriado, tiene tos pero no parece que fiebre (este punto debería confirmarse), y continúa fumando.
- Además parece que ha tenido un episodio de dolor precordial al esfuerzo, tal vez acompañado de vegetismo.
- Finalmente, la misma relación interpersonal de la pareja es un dato semiológico, como veremos a continuación.

3. ¿Podemos colegir algún tipo de relación peculiar en las parejas que se presentan en la consulta de esta manera?

La manera de interactuar una pareja obedece a una relación previamente establecida y sedimentada por los años. El profesional fácilmente va a percatarse de quién lleva las riendas de la situación, grado de dependencia mutua, grado de aprecio y respeto entre ellos, etc. En el caso que abordamos:

- No hay miembro de la pareja que pueda ser tan invasivo sin la pasividad, o concepción, o *secreto interés*, por parte del otro miembro, para que se actúe en este sentido.
- Cuando nos encontramos con un miembro de la pareja que actúa de manera muy invasiva, hemos de plantearnos un diagnóstico diferencial que abarca diversas situaciones: a) el acompañante está detectando una situación de riesgo y el miembro más capacitado en habilidades sociales toma la iniciativa; b) uno de los miembros de la pareja (que además es el dominante), está irritado contra el otro miembro, y vehiculiza su malestar a través de síntomas que le achaca o, más habitual, le molestan; por ejemplo: «ronca y no me deja dormir»; c) el patrón de comunicación obedece a un tipo de dependencia aceptada por la otra parte, y que configura el tipo de relación interpersonal que sostienen desde hace tiempo, y d) existen aspectos sadomasoquistas (p. ej., insultos verbales o maltrato psicológico), y el miembro dominante quiere evitar que el paciente diga cosas inconvenientes, por ejemplo que revele malos tratos físicos o psicológicos. En tales casos, podemos apartar al paciente a otra consulta con la excusa de realizar un procedimiento. Otras veces una madre desea revelar información del muchacho/a que se supone no debiera saber (p. ej., que se droga). Si tenemos esta sospecha realizaremos preguntas muy concretas (¿consumes coca? ¿y éxtasis?, etc.), siguiendo el aforismo: «el paciente puede que disimule, pero casi nunca miente».

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

1. Aplique la técnica que llamamos «**vaciado de la interferencia**» (tabla 1.1, capítulo 1): diríjase al acompañante invasivo con toda cordialidad e invítele a que diga todo lo que tenga que decir. Tómese en serio la información que le proporcione.

2. Solicite al paciente que exprese sin cortapisas el motivo de consulta, por ejemplo: «y a su manera de ver, ¿qué le trae hoy por aquí?» Confirme los extremos más importantes que haya aportado el acompañante: «¿qué le parece esto que dice su señora en relación a que...?» Es la que llamamos «**técnica del puente**».

3. En caso de que el acompañante interrumpa de nuevo, y usted no considere útiles sus aportaciones, propóngale un **pacto de intervención**: «bueno, ha tenido usted su tiempo para contarme todo lo que ha querido, ¿qué le parece si ahora le dejamos este tiempo a XX?» Si a pesar de ello el acompañante insiste, podemos llevarnos al paciente a la camilla y proseguir allí la anamnesis, junto a la exploración física. Si aún así el acompañante invade el espacio del paciente, puede que sea oportuno llevarlo a otra consulta, o invitar al acompañante a que abandone la consulta (**creación de un nuevo entorno**): «¿qué le parecería si por un momento nos deja solos? Enseguida le hago pasar de nuevo». Procure hacerlo con toda cordialidad.

En el caso analizado:

Dra.: Dígame usted.

José: Otra vez me he constipado.

Esposa: Diga que no, doctora. No es constipado, es una bronquitis porque no para de fumar. No hace caso de lo que usted le dijo. Tiene que asustarle porque así no sé a dónde vamos a parar.

Dra. (proponiendo al paciente que dé su consentimiento para realizar el «vaciado de la interferencia»): ¿Le parece bien, José, que primero su señora me diga todo lo que quiera, y luego usted me cuenta también todo lo que quiera?

Esposa (sin esperar el consentimiento de su marido): Verá usted, doctora, aparte de que no hace ningún caso de lo que usted le dice, a ver si le asusta porque no para de fumar, el caso es que el otro día me asusté mucho, porque cuando subía unas escaleras se puso pálido y con dolor en semejante parte (se señala el precordio).

Dra.: ¿Me quiere comentar algo más del marido?

Esposa: No, del marido no, pero yo también vengo porque me duele el hombro.

Dra. (*ignorando* la demanda del acompañante): Pues si le parece ahora vamos a dar la palabra al paciente, ¿le parece bien? Veamos, Sr. José, usted venía por el resfriado, ¿es así?

P: Eso es.

Dra. (*técnica del puente*): ¿Y eso que me cuenta su señora sobre este dolor que le dio subiendo unas escaleras?

En la agenda del profesional aparece de manera prioritaria clarificar estos síntomas que pudieran anunciar una precordialgia, ¡incluso en el caso de que el paciente los niegue o minusvalore! Como decíamos anteriormente: evite la *dependencia de campo*. Los objetivos del profesional no tienen por qué coincidir con los del paciente. Tienen que tener en cuenta los objetivos del paciente, pero también tiene que incorporar aquellos otros objetivos derivados de sus conocimientos técnicos.

Recuerde, ante el acompañante invasivo:

- Practique «vaciado de la interferencia», seguida de «pacto de intervención» y «técnica del puente».
- No dude en crear un nuevo entorno si es necesario.
- Aproveche todo el material que aporte el acompañante.
- Evite la «dependencia de campo»: su criterio en tanto que profesional es importante.

Cuando la lengua es otra y de otro

Asha, 32 años, viene acompañada de su hija de 10 años, Anaia. Ambas son magrebíes. Anaia habla bastante bien el español, pero no así su madre.

Abreviatura: E: enfermera.

Anaia: Dice mi mamá que le duele la barriga.

Asha señala ostensiblemente su bajo vientre mientras habla la niña.

E: Pregúntale cuantos días hace.

Anaia: Hace bastantes días.

E: Pregúntale si tiene retortijones.

Anaia: No entiendo...

E: Pregúntale si tiene diarrea.

Anaia: Dice que por delante.

E: Pregúntale si le escuece la orina.

Anaia: Dice que sí.

E: Dile a tu madre que vaya al lavabo, ponga un poco de orina en este bote y me lo traiga.

La tira reactiva de orina apunta indicios de leucocituria, por lo que se le indica un anti-séptico urinario. Al día siguiente ingresa en urgencias y es operada de embarazo ectópico.

Comentarios

1 ¿Cuál fue la principal barrera para establecer una comunicación eficaz?

La principal barrera fue la pereza del entrevistador. Pensó que podía ahorrarse una exploración física basándose en las referencias de la niña, y la presunta disuria. En este caso resultaba ineludible una exploración abdominal y pélvica, aunque sólo fuera por los gestos ostensibles de la mujer señalándose el bajo vientre. El valor de la palabra quedaba en un segundo plano.

2 En ausencia de un mediador cultural, ¿deberíamos negar la asistencia a este perfil de paciente a fin de evitar errores clínicos?

Nunca denegaremos la asistencia. Existe en diversas comunidades autónomas un teléfono de traducción simultánea para la mayor parte de idiomas. Si ello no es posible, es mejor tratar de entenderse directamente con la mujer, y auxiliarse de la niña de manera puntual, para palabras concretas. Finalmente, siempre hay que compensar la falta de comunicación oral con una exploración física lo más exhaustiva posible, sin dejar de comunicarse a nivel no verbal mientras exploramos. Si persisten dudas sobre la orientación diagnóstica, y son dudas relevantes, procederemos a requerir la presencia de un mediador, o derivaremos a un centro provisto del mismo.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

1. Tenga a su alcance un «Libro de Babel» (donde en diferentes idiomas figuran dibujos con frases ilustrativas de las molestias más habituales).

2. Familiarícese con el uso de los teléfonos de traducción simultánea, o en su defecto, con los servicios de voluntariado que ofrecen prestaciones similares.

3. Acuerde con el paciente un código sencillo no verbal: «aquí sí/no duele», «haga esto que yo hago», etc.

4. Aunque un familiar o amigo traduzca al paciente, no olvide que pueden producirse errores muy importantes. No olvide nunca realizar una exploración física completa y otorgue un valor independiente a los datos de exploración.

5. En determinadas situaciones el acompañante que actúa como traductor puede confundirse y responder como si él fuera el paciente. Trate de percibir si es un traductor capacitado: longitud parecida de las frases, cada vez se dirige al paciente, se esfuerza por hacerse entender...

Conceptos avanzados

Tipos y propósitos de la escucha

La escucha que practicamos en nuestras relaciones sociales es una escucha operativa, dirigida a solucionar problemas cotidianos. Cuando entramos en conversaciones más íntimas escuchamos, en parte, por cortesía, para acompañar a la otra persona, y, si existe amistad, en parte, por simpatía, para contagiarnos mutuamente de emociones u opiniones (compartir nuestra realidad íntima es *colorear* el mundo de manera parecida).

La escucha profesional es distinta. Por un lado, sustituye simpatía por empatía. El concepto de empatía *da derecho* al clínico para comprender de manera afectuosa, pero *no emocionada*. Ello le faculta para ir más allá de los contenidos superficiales. Un clínico toma nota no sólo de lo que dice el paciente, sino de cómo lo dice. Un paciente «pesado» puede tener un déficit cognitivo, una repentina euforia le hace sospechar una hipomanía por ingesta de antidepresivos, unos trastornos digestivos mencionados «de paso» por el paciente le hacen pensar en una dispepsia ulcerosa... En eso consiste la *escucha semiológica*: pasar de la anécdota a la categoría.

Algunas veces se ha opuesto una escucha descriptiva a una escucha semiológica (Fernández Liria, 2003). El consejo sería más o menos: «es mejor que trate usted de escuchar sin prejuicios lo que el paciente aporta en cada momento, dejando, pero no provocando, que se forme en su mente un escenario de lo que le pueda ocurrir». Esta estrategia permitiría recoger matices de la realidad imposibles de percibir cuando estamos escuchando con el único propósito de «etiquetar». Algo de eso ocurre cuando tratamos de recoger literalmente en la historia clínica las frases más típicas del paciente, o la que llamábamos anteriormente *lectura textual de síntomas*. Ahora bien, después de un primer tiempo donde somos esponjas, tiene que venir un segundo tiempo donde *interpretamos*. No todo el mundo sabe sacarle el mismo jugo a la esponja. La actitud semiológica es una actitud caracterizada por:

- Una visión del paciente que separa lo que pensamos o sentimos hacia él de lo que pensamos y sentimos hacia los síntomas que manifiesta. Por este motivo uno es mal médico de sus mejores amigos, pues no se atreve a pensar «en lo peor».
- Una galería de imágenes y situaciones de referencia. Son los *código-fuente* donde acudir y comparar con las imágenes y situaciones diarias. Para sacar todo el provecho posible el clínico debe aplicarse a su estudio de manera periódica (p. ej., mediante el estudio de casos clínicos, refrescar la memoria con imágenes típicas, etc.).
- La voluntad de *pensar creativamente* sobre el paciente. Ir más allá de las primeras etiquetas. Crear a partir de la realidad nuevos código-fuentes que enriquezcan nuestra visión del mundo.

Imaginemos que el paciente declara:

- «Me peleo con todo el mundo. Estoy muy nervioso.»

En lugar de pensar: «¡Pues vaya energúmeno!», el clínico se dice: «Agresividad y nerviosismo. Vamos a buscar más datos en el área psicosocial.»

La escucha semiológica debe efectuarse no sólo sobre lo que el paciente dice verbalmente, sino también sobre lo que nos dice su cuerpo, sus expresiones faciales. Ello supone un estado de alerta y concentración para propiciar que lo hablado por el paciente se convierta en dato con valor clínico. Por ejemplo:

- «Este paciente dice no salir de casa para hacer las compras porque se marea. Le veo nervioso, evitativo... Expresa con dudas el origen ótico de sus mareos, pero también parece disgustarle cuando abordo su estado de ánimo.»

Una de las grandes dificultades de la escucha semiológica es practicarla cuando: a) damos escaso crédito al paciente, o b) tendemos a considerar al paciente como ciudadano y muy poco como paciente. Vea como ejemplo el cuadro 2.1.

Sólo encontramos datos semiológicos cuando la inteligencia puede desentenderse de los aspectos mecánicos de obtener buenos datos, y se centra por completo en la interpretación de los mismos. Lo cual resulta muy difícil o imposible de realizar cuando tenemos emociones, sobre todo negativas, que interfieren en la escucha.

Emociones y escucha

Posiblemente fue Karl Rogers (1980) y un poco después la Escuela de Palo Alto quienes empezaron a usar el término *empatía*. Casi todo el mundo cree que es una palabra añeja, debido a la rapidez con la que se popularizó, pero en realidad es una creación intelectual

Cuadro 2.1

El peligro de no creernos al paciente

Entra un paciente reclamando la baja laboral por debilidad generalizada. El médico piensa: «he aquí otro rentista». Esta clasificación le retira el valor de paciente para darle el valor de «ciudadano-rentista», y por consiguiente ya no practica la escucha semiológica. El paciente se queja de debilidad difusa: «me duelen las piernas y yo así no puedo trabajar». El médico explora de mala gana al paciente y no encuentra datos relevantes. Se produce una discusión sobre la baja laboral, y el médico pierde una excelente oportunidad para diagnosticar una enfermedad de Hodgkin que hubiera sido evidente con sólo realizar una radiografía de tórax.

moderna, en buena parte colectiva (como todas las palabras importantes) y por cierto muy refinada. La **empatía** es, en primer lugar, un estado emocional del entrevistador que le permite detectar emociones en su contertulio (*primer momento de la empatía*). Gracias a ello puede evidenciarle que se ha percatado de dicha emoción (*segundo momento de la empatía*), ya sea a nivel verbal (expresiones de solidaridad del tipo «me doy cuenta», «ya veo que sufre», etc.) o de tipo no verbal (gestos faciales equivalentes). Una sonrisa puede tener un valor de cordialidad y en otro contexto un valor empático. La formulación verbal más generalizable sería: «comprendo como se siente». En la empatía *prima el componente no verbal sobre el propiamente verbal*. Una frase empática como «ya veo que se lo pasa mal», pronunciada con desdén o cansancio, tiene un valor contrario al deseado: sería de crítica o antagonismo. Tampoco confundiremos intervenciones empáticas con **juicios de valor** («hiciste lo que pudiste»), o con **seguridades prematuras** («todo saldrá bien, descuida»).

La empatía se distingue de la simpatía por la calidad gradativa de la solidaridad. La simpatía nos pide una disposición única y total hacia el familiar o amigo, entrar en sintonía con él y coparticipar en la manifestación de sus emociones. Con la empatía, en cambio, nos damos permiso para sentir el dolor ajeno más por la vía de la razón que del corazón. Cuando empatizamos (p. ej., diciendo a nivel verbal o gestual: «me doy cuenta de que sufre»), nos ofrecemos como posibilidad de ayuda, pero a diferencia de la simpatía amical, es una actitud regida por normas de profesionalidad. La empatía partiría de las siguientes asunciones: a) no es necesario que usted sufra con el paciente, basta con que se percate de ello y se lo reconozca; b) es permisible la pequeña hipocresía, o el «teatro», de declarar que «sentimos» un dolor ajeno cuando en realidad casi no lo sentimos, pues la consecuencia es positiva para el paciente pero también *para mí* (me habitúa a la solidaridad emocional, como el actor que acaba por creerse su papel); c) usted tiene no sólo el derecho, sino el deber de mantenerse a una *distancia emocional* del paciente, pues esta **distancia** es **terapéutica** en la medida en que le permite pensar y decidir de manera más analítica y ecuánime. Es una **amistad médica** (Laín Entralgo, 1964) o de **enfermería** desde la que podemos razonar un «no»: «verá, esto que me pide no se lo puedo hacer porque...» Véanse otras características de la empatía en la tabla 2.6.

Ahora bien, mientras que el concepto de empatía es muy claro, la práctica de la empatía es dificultosa. Venimos de una cultura del pudor donde las manifestaciones externas de solidaridad casi se dan por *rebasamiento del afecto*. La empatía profesional pide exactamente lo contrario (figura 2.4): escenificar un gesto de solidaridad cuando apenas tenemos un destello de afecto hacia el paciente. ¿No es eso «hacer teatro»? se pregunta con razón el alumno avezado. Sí lo es, hasta cierto punto, lo es. Pero teatro no equivale a hipocresía. Digamos que es una puesta en escena que a fuer de repetirse crea en nosotros un hábito de solidaridad. Ésta es la base racional y ética.

Tabla 2.6.
Diferencias entre cordialidad, empatía y simpatía

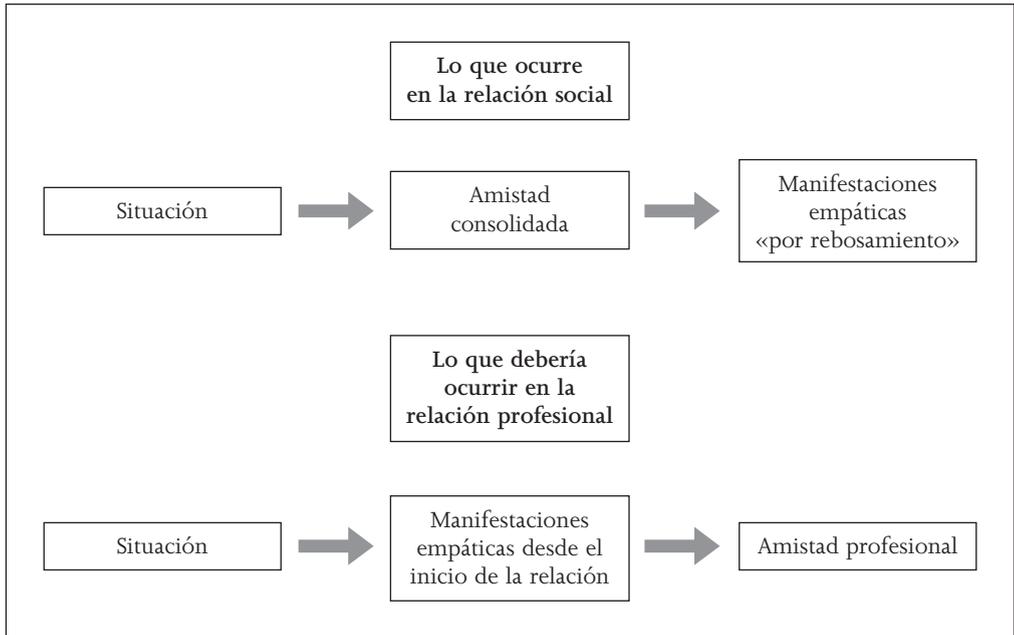
| | Cordialidad | Empatía | Simpatía |
|--------------------------------|--|--|--|
| Sentimientos | «Sea usted bienvenido. Es un placer hablar con usted» | «Entiendo cómo se siente» | «Sufro con usted» |
| Actitud de base | Cumplir con el rol determinado por la sociedad | Puede esperar favores, pero dentro de unas normas (p. ej., evitaré cometer actos injustos) | Siempre un «sí», como si fuera «de la familia» |
| Tipo de amistad a que da lugar | Trato amable; puede incluir trato paternalista. No hay propiamente amistad | Amistad médica o profesional | Amistad ilimitada. Hermanamiento |
| Contenido ético | «Soy un técnico y como tal actúo. No se me puede pedir más» | «Voy a tratar de hacer todo lo que pueda por usted siempre que sea correcto» | «Trataré de beneficiarle al máximo, incluso dándole un trato preferente» |

Cuando hablamos de empatía no puede faltar una reflexión sobre la paciencia. No hay posibilidad de tener emociones positivas hacia el paciente sin una buena dosis de paciencia. ¿Se imaginan intentando decir algo parecido a una respuesta empática desde la irritación o las prisas? Paciencia equivale para algunos a *saber sufrir* (Sádaba J, 1999). Preferimos definirla como esta calidad emocional por la que aceptamos como inevitable lo que resulta inevitable (Platt F, 2000). Es inevitable que un anciano de 85 años se tome su tiempo para pasar a la camilla y desvestirse. Paciencia es dejar fluir el presente *sin empujarlo* y sin sufrir por el hecho de no poder ir más deprisa. Una mujer maltratada se tomará su tiempo para desahogarse, y bienvenido sea el momento en que logra hacerlo. En ocasiones, hemos de curarnos del deseo de curar, *pero no del deseo de entender* (Guillem Salvador, 2002). Con la paciencia nos ponemos al ritmo de las cosas, y ello ya resulta en sí mismo empático. ¿Ha considerado usted que también puede haber una calidad contemplativa en la tarea de pasar consulta? Cuando se logra esta calidad, la paciencia deja de ser sufrimiento para devenir sintonía: nos sintonizamos en el ritmo de lo inevitable.

La comunicación en flujo frente a la comunicación turbulenta

Para Suchmann (1998) hay dos posiciones básicas en toda relación humana: colaborativa o competitiva. En la consulta damos por sentado que estamos en la primera posición, pero lo cierto es que hay resquicios para la suspicacia, la burla, la hostilidad, el rencor, la humillación o la culpa, entre otros sentimientos negativos.

El **estilo emocional** más natural es el que llamábamos anteriormente **reactivo**: agradables con las personas que se comportan de manera agradable con nosotros; hostiles con los que se muestran hostiles. A cada cual le pagamos con la misma moneda. Lo contrario al estilo reactivo es el **estilo proactivo**. En el estilo proactivo tratamos de romper el círculo vicioso de las emociones negativas. Hay personas dotadas de un humor a prueba de bomba: siempre parecen estar alegres y optimistas. Son personas proactivas en todas las facetas de su vida. Su capacidad de impregnar el medio donde se mueven con estas calidades, las hace muy apreciadas. Podemos aprender mucho de ellas, por ejemplo podemos aprender sentido del

**Figura 2.4.**

Diferencia entre la manifestación empática en el medio social y profesional.

humor: sonreír y reír con el paciente, nunca *a costa del paciente*. También podemos aprender la *inutilidad del rencor*. El rencor es una fantasía de venganza que nunca acaba de realizarse. La persona rencorosa tiene un libro de contabilidad donde con paciencia de avaro atesora números rojos, esperando el momento oportuno de pasar cuentas... No le importa mucho que llegue este momento, porque en el fondo *disfruta con la infelicidad de la espera*. En resumen, de un estilo proactivo se deriva una comunicación emocional en flujo, de uno reactivo una comunicación turbulenta. Vamos a estudiar esta última.

¿Se imaginan ser el médico o la enfermera de un paciente al que tenemos tirria? Eso sucede. Puede que el origen sea «una jugarreta» que nos haya hecho este paciente hace unos años. Las consecuencias pueden ser graves: al bloquear la relación e impedir un auténtico interés hacia lo que le ocurre al paciente, desviamos las energías para pensar cuál puede ser el máximo beneficio que podemos procurarle. Aunque el clínico piense que está haciendo «como para cualquier otro paciente», está a riesgo de banalizar las quejas: «otra vez lo de siempre, vaya pesado». Es un perfil de alto riesgo para errores clínicos. Por consiguiente, hemos de poner las cartas boca arriba, y decidir si proseguimos la relación o la rompemos. Si decidimos seguir con la relación hemos de hacer obligatoriamente «borrón y cuenta nueva». Limpiar la memoria de las secuencias desagradables con que la vida se tropieza es un mecanismo básico para preservar la salud de nuestras relaciones personales, lo que es casi tanto como decir de nuestra salud mental.

Otra manera que tiene el clínico de descargar su frustración es humillando al paciente o a sus familiares. Por ejemplo en urgencias pediátricas:

—«¿Y por qué nos trae a la niña habiendo pasado tantas horas? Claro, como ha acabado el partido de fútbol todos para urgencias, ¿no? Si estuvieran enfermos de verdad otro gallo cantaría.»

En la consulta podemos erosionar la relación asistencial con comentarios culposos del tipo:

–Usted no hace nada por adelgazar y todo lo quiere con medicinas, pero así no vamos a ninguna parte.

Lo mismo dicho en un tono constructivo:

–Por supuesto, vamos a darle medicinas para este dolor de rodillas, pero piense que la mitad del negocio es que usted adelgace ni que sean 5 o 10 kilos.

En oposición a la **comunicación turbulenta** (donde la culpa, la humillación y el rencor son pilares básicos), la **comunicación en flujo** es un tipo de comunicación cooperadora. El concepto de *autoridad* deja paso al concepto de *utilidad*: ser útiles al paciente aunque debamos rectificar. La clave de este estilo reside en un tono emocional de aceptación del otro, integración de sus expectativas y empatía.

Aceptación del otro

El paciente no necesita la tarjeta de presentación de una enfermedad orgánica para ser considerado paciente. Sus inquietudes o su malestar son razones suficientes. Tampoco vamos a criticar su manera de ser. Las personas son como son, y es inútil (cuando no contraproducente), imaginar un escenario de pacientes «perfectos» o «buenos pacientes». ¿Buenos para quién? El clínico debe aceptar toda la variedad y riqueza del ser humano. Un paciente difícil es una gran oportunidad para detectar nuestras insuficiencias técnicas y emocionales. La utopía (en realidad distopía) del «buen paciente» consiste en un mundo repleto de ciudadanos educados que nos aportan motivos de consulta bien elaborados en un perfecto estilo expresivo, y si puede ser con enfermedades *interesantes*. La *utopía del buen paciente* ha hecho un daño enorme al profesionalismo, y se contagia de manera inaparente de tutores a alumnos o residentes.

Integración de sus expectativas

Propiciar su verbalización es el primer paso, pero no basta con escucharlas, debemos hacerlas nuestras. Las hacemos nuestras cuando declaramos: «lo tendré en cuenta», cuando adaptamos el curso de acción a sus preferencias o cuando propiciamos alternativas para que el paciente tenga sensación de control.

Empatía

Ya hemos hablado de ella, pero aquí nos interesa enfatizar su componente expresivo. Hay en este punto mucho de *depuración voluntaria* de nuestra manera habitual de hablar. Un paciente no es tuberculoso, sino que tiene una tuberculosis, sus ansiedades nunca son tonterías, sus quejas tampoco son, a priori *banalidades*. Cuando depuramos este tipo de expresiones cotidianas empezamos a hacer de la empatía un hábito (¡y empezamos a ser mejores!, como acertadamente enseñó Siddharta Gautama 600 años aC [Smith H, 2002, pág. 117]).

Compromiso terapéutico

No vayamos a confundir calidad emocional de una relación con compromiso terapéutico. Entendemos por **compromiso terapéutico** (Shea SC, 2002) el grado de riesgo, esfuerzo e incluso sacrificio personal que el paciente, o en su caso el clínico, están dispuestos a arrostrar en el proceso terapéutico. Puedo mantener una comunicación en flujo y el compromiso terapéutico ser muy escaso. Datos para sospechar esta falta de compromiso:

- El paciente no acude a algunas citas.
- Cuando el diálogo avanza hacia situaciones conflictivas uno de los protagonistas (paciente o profesional) desvía la conversación.
- Detectamos falta de adherencia a una determinada medicación o consejo por parte del paciente.
- Cuando el paciente sale de la consulta el profesional necesita hacer un comentario burlón a algún colega, o al estudiante que le acompaña.

Las causas por las que un paciente no se compromete en la relación pueden variar según la situación clínica o el problema de salud. Puede tener pánico a reconocer la auténtica naturaleza de sus relaciones familiares, vergüenza a mostrar una parte de su vida íntima, sospecha de que no se mantendrá la confidencialidad, pudor por mostrar una parte de su cuerpo... o de su manera de ser, a depender de otros, etc.

Por el lado del profesional el problema no es tanto la confianza o el pudor como la pereza y el riesgo. Compromiso terapéutico es coger una radiografía y consultarla con el radiólogo, o en el caso de enfermería solicitar unos minutos de espera al paciente mientras que se consulta una duda con el médico, llamar a un especialista para conseguir una visita urgente, o llevar un caso donde nuestra actuación ha sido desacertada a sesión clínica, tratando de recoger ideas de otros colegas para subsanar un error.

A veces el paciente «entrega» literalmente su intimidad al profesional, incluso en una primera entrevista. *La cordialidad produce en el paciente una falsa sensación de familiaridad*, pero ello no equivale a un compromiso futuro con el proceso asistencial, entre otras razones porque en la soledad de su hogar puede experimentar una vergüenza que le impida regresar a la consulta. Consecuencia: habremos perdido al paciente. En este sentido, cuando en una primera entrevista el paciente nos desvela aspectos muy íntimos, puede ser oportuno decirle antes de cerrar el interviú: «¿cómo se ha sentido contándome todo esto?» Si aparecen sentimientos de culpa o vergüenza, procederá trabajarlos y **normalizarlos**: «muchas personas se sienten así... lo que me ha contado no me resulta raro ni extraño, es normal incluso sentir pudor por lo que se ha comentado, pero no olvide que nosotros tenemos deber de confidencialidad». Y, finalmente, para minimizar la reacción de vergüenza: «vamos a quedar para tal día... pues me interesará ver la evolución de esta molestia» (siendo tal molestia con preferencia en el área biológica).

La buena escucha

Byrne y Long (1984) en un trabajo pionero realizado con audiograbación, estudiaron más de 2.000 entrevistas de atención primaria, y llegaron a la conclusión de que los profesionales se inclinaban mayoritariamente por un estilo «centrado en la experiencia del entrevistador». Con ello quisieron, por un lado, remarcar que la ocupación del tiempo, lo que llamamos hoy día **ocupación verbal del tiempo de entrevista**, era a favor del profesional. En consecuencia, el paciente no podía expresar todas sus inquietudes. Se le permitía al inicio expresar una demanda, pero luego la entrevista discurría con un «alto control» (Platt FW, 1979): el entrevistador delimitaba a cada momento lo que deseaba que le dijera el paciente. En el Eurocommunication Study las ocupaciones verbales medias de buenos entrevistadores oscilaban entre un 51 y un 54 % del tiempo total (van den Brink-Muñen, 1999).

¿Puede suponer una gran pérdida de tiempo que el paciente se exprese con absoluta libertad? ¿Comporta beneficios reales? Abogamos por un instante en toda entrevista que llamamos de «**apoyo narrativo**» o «**punto de fuga**», donde procedemos al vaciado de la información preelaborada, y a una escucha sin cortapisas, donde el profesional **deberá actuar como mero apoyo y estímulo**.

La cordialidad determina, junto a la reactividad, la cantidad de información vertida espontáneamente por el paciente. La empatía (ya descrita de forma suficiente), la profundidad de los contenidos. Entendemos por **reactividad del entrevistador** el tiempo que tarda en intervenir después de haber hablado el paciente. Con reactividad alta se producen **interrupciones** del profesional, y con reactividades bajas, **silencios disfuncionales**. Silencio disfuncional es aquel en el que el paciente espera que el entrevistador le diga o haga algo (Froelich RE, 1977, pág. 39). La incomodidad del paciente recae sobre el propio entrevistador. En cambio, los **silencios funcionales** ayudan al paciente a concentrarse, le dan un espacio para que medite, o le provocan una tensión que le conduce a decir o hacer algo que inicialmente no quería decir o hacer. Por ejemplo, sería silencio disfuncional:

Madre: Estos dolores de barriga le dan a la niña cuando está en el colegio.

Pediatra: ¿Ah, sí? (mirando a la niña), vaya, vaya... (silencio).

Madre (interrumpiendo el silencio): ¿Pueden ser nervios?

Este silencio es **disfuncional** porque pone el acento en observar a la niña, no a que la niña hable. La madre lo nota e interrumpe el silencio. En cambio sería **funcional**:

Madre: Estos dolores de barriga le dan a la niña cuando está en el colegio.

Pediatra: ¿Ah, sí? (mirando a la niña), a ver, Marta, ¿qué dices de eso? (técnica del puente).

Se produce un silencio que el pediatra aguanta mirando a la niña con una sonrisa. Como ve que la paciente no se anima a hablar, continúa:

Pediatra (en tono cordial): ¿Hay algo en la escuela que te ponga nerviosa, o te incomode?

Se produce un nuevo silencio, que en esta ocasión interrumpe la madre.

Madre: Me ha comentado que hay unos niños que se burlan de ella cuando tienen gimnasio, ¿verdad Marta?

Marta se cruza de brazos y piernas (*postura cerrada*), por lo que el pediatra prefiere rebajar la tensión:

Pediatra: A veces ocurre y es muy desagradable, o sea Marta que te entiendo perfectamente, si fuera el caso. Vamos de todas maneras a mirar la barriga, ven para la camilla...

Otra técnica de menor enjundia son las **facilitaciones** y las **órdenes cordiales**. La primera de ellas se trata de una conducta del entrevistador, verbal o no verbal, con la cual intenta ayudar al paciente a iniciar o proseguir su relato, sin indicar, sugerir o prejuzgar los contenidos del mismo. Para ello puede hacer cabeceos que indiquen «continúe, le escucho con atención», o sonidos guturales de similar significado. Otras veces lo indicará con órdenes cordiales del tipo: «continúe, se lo ruego», «¿y qué más?», «hábleme más de este tema...».

Los entrevistadores con **habilidades de facilitación** suelen usar una **técnica especular** consistente en reflejar con el rostro reacciones emocionales similares a las que experimenta su paciente. Si éste manifiesta dolor harán una microexpresión de dolor, si el paciente ríe, sonreirán, etc. Observe cuán importante es detectar en una conversación la **posición asimétrica** (contraria a la especular): sonreímos y nuestro contertulio evita la mirada o claramente

no sonrío. Esta asimetría nos indica a las claras que no está en flujo emocional con nosotros, que no nos tiene empatía o simpatía. Algo pasa. No olvidemos que la comunicación es un proceso eminentemente cualitativo en el que importan este tipo de signos cargados de significado. Por consiguiente, la base de esta técnica especular se basa en la *correspondencia*: tanto me das, yo te doy; «he recibido el mensaje y lo entiendo». Un breve fruncimiento de las cejas, una sonrisa que significa «claro», junto a una baja reactividad y silencios funcionales, todo ello configura la dimensión no verbal de una técnica especular; por consiguiente es más el clima logrado que una técnica concreta.

No confunda **facilitación** con una frase inicialmente facilitativa que culmina con una pregunta; por ejemplo: «siga, siga... ¿le dolía más la pierna por la noche?». En este caso la facilitación carece de valor, pues la atención del paciente se dirigirá hacia la pregunta final. Cuando se yuxtaponen dos técnicas verbales, el valor del conjunto suele ser el de la última técnica.

Las **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. Tiene la gran ventaja de que el paciente no puede negar algo que acaba de decir. Si, por ejemplo, el paciente dice: «todo esto me hace sentir mal, pero uno hace la vida normal y trata de olvidar», y nosotros repetimos: «¿le hace sentir mal?», provocaremos que el paciente rescate los recuerdos que le hacen sufrir, mientras que si decimos: «usted quiere hacer una vida normal», esta frase facilitará la recomposición de sus defensas.

Las **frases por repetición** tienen una gran utilidad, a condición de usarlas puntualmente. Al ser fáciles de formular (basta con repetir lo que acaba de pronunciar el paciente) podemos tener la tentación de abusar de ellas como **latiguillos**, con el consiguiente cansancio (o incluso irritación) del consultante. Como norma recomendamos que respondan a momentos álgidos de la entrevista, cuando tengamos la impresión de que el paciente está diciendo algo importante y el mismo flujo de ideas le aparta hacia aspectos menos interesantes. Vale la pena advertir que la repetición debe hacerse en una tonalidad de voz apropiada. Si, por ejemplo, el paciente dice: «no puedo trabajar nada», y nosotros repetimos: «¿nada?», con incredulidad, obviamente hemos realizado un **antagonismo**, que no frase por repetición. Muy cercana a esta técnica tenemos la **adición sugerida**: añadimos un adjetivo o un dato que pensamos que el paciente desea expresar o está a punto de expresar.

La **clarificación** es una intervención verbal o no verbal que obliga al paciente a explicar el sentido de un término o idea. Por ejemplo: «¿qué entiende usted por...?» o una expresión de extrañeza equivalente. Como decíamos antes, sería un error abusar de esta técnica, pues daríamos la impresión de estar efectuando un interrogatorio policíaco. También evitaremos un tono inadecuado que lo convierta en una crítica implícita.

La técnica de **señalamiento** pone de manifiesto emociones o conductas. Ello puede hacerse mediante una observación sobre el estado de ánimo del paciente («parece como si estuviera...»), o una conducta reciente («desde hace un mes observo que...»). Al primero le llamamos **señalamiento emocional**, y al segundo, **señalamiento conductual**.

El señalamiento equivale a: «observa lo que está pasando, o lo que te está ocurriendo, ¿qué te sugiere?». Ni que decir tiene que se trata de una técnica muy potente, hasta el punto de que puede transformar completamente la relación asistencial. Imaginemos el caso de una paciente en una visita de enfermería para control de su obesidad, en la que la profesional se perca de pequeñas muestras de tensión e incluso hostilidad. En un momento determinado ensaya: «últimamente la observo muy desasosegada». El efecto es inmediato: la paciente baja la vista y se le humedecen los ojos. Se hace un silencio disfuncional, pues el peso del mismo recae en la enfermera, toda vez que la paciente está embargada por la emoción, que obliga a la enfermera a añadir: «podemos hablar de ello, si cree

que puedo serle de alguna utilidad». Esta indicación basta para que la paciente explique sus dificultades con la hija adolescente. A partir de este punto el objetivo asistencial se transforma: la obesidad deja de tener importancia y lo cobra la acomodación del paciente a su realidad.

Cuidado con el efecto iatrogénico de los señalamientos. El caso típico es el de un profesional que descubre en una primera visita la relación entre determinados síntomas y un fallecimiento vivido recientemente por el consultante. Un señalamiento del tipo: «sus molestias arrancan justamente desde la muerte de su familiar, ¿qué le sugiere?», puede ser correcto si lo asentamos en una relación presidida por la confianza y el compromiso terapéutico, pero puede tener efectos imprevisibles en una primera visita.

Algunos autores confunden señalamientos, empatía e interpretaciones (p. ej., la medición que hacen Carkhuff y Pierce de la empatía [1975]). Ello puede llevar al entrevistador a pensar que está realizando una maniobra empática cuando en realidad está haciendo un señalamiento, por ejemplo: «está abrumada por el cuidado de su madre, hasta el punto de que tiene sentimientos contradictorios». E incluso sería **interpretación** si añadiera: «y ello porque se ve sola con tanta responsabilidad, y la inhibición del resto de sus hermanos». Para Brammer LM (1985, págs. 84-86) podría trazarse un arco iris que iría desde intervenciones verbales con valor de señalamiento a las interpretaciones profundas. Imaginemos que en el curso de una conversación el paciente narra sus dificultades conyugales. Las tres posiciones del arco iris las ejemplificamos de la siguiente manera. **Señalamiento hacia las emociones** del paciente: «pero usted, ¿qué sentimientos tiene hacia su esposa/o?». **Señalamiento hacia las conductas**: «¿se da cuenta de que siempre necesita culpabilizarla?». **Interpretación sugerida**: «¿no será que verla a ella tan independiente le produce incomodidad?». Finalmente, estaríamos **interpretando** si dijéramos: «sus relaciones conyugales están repletas de recriminaciones, como si jugaran a hacerse mutuamente daño», e incluso **interpretación profunda** si afirmáramos: «usted tiene un papel protector hacia ella, pero ella quiere demostrarle que es una persona libre y autónoma, y eso usted no puede aceptarlo fácilmente».

Recomendamos usar **interpretaciones sugeridas** y casi nunca **interpretaciones**. Una manera de hacerlo es relativizar nuestras opiniones y, siempre que sea posible, expresarlas como preguntas. Por ejemplo: «a mí me parece», «me pregunto si el hecho de que beba más alcohol pudiera estar en relación con...», «corríjame si estoy equivocado, pero...», etc., acabando con un «¿puede ser que le ocurra...?». Observe la siguiente lista:

| Evitaremos | Para preferir |
|--|---|
| – Parece que ha perdido las ganas de vivir | – Me pregunto si encuentra motivos para vivir |
| – Para usted su relación conyugal es opresiva | – ¿No será que vive su relación de pareja como si tuviera siempre que agradar? |
| – Se nota culpable por el hecho de desear que fallezca | – A veces vemos sufrir tanto a un ser querido que deseamos que todo acabe pronto... |

Con esta gradación de técnicas daremos pie a un ritmo respetuoso con las necesidades y la maduración del paciente (Balint M, 1971, pág. 175). Debemos decir, para acabar, que hemos visto repetidamente la utilización de señalamientos e interpretaciones cuyo verdadero objetivo era **confrontar**, **criticar**, **culpabilizar** o **humillar** al paciente. Hay una diferencia clave entre confrontar y antagonizar. La **confrontación** sería poner al paciente frente a su realidad para que reaccione positivamente. El propósito es lograr una movilización de energías en una dirección positiva. Por ejemplo: «hemos de hablar muy en serio de la bebida.

Creo sinceramente que usted ha vuelto a beber, ¿es o no es verdad lo que digo?» En cambio, *antagoniza* quien critica sin indicar una conducta alternativa. Por ejemplo: «usted no se esfuerza lo más mínimo en tomarse las pastillas porque espera que la enfermedad se resuelva con infusiones y curanderismo. Todas estas medicinas que toma son pura palabrería e incultura». La mayor parte de antagonismos los realizamos simplemente por como pronunciamos una palabra. Por ejemplo: «estoy muy cansada», a lo que el profesional responde con extrañeza y burla: «¿síííí?».

La importancia del paralenguaje

Todo lo que nos es próximo nos resulta extraño, decía el filósofo francés Bataille G (1975). Nada más próximo a uno mismo que la palabra, pero no lo que pretendemos decir con ella, sino su articulación. El ser humano es acto. Habermas, por ejemplo, gusta del término «acto de comunicar» (Habermas J, 1999) para subrayar esta voluntad de hacer y también este carácter de gesto que tiene cualquier átomo de comunicación. En el fondo, el ser humano es gestualidad. Incluso cuando pensamos nos imaginamos en palabras o gestos, y si hacemos caso a William James, cuando pensamos en palabras no dejamos de articularlas en un plano imaginado.

El paralenguaje lo entendemos como un tipo de gestualidad, y como tal adquiere los cuatro valores de cualquier gesto:

- *Valor de emblema*: cuando traduce un significado exacto. Sería el caso de que dijéramos, «síííí» como indicando «¿estás seguro?». A nadie se le escaparía una entonación emblemática de este tipo.
- *Valor de ilustrador*: cuando acompaña al significado de la palabra para subrayarla o puntuarla. Por ejemplo: «muuuuuuy grande».
- *Valor de adaptador*: cuando expresa sin querer estados de ansiedad o tensión, u otra emoción. Es característico el temblor inicial en el habla de un conferenciante, que desaparece en cuanto se siente más seguro.
- *Valor de regulador*: con el paralenguaje indicamos... «ya estoy acabando de hablar», o bien «habla tú, te lo ruego», e incluso «no te escucharé hasta que no acabe yo de hablar».

Más allá de estos valores, el paralenguaje nos informa del idiolecto (variedad local en la manera de hablar), y nos dice mucho de la persona (tabla 2.7), tanto en aspectos de personalidad y carácter (el *Ethos*, de Aristóteles), como de su habilidad para usar el paralenguaje para hacerse escuchar y entender mejor (el *pathos*).

Tabla 2.7.

Lo que nos dice el paralenguaje

Calidad estructural: idiolecto, manera de entonar y pronunciar determinadas palabras.

Calidad personal: reactividad en la pronunciación; uso de las pausas (p. ej., calidad dramática), precisión en la articulación de las palabras, etc.

Calidad de comunicación: tono e inflexión de la voz, uso de las pausas, articulación de las mismas, volumen ajustado al receptor y a la situación, pausas para permitir que se asimile lo que estamos diciendo. Valores de emblema, ilustrador, regulador o adaptador. Fuerza ilocucionaria (véase Glosario).

Calidades semiológicas del paralenguaje: voz escandida (p. ej., Parkinson), bitonal (p. ej., hipotiroidismo), disfonía (p. ej., por edema de cuerdas o pólipos), tono grave o agudo (p. ej., estadios intersexuales).

El entrevistador experto aprende a sacar partido de todo ello a dos niveles: a) para seguir las emociones más inaparentes de su contertulio, y b) para percatarse de sus propias emociones. En la presente obra ampliamos la idea de William James en el sentido de que las emociones configuran un flujo constante de respuesta al entorno. Sólo nos percatamos de las emociones que llegan a un determinado umbral e impactan con tanta fuerza que activan nuestro cuerpo de manera evidente. A estas emociones las llamamos «miedo», «excitación», «sorpresa», etc. Pero muchas otras emociones se expresan como pequeñas fluctuaciones en la sudoración corporal, o en el calor de abdomen o tórax, sin que puedan recibir un adjetivo concreto. Podríamos decir que en su primer estadio son variaciones en nuestro estado de atención, y que cuando vivimos una situación relevante, a esta activación se le añade una interpretación que acaba por darle un sentido más preciso, ya apto para recibir el adjetivo «miedo, alegría, extrañeza» o el que corresponda.

El paralenguaje es bastante sensible a estos pequeños cambios. Junto a la observación del sudor (más difícil de notar sin ayuda instrumental), son los dos indicadores más finos para darnos cuenta de por dónde va nuestra *emocionalidad más tenue*. Tengamos en cuenta que, siguiendo de nuevo a James, nos percatamos de las emociones y les ponemos una etiqueta cuando interpretamos la activación corporal en un entorno determinado. Cuando, por ejemplo, nos notamos muscularmente tensos diremos que «estoy nervioso». En general, ponemos nombres concretos a racimos de sensaciones internas, y en este proceso podemos ser muy groseros, hasta el punto de ignorar casi todas las reacciones corporales, o muy sensibles, amplificando las más mínimas. Algunas personas tienen o creen tener un buen *insight*, es decir, una buena capacidad para percatarse de sus emociones y sentimientos. Sin embargo, bien pudiera ocurrir que algunas de ellas se mintieran sin saberlo, eso es, que dieran nombres equivocados a determinados racimos de sensaciones internas. Serían personas que anteponen una determinada imagen de sí mismas a lo que de verdad sienten. Practicar una total transparencia hacia nuestras propias emociones no resulta sencillo, porque no siempre coincide *aquello que somos con lo que queremos ser*. Es una tensión que tiene una explicación racional. Imaginemos a un cleptómano tratando de reprimir su pulsión en unos grandes almacenes. Sin duda, a fuer de pasear por hileras de objetos sin tocarlos, llegará un punto en que extinguirá en parte su pulsión. Hay una plasticidad en nuestras reacciones emocionales. Pero el primer paso de este virtuoso cleptómano habrá sido admitir honestamente su pulsión, aislarla y neutralizarla.

Proponemos al lector que trabaje su *insight* partiendo de una total transparencia hacia sus reacciones. Para ello deberá vencer toda tentación de hipocresía hacia sí mismo, lo cual no equivale a justificarse, sino a demorar cualquier juicio. Todo ser humano experimenta reacciones emocionales que van en contra del proyecto de hombre o mujer que se ha propuesto. Es mejor saberlo que ignorarlo. En el ámbito que nos ocupa, el profesionalismo, podemos experimentar por ejemplo reacciones de rechazo o cansancio ante situaciones que deberían inspirarnos compasión y paciencia. En tales circunstancias, nuestra verdadera manera de ser queda ocultada por lo que «deberíamos ser». No nos permitimos ser transparentes porque lesionaríamos nuestra autoestima y además (lo más importante), deberíamos modificar nuestra conducta para ser coherentes. Escuchar nuestro paralenguaje es una fuente rica y exacta que nos aproxima a estas emociones ocultas, a lo que de verdad sentimos. Y, de la misma manera, pulir el paralenguaje nos obligaría, en el ejemplo anterior, a atender de manera más paciente, y en general a reenfocar emociones muy primigenias. Reeducar el paralenguaje es reeducar los sentimientos. Confucio, experto en ello, cierta vez exclamó: «a los 70 años ya podía seguir lo que mi corazón deseara sin caer en incorrección alguna» (Mosterín J, 1997). Ojalá el lector lo logre antes.

La gestión del tiempo

Y todo lo que hemos visto... en apenas 10 minutos de entrevista. Parece un reto imposible, y en parte lo es para un clínico sin experiencia, desconcentrado o en bajas condiciones psicofísicas.

Una de las cosas que cuesta más es, justamente, tener el punto de concentración ideal cada día del año para rendir al máximo de nuestras posibilidades. Esta pretensión de «dar el máximo de nosotros mismos» no debe conducir a la idea de «dar el máximo en cada encuentro y para cada paciente». Esto, sencillamente es imposible, y lo es porque tenemos unas reservas de energía para el conjunto de la jornada laboral; calibrar nuestras fuerzas y administrarlas con sabiduría.

¿Qué quiere decir en este contexto «sabiduría»? Quiere decir, básicamente:

- Adivinar la complejidad del caso clínico y cambiar, si es necesario, la primera estimación de tiempo que nos habíamos formulado.
- Saber cuándo debemos acelerar la resolución de una entrevista y cuándo debemos frenarnos. Usando un símil automovilístico, cuándo tenemos que pasar de «la directa» a la «reductora».

Observe el lector la cantidad de «microcontrol» emocional que estamos invirtiendo en todo este proceso. Por un lado, debemos «ponernos a tono» cuando iniciamos la jornada laboral. Debemos preguntarnos: «¿estoy bien para pasar la consulta?», «¿tal vez desconcentrado, de mal humor?». Y si la respuesta es positiva, debemos poner en marcha diversos mecanismos correctores.

La gestión del tiempo es uno de los grandes moduladores de nuestra emocionalidad. Se requiere, por un lado, mucha paciencia. Paciencia, por ejemplo, cuando después de haber prevenido concienzudamente las demandas aditivas el paciente nos suelta: «¿y de mi dolor de espalda, qué?». Paciencia cuando nos interrumpen reiteradamente por teléfono o con entran en la consulta extemporáneamente pacientes o compañeros del equipo. Un clínico con experiencia no es un clínico con muchos años de vuelo, sino un profesional que sabe modular esta emocionalidad ligada a los pequeños gestos y acontecimientos diarios. Es un profesional que conoce los infortunios del «querer correr a toda costa para poder desayunar», que se ha equivocado y ha aprendido de sus errores. Es más: *los errores le han dolido*. La experiencia de errar a pesar de ser un buen profesional y de hacerlo aparentemente «todo bien», sitúa al profesional en un punto de reflexión y prudencia que es el signo inequívoco de su madurez. Cuando se alcanza esta etapa, los propios pacientes lo notan. Hay un tono de seguridad complementado con humildad, un tono que le permite decir:

–«Esto que me cuenta es muy importante y merece que lo analicemos con detalle. ¿Qué le parece si me coge visita para el día...?».

Ese tono proporciona grados de libertad al clínico: para poder alargar una entrevista cuando parecía concluida, para concluirla ágilmente cuando se trata de una demanda banal, para, en suma, dar a cada demanda el esfuerzo racionalmente necesario.

Sumario

Entrevista semiestructurada para la parte exploratoria:

- Saludo cordial. Observar al paciente y corregir estereotipos.
- Repasar la lista de problemas o el resumen breve del paciente.
- Delimitar el motivo de consulta. Mapa de demandas y mapa de quejas. Patobiografía.
- Escucha activa («punto de fuga» de la entrevista). Facilitación, clarificación, adición sugerida, frases por repetición, etc.
- Averiguar y completar datos.
- Sumario de la información obtenida.
- Exploración física, si procede.

Habilidades de escucha activa:

Externas:

- Mostrar interés.
- Facilitaciones.
- Frases por repetición.
- Empatía.

Internas:

- Visualizar lo que me dicen.
- Prever lo que me van a decir.
- Sorprenderme y reflexionar.

Transformar mis puntos gatillo de irritación.

Errores técnicos en la escucha:

- Saludo muy frío o inexistente.
- No escuchar con atención las frases utilizadas por el paciente en el momento de entrar en la consulta.
- No delimitar con claridad el (¡o los!) motivo de la visita.
- Introducir consejos y elementos de educación sanitaria cuando aún no hemos concluido una correcta anamnesis. Seguridad prematuras.
- No integrar la información obtenida con el resto de problemas y diagnósticos que tenemos en la historia clínica.

Mapa de quejas y demandas: ¿qué le trae hoy por aquí?, ¿algo más?, ¿qué otras molestias tiene?

Patobiografía: situar sobre una línea que arranque del nacimiento los principales acontecimientos vitales, enfermedades y tratamientos.

Técnica de lectura textual: ignorar el testimonio hablado y leer los datos que tengamos apuntados como si pertenecieran a un paciente anónimo.

Conocer y monitorizar nuestro paralenguaje.

Bibliografía

- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos, 1971.
- Bataille G. La experiencia interior. Madrid: Taurus, 1975.
- Beach LR. Image Theory: Decision making in personal and organizational contexts. Chichester, UK: Wiley, 1990.
- Bennet MJ. Overcoming the Golden Rule: Simpathy and empathy. En: Bennet MJ. Basic Concepts of Intercultural Communications. Maine: Intercultural Press, 1998.
- Bernstein L, Bernstein RS. Interviewing. A guide for health professionals. Norwalk, Connecticut: Prentice-Hall Inc., Appleton Century Crofts, 1985.
- Borrell F. Cómo trabajar en equipo. Barcelona: Gestión 2000, 2001.
- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Borrell F, Núñez B, Guerrero J, Babi P, Navarro J, Alvarado CE. Auditoría de las Historias Clínicas de Atención Primaria: 6 años de experiencia. Gaceta Sanitaria 1988; 6(2): 144-149.
- Borrell F. El problema no és el paternalisme, el problema és la fredor del tècnic. Comunicació Congreso Salut Mental Atenció Primària, SCMFC, Fundació Salut Mental. Badalona, 14-15 marzo 2002, «Canviant la mirada». Badalona 2002, págs. 11-13.
- Brammer LM. The helping relationship: process and skills. Londres: Prentice-Hall International Editions, 1985, págs. 84-86.
- Brown JB, Stewart MA, McCracken EC, McWhinney IR, Levenstein JH. The patient-centred clinical method II. Definition and application. Fam Pract 1986; 3: 75-79.
- Byrne PS, Long BEL. Doctors Talking to Patients. Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares, 2001, págs. 184-186.
- Carkhuff RR, Pierce RM. Trainer's guide. The art of helping. Massachussets: Human Resource Development Press, 1975.
- Cohen-Cole SA. The Medical Interview: the three-function approach. Sant Louis: Mosby, 1991.
- Coulehan JL, Block MR. The Medical Interview. Mastering Skills for Clinical Practice. Filadelfia: FA Davis Company, 1997
- Duck S, Gilmour R. Personal Relationships. Londres: Academic Press, 1981, pág. 42.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Azucena Couceiro (ed.). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999.
- Feinstein A. Clinical Judgment. Baltimore: Williams and Wilkins, 1967.
- Fernández Liria A. Conceptos sustantivo y pragmático de la enfermedad mental. Implicaciones clínicas. En: Baca E, Lázaro J. (eds.). Hechos y valores en psiquiatría. Madrid: Triacastela, 2003.
- Froelich RE, Bishop FM. Clinical Interviewing Skills. Saint Louis: The CV Mosby Company, 1977.
- Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Tomos I y II. México DF: Taurus, 1999.
- Headington BJ. Communications in the counseling relationship. Cranston: The Carroll Press, 1979, págs. 64 y 72.
- Guillem Salvador. Comunicació a la Mesa: Relació metge-pacient, canvis i reptes. Congrés Salut Mental Badalona, 2002.

- Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 1996.
- Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y Teoría. Revista de Occidente. Madrid, 1964.
- Mosterín J. Historia de la Filosofía. La filosofía oriental antigua. Madrid: Alianza Editorial, 1997, pág. 119.
- Peabody FW. The care of the patient. JAMA 1984; 252(6): 813-818.
- Platt F. Patience. Health and Communication International Conference. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2000.
- Platt FW, McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med 1979; 91: 898-902.
- Rogers C. El poder de la persona. México: El Manual Moderno, 1980.
- Rubert de Ventós X. Ética sin atributos Barcelona: Anagrama, 1996.
- Sádaba J. El hombre espiritual. Barcelona: Martínez Roca, 1999.
- Shea SC. La entrevista psiquiátrica. El arte de comprender. Madrid: Harcourt, Saunders Elsevier Sciences, 2002.
- Smith H. Las religiones del mundo. Barcelona: Kairós, 2002.
- Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Soc Sci Med 1984; 19(2): 167-175.
- Suchman AL, Bothelo RJ, Hinton-Walker P. Partnerships in Health Care. Transforming relational process. Rochester: University of Rochester, 1998.
- Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Doyma, 1988
- Tizón T. Apuntes para una psicología basada en la relación. Barcelona: Hora, 1982.
- van den Brink-Muñen, Verhaak PFM, Bensing JM et al. The Eurocommunication Study. Utrecht: Nivel, 1999.

Capítulo 3

Datos de calidad para buenos diagnósticos

Ideas clave

- Los pacientes no tienen ninguna obligación de ser los buenos pacientes que los profesionales deseamos.
 - Damos más valor a estrategias para simplificar y acortar el tiempo de entrevista, que a estrategias que minimicen el riesgo de un error clínico.
 - Una anamnesis no tendría que acabar hasta que el clínico fuera capaz de escribir un informe especificando, al menos, la cronología y la naturaleza del problema.
 - Anamnesis por visualización patográfica: cronología (*película de los hechos*), argumento (*banda sonora, lo que le ocurre*), impacto (*relieve biográfico*).
 - Hay que automatizar paquetes de preguntas, en función de las situaciones clínicas, con el fin de que casi no nos cueste esfuerzo ponerlas en práctica, en especial el llamado «salto psicosocial».
 - La exploración física es parte de la relación interpersonal y empieza cuando un paciente cruza el umbral de nuestra consulta. Escuchar y observar es ya explorar.
 - Debemos conocer nuestra tolerancia a «no saber» (tensión crítica), y a la presión que a veces los pacientes nos trasladan («¡cúreme!»), para darnos más tiempo y no cerrar prematuramente la entrevista.
 - Patología de la hiperfrecuentación: «de tanto que me vienes que te ignoro».
 - ¡Empezar de cero con un paciente frecuentador es un auténtico ejercicio de humildad!
 - Ser prudente en la expresión de un diagnóstico es darnos la libertad de rectificarlo más fácilmente en un futuro.
 - ¿Cuál es el principal reto bioético del clínico?... ¡levantarse una y otra vez de la silla!
-

Habilidades básicas para obtener datos de calidad

Mirar es fijar la vista en algo, escuchar es atender, pero comprender no consiste tan sólo en estar atento, sino que tiene algo de *recreación*. El clínico capaz de comprender hace suyos los materiales del paciente, los reproduce en su imaginación y los recrea, como si en parte fueran vivencias propias. Descubrimos entonces que todo buen clínico es alguien que antes de entender a los demás *se ha entendido*, se ha explorado y se ha escuchado, a sí mismo. ¡Falsa ilusión quien pretende saber algo del mundo proyectando tan sólo lo que ha escuchado o leído! El mundo, el paciente, el otro en general, sólo podemos vislumbrarlo a través de nuestras vivencias. Nuestro propio cuerpo y nuestras propias emociones son el filtro, también el instrumento musical, ineludible para interiorizar al otro. Tenemos algo así como una imagen del paciente que comparamos con otras del mismo paciente y que trasladamos a nuestro propio cuerpo: «¿cómo me sentiría yo si...?» En este punto *entendemos* en profundidad. Posiblemente aquí reside una de las claves del pensamiento intuitivo, interiorizar por *analogía*. Pero eso no es todo. El clínico no renuncia al análisis semiológico, objetivo, puramente externo y basado en criterios bien establecidos. Para una escucha semiológica debe adquirir *hábitos* de gran complejidad. A ello vamos a dedicar el presente capítulo. Darnos buenos datos, ¡a nosotros mismos!, para ir más allá de nuestras primeras impresiones y permitir que actúe nuestra inteligencia. Defenderemos un concepto de pericia basado en un contraste continuado entre *pensamiento intuitivo* y *pensamiento basado en criterios*.

Todo eso va a ocuparnos el presente capítulo, para el que tomamos como punto de partida la *entrevista semiestructurada* para la parte exploratoria. Recordemos que las tareas son:

1. Repasar la lista de problemas o el resumen breve del paciente.
2. Saludo cordial.
3. Delimitar el motivo de consulta. Mapa de demandas y mapa de quejas. Patobiografía.
4. Escucha activa. («punto de fuga» de la entrevista).
5. Averiguar y completar datos.
6. Sumario de la información obtenida.
7. Exploración física, si procede.

En el capítulo 2 abordamos hasta el cuarto punto, y en el presente abordaremos los puntos 5, 6 y 7, con énfasis en las habilidades semiológicas, desde el prisma del modelo emotivo-racional de acto clínico.

Averiguar y completar datos. Cuando toca preguntar: paquetes de habilidades de anamnesis

Cualquier entrevistador debe poder activar sin esfuerzo cuatro paquetes de preguntas (tabla 3.1).

Estos paquetes deben ser aprendidos de tal manera que surjan casi sin esfuerzo. En el Apéndice 1 se incluye una guía más detallada. ¿Cómo saber si realizamos estas técnicas de manera adecuada? He aquí algunos indicadores:

Paquete de escucha activa

Un indicador de que este paquete de habilidades da su fruto es que el paciente empieza a hablar de manera más suelta, proporcionando *respuestas más largas*. Ya hemos hablado de este paquete en el capítulo 2, por lo que no vamos a extendernos aquí.

Tabla 3.1. Cuatro paquetes de preguntas de habilidades de anamnesis**Primer paquete: habilidades de escucha activa**

| Tipos de técnica | Cuándo se hace necesaria |
|-------------------------------|--|
| – Mostrar interés | – Nos interesa visualizar el mundo y las experiencias del paciente sin influir en la narración de los hechos |
| – Facilitaciones | – Muy útil al inicio de la entrevista |
| – Frases por repetición | – Cuando la demanda es confusa |
| – Empatía | – Cuando parece que el paciente quiere confiarnos «material sensible» |
| – Técnica de adición sugerida | – Cuando al paciente le cuesta mucho hablar |

Segundo paquete: preguntas para la anamnesis focal o naturaleza del problema

| Tipo de pregunta | Cuándo se hace necesaria |
|---|---|
| – Cómo es la molestia | |
| – Desde cuándo y cronología de la molestia | – Nos interesa establecer hechos semiológicos |
| – Dónde e irradiación | – La demanda está muy clara |
| – Factores que agravan y factores que alivian | – Hay un síntoma o signo guía |
| – Síntomas asociados | |
| – Factores de riesgo | |

Tercer paquete: preguntas para la anamnesis psicosocial

| Tipo de pregunta | Cuándo se hace necesaria |
|---|--|
| – ¿Qué tal descansa por la noche? | – Nos interesa establecer el impacto de lo psicológico en el malestar del paciente |
| – ¿Cómo se encuentra de estado de ánimo? | – Sospechamos estrés psicosocial o malestar psicológico |
| – ¿Tiene muchas preocupaciones, o cosas que le den vueltas por la cabeza? | – Hay muchos síntomas abigarrados en la narración del paciente – El paciente es hiperfrecuentador |
| – ¿Problemas o acontecimientos graves en casa o en el trabajo? | – El paciente nos da claves que orientan hacia esta área |

Cuarto paquete: preguntas en la anamnesis centrada en el paciente

| Tipo de pregunta | Cuándo se hace necesaria |
|---|--|
| – ¿Con qué relaciona la molestia o qué piensa que puede tener? | – Nos interesa saber el impacto biográfico de la enfermedad |
| – ¿Hasta qué punto afecta (o ha transformado) su vida? | – El paciente manifiesta inquietud, malhumor, agresividad |
| – ¿En qué cree que podemos serle de utilidad y qué cosas piensa que deberían hacerse para mejorar la situación? | – Tenemos la impresión de que el paciente quiere algo que no acaba de manifestar |
| – ¿Le ha ocurrido algo que haya cambiado su vida o le haya impresionado mucho? | |
| – ¿Problemas en casa, o en el trabajo, que pudieran influir? | – Sospechamos problemas en el entorno laboral o sociofamiliar |

Paquete de anamnesis focal o naturaleza del problema

Un indicador de que este paquete de habilidades da su fruto es que tenemos suficientes datos para poder escribir un *informe clínico* con las características y la cronología de las molestias del paciente. Es la anamnesis que el paciente espera como más específica del *arte de curar*. Sin embargo, el clínico muchas veces la realiza de manera incompleta, como veremos más adelante.

Paquete de anamnesis psicossocial

Un error es pensar que este paquete debe activarse sólo ante problemas psicológicos o del entorno sociofamiliar. En realidad, todo paciente con algias crónicas, hiperfrecuentador o con molestias abigarradas, puede beneficiarse de una valoración psicossocial. Un indicador de que este paquete nos da frutos es que *podamos reseñar elementos de estrés o aspectos emocionales* del paciente. Conviene distinguir una verdadera resistencia a hablar de temas psicossociales («de este tema preferiría no hablar»), del miedo a que *achaquemos sus síntomas* a esta área («todos me dicen que son nervios y nervios no son»). En este último caso, rebajaremos su prevención si empezamos con una anamnesis focal y, antes de hacer el salto a lo psicossocial, advertimos: «bueno, ahora quisiera conocerle mejor como persona... ¿tiene aficiones?... ¿cuáles?... ¿y por la noche descansa bien?... ¿y de estado de ánimo?», etc. Otra estrategia para iniciar el salto psicossocial es averiguar la calidad del sueño. En cambio, sería un error preguntar: «¿y qué tal de nervios... muchos?».

Paquete centrado en el paciente

Es un paquete que no suele activarse en un primer momento, pues podría dar lugar a cierta desorientación. A veces preguntamos: «¿qué cree usted que le ocurre?», y el paciente contesta: «no lo sé, para esto vengo a usted». A esta respuesta le llamamos *efecto bumerán*, y debe seguirse con: «sí, por supuesto, pero ahora lo que me interesa saber es su opinión, lo que usted piensa al respecto o lo que pueda haber comentado con amigos o familiares» (*contrabumerán*). Un indicador de que este paquete se aplica correctamente es la mejora en el *flujo de comunicación* con el paciente.

El gran reto para esta parte de la entrevista es obtener datos de calidad. Para ello es importante que sean *datos reales*, es decir, efectivamente sentidos o vividos por el paciente; *fiabes*, es decir, que si otro entrevistador los interroga obtenga similares respuestas, y *válidos*, es decir, que sean los datos que estamos tratando de obtener. En otras palabras:

- Datos reales: este paciente... ¿me cuenta cosas que en efecto le han sucedido?
- Datos fiabes: otro entrevistador... ¿obtendrá similares respuestas?
- Datos válidos: ¿son los datos que trato de obtener para llegar a una orientación diagnóstica útiles para este paciente y esta situación clínica?

Técnicas básicas para obtener datos reales, fiabes y válidos

Lo más importante es crear un clima de concentración en el paciente, evitando respuestas tipo «sí» o «no» casi automáticas. En general, los datos son más reales y fiabes cuanto más detalles aportan.

Perjudica para este clima de concentración que el entrevistador realice *concatenación de preguntas cerradas*. Por ejemplo:

E: ¿Le ocurre más por la mañana?

P: Sí.

E: ¿Y cuando le ocurre, tiene antes náuseas?

P: Sí.

E: ¿Y supongo que nunca ha visto sangre en lo que vomitaba...?

P: No, no...

Aquí observamos **preguntas cerradas** que pueden responderse con monosílabos. El peligro de que el paciente responda «para agrandar» es muy alto. Si una de las respuestas hubiera ido en contra de lo plausible, por ejemplo: «pues ahora que lo dice, una vez observé sangre, sí...», indudablemente tendría mucho valor semiológico.

Por el contrario, las **preguntas abiertas** obligan a cierta verbalización. A diferencia de las cerradas, no pueden ser contestadas con un monosílabo. Ejemplos serían: «¿cómo era el dolor?», «¿qué hacía cuando empezó a doler?», etc. Debe evitarse el error de añadir una coletilla que «cierre» la pregunta; por ejemplo: «¿cómo era el dolor?, ¿punzante?», con lo cual la convertimos en una pregunta cerrada. No olvidemos el **principio de yuxtaposición de técnicas**, expuesto anteriormente, según el cual *cuando se yuxtaponen dos técnicas la que predomina siempre es la formulada en el último lugar*, en este caso la pregunta cerrada.

También es precipitado hacer uso de una pregunta cerrada sin probar antes un menú de sugerencias. Se entiende por **menú de sugerencias** el ofrecimiento de «pistas» que indiquen el tipo de respuesta que esperamos. Por ejemplo: «¿El dolor es punzante, como un mordisco o como si le apretaran?», «¿le ocurrió hace años, días o meses?», etc.

Los **menús de sugerencias** no tienen que orientar al paciente sobre lo que nosotros prevenimos como lo más lógico o plausible. Si, por ejemplo, decimos: «¿le ocurre desde hace días, o desde hace meses?», estamos insinuando que esperamos un lapso de tiempo corto, y que no aceptaríamos como congruente que se nos respondiera: «no, desde hace muchos años». Por este motivo, preferiremos una secuencia ilógica del tipo: «¿años, días, meses?».

Otro error muy común es formular un **menú de sugerencias** que se queda en una sola sugerencia, ya sea porque no se nos ocurren más, o porque cuando vamos a mencionar la segunda sugerencia el paciente nos interrumpe y nos dice: «sí, es exactamente esto que acaba de decir». En ambos casos, reformularemos el menú, a fin de comprobar que, en efecto, el paciente quería decir lo que ha dicho.

Las **preguntas cerradas** son las que utilizamos más. Proporcionan información de valor muy variable, dependiendo del grado de sugestionabilidad del paciente, y de que comprobemos la validez de la información mediante otras técnicas. Sin embargo, en ocasiones no las podemos rehuir, sobre todo cuando nos interesa un aspecto muy concreto. Su formulación es obvia: «¿Le ocurre más por las mañanas?», «¿le duele aquí?», etc.

Este tipo de preguntas tienen que complementarse con preguntas abiertas y menús de sugerencias. Resulta útil añadir una pregunta abierta después de que un paciente nos responda de manera afirmativa a una pregunta cerrada. Así, por ejemplo, si nosotros preguntáramos: «tiene escozor al orinar?», y el paciente nos dijera: «sí», sería prudente cerciorarnos de la respuesta solicitando más información: «a ver, explíquemelo con detalle». Si usted tiene tendencia a hacer preguntas cerradas, fácilmente puede transformarlas en «menú de sugerencias» añadiendo «...o más bien lo contrario?». Por ejemplo: «¿le duele antes de las comidas... o por el contrario después de las comidas?... el dolor ¿es en la boca del estómago... o más bien en otras partes de la barriga?». Las frases resultantes no pasarán a los anales de la Real Academia, pero el efecto final es apropiado a los fines que perseguimos: evitar «síes y noes» mecánicos.

Aún resultan más peligrosas las **preguntas de respuesta inducida**. Por ejemplo, en boca del profesional:

- Pero un dolor en el pecho, aquí, eso supongo que no le ha dado, ¿verdad?
- Ya, pero básicamente le veo más animado, ¿no?
- Supongo que sangre no ha vomitado, ¿verdad?

En cambio, las preguntas abiertas y de contenido concreto tienen claras ventajas. Observe, en el primer ejemplo, a un entrevistador sin habilidades especiales, y el mismo paciente en manos de un entrevistador avezado.

Entrevista con un novato

P: Usted con la manía de la depresión, pero a mí estos dolores no se me van, estoy rabiando. ¿Y con la de trabajo que tengo en casa!

E: ¿Ganas de llorar tiene?

P: ¿Cómo quiere que no tenga por como me veo?

E: ¿Le ayuda al menos su marido?

P: Mi marido bastante trabajo tiene. Se levanta a las 6 de la mañana y no vuelve hasta la hora de cenar. Ya me dirá.

E: Pero ¿cree que se comunican correctamente, que hay buena sintonía?

P: Le tengo aburrido con mis quejas. Ya se puede imaginar.

Entrevista con un experto

/1/P: Usted con la manía de la depresión, pero a mí estos dolores no se me van, estoy rabiando. ¿Y con la de trabajo que tengo en casa!

/2/E (empatizando): Me doy cuenta... (*Acompañando en la transición*): Después volveremos a sus dolores. Ahora me gustaría que habláramos de otro tema, para que yo la conozca un poco más. (Pregunta abierta): ¿Qué distracciones tiene cuando se queda sola en casa?

/3/P: Me gusta poner música. Antes bailaba sola en casa (ríe un poco). Y también salíamos con unas amigas a dar un paseo y nos tomábamos un café con leche en Los Pajaritos.

/4/E (empatiza): Eso está muy bien. (Pregunta abierta): Y cuando su marido regresa a casa, ¿qué suele hacer él?

/5/P: Se ducha y cenamos.

/6/E (pregunta cerrada): ¿Hablan entre ustedes mientras cenan?

/7/P: Ponemos la tele. Es el único momento del día que podemos ver los deportes.

/8/E (frase de confirmación): Claro, a usted le gusta también el fútbol...

/9/P: No, a mi nada de nada, pero... qué se le va a hacer...

/10/E (pregunta abierta con valor de señalamiento conductual): Y por la noche, ¿qué tipo de persona es su marido?

/11/P: Él va a lo suyo, ya me entiende...

/12/E (pregunta cerrada): ¿Se refiere usted a que él quiere hacer uso de matrimonio?

/13/P: Sí...

/14/E (frase de confirmación): Pero a usted no le apetece.

/15/P (bajando la vista): No...

/16/E (pregunta cerrada con valor de señalamiento emocional): ¿Alguna vez ha tenido miedo con él?

La paciente empieza a llorar, y a partir de este punto el clínico puede establecer un cuadro de malos tratos domésticos.

Observe el uso de preguntas cerradas e inconcretas del primer entrevistador, frente a la técnica más abierta pero, a la vez, de contenido muy concreto del segundo. En particular interesa de esta segunda entrevista las intervenciones:

/2/E (empatizando): Me doy cuenta... (Acompañando en la transición). Después volveremos a sus dolores. Ahora me gustaría que habláramos de otro tema, para que yo la conozca un poco más. (Pregunta abierta) ¿Qué distracciones tiene cuando se queda sola en casa?

Con esta intervención *segmenta* la realidad en dos planos: el plano de las quejas, sobre el que promete volver más adelante, y el plano de la vida cotidiana, al que desplaza el foco de atención. De esta manera, logra bajar las defensas de la paciente, y entra en el plano biográfico por la vía de las aficiones. Las siguientes preguntas o intervenciones son también muy concretas, *metiéndose* el entrevistador, literalmente, en la realidad de la paciente. Quiere *visualizar* lo que ocurre y los *sentimientos* que embargan a la paciente en estas circunstancias. Recomendamos al lector que sea *este esfuerzo por visualizar*, más que una técnica en concreto, la que le guíe. Todo ello le permite decir:

/10/E: Y por la noche, ¿qué tipo de persona es su marido?

Es una *pregunta abierta*, pero muy concreta y de contenido *simbólico* bien definido. Por eso debemos añadir que tiene un valor de *señalamiento conductual* y, posiblemente, *emocional*, porque en definitiva hará pensar a la paciente en sus relaciones afectivas y sexuales. Hubieran sido también oportunas preguntas del tipo: ¿tiene muestras de cariño hacia usted, por ejemplo abrazarla?, ¿le dice cosas cariñosas?, etc. Finalmente, para entrar en el tema de los malos tratos:

/16/E: ¿Alguna vez ha tenido miedo con/de él?

Esta pregunta es un auténtico «ases en la manga», de alto rendimiento. En la tabla 3.2 resumimos otros «ases» indicando los contextos clínicos en que pueden usarse.

Otras maneras de entrar en las relaciones conyugales: «¿le resulta una relación agradable?, ¿alguna vez ha sentido que sus comentarios le hicieran daño?». Observe que en todas las situaciones de la tabla 3.2 lo fundamental es *hacerse un dibujo* con datos concretos de la realidad del paciente (técnica de *visualización patográfica* de la que hablaremos más adelante).

Importancia de la anamnesis focal. Cronología y síntomas asociados

Los trabajos en evaluación de la competencia clínica ponen de relieve un déficit en anamnesis focal y exploración física (Suñol R, 1992; Barragán N, 2000; Borrell F, 1990; Prados JA, 2003). Incluso el clínico experto da por supuestos demasiados datos, no averi-

Tabla 3.2.
Ases en la manga

| Intervención | Contexto clínico |
|--|----------------------------------|
| ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño? | Sospecha de ideación suicida |
| ¿Algún familiar (su cónyuge) se ha quejado alguna vez por lo que bebe? | Sospecha enolismo |
| Es fácil dejarse de tomar alguna pastilla... ¿le ocurre a usted? | Sospecha mala adherencia terapia |
| ¿Qué tal persona es su marido/esposa por la noche? | Sospecha de problemas sexuales |
| ¿Alguna vez ha experimentado miedo físico a su lado? | Sospecha de malos tratos |

gua la cronología de los hechos con suficiente detalle, y no averigua síntomas asociados. Ello, en parte, se debe a la falta de tiempo. Damos más valor a *estrategias de simplificación de la entrevista* que a *estrategias que minimicen el riesgo* de un error clínico.

Hemos mencionado que una anamnesis focal no acaba hasta que el clínico es capaz de escribir un informe detallando el inicio, calidad de la molestia y variación a lo largo del tiempo, factores desencadenantes, que agravan o mejoran, y sobre todo síntomas asociados.

Cualquier dato objetivo (signo) o subjetivo (síntoma) puede conducirnos al diagnóstico, es decir, *puede devenir síntoma o signo guía*. Veamos algunos aspectos técnicos necesarios para obtener datos de calidad con el método que llamamos *visualización patográfica*:

1. Cronología (*película de los hechos*). El clínico inexperto suele averiguar con detalle la calidad de la molestia, pero se olvida a menudo de la *cronología*: cuándo empezó, si hubo intervalos libres de molestias, si ya le había ocurrido, si va a más o va a menos. Sin embargo, *averiguar la película de los hechos* tiene un valor inestimable. Una cefalea que dura tres meses y poco a poco incrementa la molestia hasta el punto de no permitir el descanso nocturno, debe ponernos en alerta. Sea preciso: una fecha es mejor que «semanas». Sea minucioso: ¿siempre de igual intensidad?, ¿intervalos asintomáticos?, etc.

2. Argumento (*banda sonora*). Averiguada la película de los hechos vamos a poner banda sonora: ¿cómo son las molestias?, ¿qué calidad tienen?, ¿dónde se producen y hacia dónde van?... Como decíamos anteriormente, progrese de frases o preguntas abiertas a menús de sugerencias, y finalmente, a preguntas cerradas (figura 3.1). Por ejemplo, al preguntar por un dolor de cabeza preferiremos: «señale la parte de la cabeza que le duele más», a «¿le duele aquí?» (señalando una parte concreta). Si, por ejemplo, decimos: «¿le duele TODA la cabeza (enfatizándolo) o sólo aquí?», podría dar a entender, a nivel no verbal, que esperamos que sea «toda» la cabeza. Sería, por lo tanto, una *pregunta de respuesta inducida*. Invitemos al paciente a localizar las molestias en su cuerpo, prefiriendo que señale con un dedo el sitio, a una referencia verbal. En ocasiones, le invitaremos a que nos describa si la molestia es superficial o profunda, y si «se le va hacia algún sitio», frase que suele comprenderse mejor que la palabra «irradiación». Siempre evitaremos términos médicos como «pirosis», «gastritis», «cefalea», aunque pensemos que los entenderá.

3. Impacto biográfico (*relieve*). Y ahora nos falta el relieve: importancia vital de los síntomas, factores que agravan o alivian, lo que hace el paciente para aliviarse... No olvide aquí el salto psicosocial e incluso las hipótesis que el paciente ha construido para explicarse lo que le sucede. Siempre que podamos cuantificaremos el padecimiento del paciente (p. ej., metros que es capaz de andar sin molestias, pisos que es capaz de subir sin pararse, etc.). La importancia o repercusión vital la estableceremos a partir de cosas que el paciente tiene que dejar de hacer o hace de manera limitada: «ese dolor, ¿repercute en su vida ordinaria?, ¿de qué manera?». Averiguaremos por separado los factores que agravan o alivian: «¿ha notado alguna cosa que le alivie?... ¿y que le empeore estas molestias?». Finalmente, preguntaremos por la presencia o ausencia de síntomas asociados: por ejemplo, en el caso de una epigastralgia le indicaremos: «¿y con las comidas, cómo responde el dolor?». Los síntomas asociados van *estrechamente ligados* a cada motivo de consulta y a su diagnóstico diferencial. Por lo general, la positividad o negatividad de un síntoma asociado nos abre la puerta a un diagnóstico (p. ej., un disconfort abdominal que mejora en ausencia de lácteos señala intolerancia a la lactosa, o la presencia de sangre en una diarrea crónica apunta a una enfermedad inflamatoria intestinal), de aquí la importancia de conocer el clúster o racimo de preguntas y datos exploratorios que *cuelgan*, literalmente, de cada síntoma o motivo de consulta. Una buena guía puede encontrarse en Kraytmann (1983). En todo caso, debemos darnos tiempo para abrir nuestra biblioteca

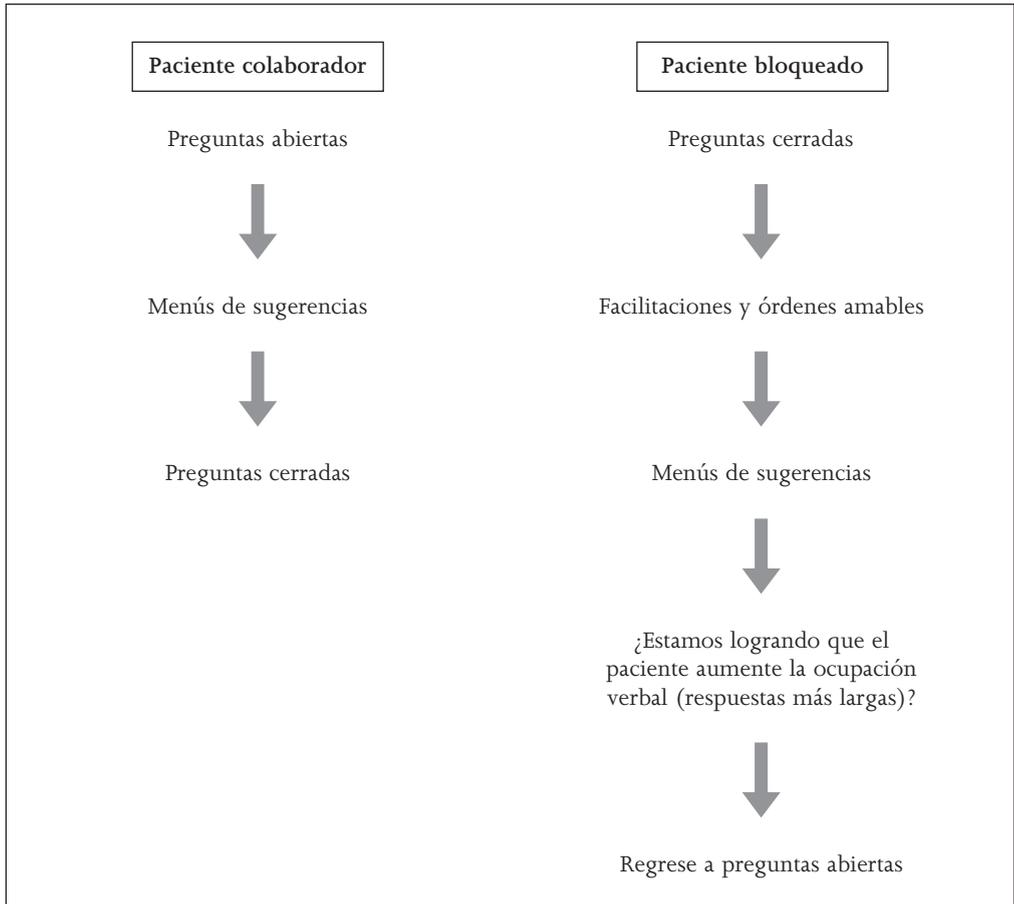


Figura 3.1.
Utilización de técnicas para la obtención de datos concretos

de situaciones clínicas y recuperar esta información. Una buena técnica para ello es el *sumario de información obtenida*.

Sumario de la información obtenida

Esta técnica aumenta la fiabilidad, realidad y validez de los datos obtenidos. Ofrecemos al paciente un resumen de los datos, acabando con las preguntas: «¿cree que este resumen refleja bien lo que le sucede?... ¿qué añadiría?... ¿qué sacaría?».

El uso de esta técnica tiene resultados sorprendentes. El paciente se nota escuchado, pero además participa directamente en la *visualización final* que se forma en nuestras cabezas. Se refuerzan también el flujo de comunicación y la calidad de los datos. Observe el siguiente ejemplo de una paciente que creía tener un tumor en la cabeza y se quejaba de cefaleas constantes:

E: Voy a hacer un resumen de los datos que he obtenido de su problema. Le ruego que me escuche atentamente y si digo algo que no se ajusta a la verdad, no dude

en rectificarme. Si lo he entendido bien desde hace tres meses tiene usted un dolor de cabeza, en toda la frente, que le ataca más por la tarde. Casi nunca ha tenido molestias por la mañana, aunque el dolor es casi diario, ¿es eso así? Pero parece que ha pasado tres semanas de octubre, coincidiendo con una salida al campo, en que usted ha estado prácticamente bien, y no ha necesitado tomar pastillas... ¿es así? Por otro lado, cuando toma paracetamol tiene poco alivio, incluso tomando naproxeno tampoco se alivia... ¿voy por buen camino, sí?

En este caso, el entrevistador no incluyó en el sumario el dato de que estas cefaleas se habían iniciado al enterarse de que a una amiga suya se le había diagnosticado un tumor cerebral, para no dar a entender que orientaba prematuramente el caso hacia el lado psicológico. Prefirió guardarse el tema para otro momento de la relación. En cambio, tuvo buen cuidado en confirmar que durante tres semanas se había visto libre de molestias, pues este dato junto a la ausencia de cefalea matinal, hace menos probable una hipertensión endocraneal (valor predictivo negativo).

Exploración física, si procede

La exploración física empieza cuando un paciente cruza el umbral de nuestra consulta. Escuchar es ya explorar. Observar, también lo es. Lejos de segmentar la parte exploratoria de la entrevista en anamnesis y exploración física, partimos de la base de que son dos facetas subordinadas al mismo proceso discursivo. Además, la exploración física es parte de la relación interpersonal. ¿Qué decir de unas manos que no saben acercarse al abdomen doloroso? Sin duda, desacreditan todos los títulos académicos que puedan colgar de las paredes de la consulta. La exploración física tiene, además, un sentido simbólico profundo. Es la toma de contacto con otra realidad, la del paciente, y en cierta forma, la entrega de su intimidad. Hay una frase interesante que suelen pronunciar los pacientes cuando el profesional no realiza la exploración física. Suelen decir en tales ocasiones: «ni siquiera me ha mirado». Tal vez el profesional se ha formado una idea cabal de su problema tras media hora de concienzuda anamnesis, pero para este paciente el clínico, sencillamente, «no me ha mirado» porque no se ha franqueado la puerta del contacto físico. Todo lo contrario sucede cuando comenta: «me ha reconocido muy bien». Reconocer, en este contexto, significa siempre explorar. Un psiquiatra, por ejemplo, nunca va a «reconocer», en este sentido semántico, por más que su exploración psicopatológica sea intachable. Las preguntas muchas veces agobian al paciente, pero la exploración física le subyuga. «Tal especialista me hizo lo mismo que usted me ha hecho ahora», puede que comente admirado a su médico de familia. Una de las grandezas del acto clínico es, precisamente, este reconocimiento de la corporalidad, esta interiorización del otro (hasta cierto punto, ponernos en el cuerpo del otro).

Entendemos por exploración física básica el conjunto de maniobras con un máximo rendimiento, a efectos de detectar enfermedades prevalentes, en cada franja de edad y sexo. Este conjunto de maniobras nos familiariza con el cuerpo del paciente, sus características, y lo que el paciente entiende como normal o anormal. Por otro lado, la exploración física orientada a los problemas (EFOP) (Borrell F, 2002, a, b) consiste en una selección de maniobras cuya finalidad es orientar etiológicamente unos síntomas. Por ejemplo: «Este paciente tiene hormigueos en las manos, luego debo valorar la presencia de un canal carpiano con las maniobras de Phalen y Tinell».

El mejor rendimiento de una exploración física se produce cuando se combina la exploración física básica con la orientada a los problemas. Por otro lado, es un error pensar que primero va la anamnesis y luego la exploración física. En realidad, mientras explo-

Ejemplo práctico: un paciente «quebrado»

Abreviaturas: M: médico; P: paciente.

| TAREA | DIÁLOGO |
|--|--|
| Lectura de los datos más importantes y planificación de objetivos | El médico lee el historial. Marca sus propios objetivos: «este paciente hace mucho que no viene y no tiene unas mínimas tareas preventivas, hay que hacerlas». |
| Saludo cordial | M (dando la mano): ¿Qué tal Sr. Garrido? |
| El paciente delimita la demanda | P: Muy bien, vengo por un problema que me tiene preocupado... me temo que me he roto, que estoy «quebrao», vamos. |
| Previene demandas aditivas | M: Enseguida voy a examinarle. ¿Quiere consultarme algo más? P: No, no. M: Cuénteme un poco más estas molestias. |
| Escucha activa, punto de fuga | P: Al cargar una bombona de butano noté un dolor fuerte en la ingle. M: ¿Y de esto hace...? P: Un mes justo. |
| Activa el módulo de anamnesis focal sobre la molestia inguinal, pero al aparecer un dato discordante, también lo integra en esta anamnesis focal | M: Desde entonces ¿cómo se nota usted? P: Bien, pero voy estreñado. M: ¿Le ha aparecido algún bulto o tiene dolor en la ingle? P: No, pero voy muy estreñado, y eso me han dicho que es síntoma de que la hernia se estrangula. |
| Averigua y completa datos | M: ¿Antes iba usted siempre bien? P: Pues sí, creo que sí... M: ¿No recuerda períodos de estreñimiento como el de ahora? P: Pues no... M: ¿Y del estreñimiento hará...? P: Unas tres semanas, sí... |
| Sumario de la información obtenida | M: Vamos a ver... si lo he entendido bien usted cree estar quebrado porque notó un crujido cuando levantaba una bombona de butano, pero no tiene molestias en la ingle, lo único que le intriga es que va estreñado... P: Sí, eso es. |

Averigua y completa datos

M: ¿Ha perdido peso?

P: No, no. Pero por la noche me tengo que levantar y voy a la nevera y cojo lo que se me pone por delante.

Intenta un salto al área psicosocial

M: ¿Cómo si tuviera mucho apetito, o más bien como nervios, ansiedad?

P: Ansiedad, preocupación, no sé... la niña, bueno, ya es mayorcita, se nos ha marchado de casa, cosas que pasan.

Adición sugerida con valor de señalamiento

M: Pero usted no puede evitar sentirse preocupado.

El paciente vuelve al área somática y el profesional respeta esta «resistencia» a entrar en lo psicológico

P: Claro, claro. Creo que esto también me hace ir más estreñido, porque voy una o dos veces por semana, y antes era casi a diario.

Activa de nuevo la anamnesis focal sobre el estreñimiento

M: ¿Y le cuesta?

P: Sí, y a veces cuando hago de cuerpo... las cacas como con un poco de sangre... pero claro, yo tengo hemorroides, no se vaya a creer.

M: ¿Cómo era la sangre?

P: ¿El color?...roja, muy roja, y como untando la caca. Pero eso ha sido ahora, esta semana, antes no me había pasado nunca.

M: ¿Ha tomado laxante o alguna otra medida para aliviarse?

P: No. Mi mujer me dice que me haga una lavativa de cebollas, ¿usted qué cree?

Vuelve a intentar un salto psicosocial, muy atento a no forzar las resistencias del paciente

M: Bien, después lo comentamos, pero ahora me interesaría también saber cómo se encuentra de estado de ánimo.

P: Yo soy animoso, pero todo lo que ha pasado en casa... es muy fuerte... pero de eso preferiría no hablar.

Frase puente para acomodar la exploración física. Ha planificado las maniobras que va a realizar, pero durante la exploración abrirá áreas de anamnesis en función de los datos que vaya encontrando

M: Por supuesto, como usted quiera. Si le parece vamos a examinar si está quebrado, y también haremos una revisión general, ¿de acuerdo?

ramos se nos ocurren hipótesis y para corroborarlas combinamos preguntas y maniobras exploratorias. Es lo que llamamos **anamnesis integrada en la exploración física**.

Observe el conjunto de estas técnicas en el ejemplo práctico «Un paciente quebrado».

En pocos minutos de entrevista han salido muchos materiales y bastante complejos. ¿Ha sido una anamnesis suficiente? Apliquemos la técnica del informe clínico, tratemos de sintetizar los datos que hemos averiguado: «paciente sin antecedentes patológicos de interés, del que me faltan datos preventivos actualizados, que acude porque cree tener una hernia inguinal a raíz de esfuerzo hace un mes. Estreñido desde hace tres semanas, sin antecedentes previos de estreñimiento. Sangre roja untando las heces. Cree que ambos procesos tienen relación». En este punto podemos observar que la delimitación cronológica de la sangre no se ha completado de manera suficiente. Faltan preguntas como: ¿había ocurrido con anterioridad? ¿es tan sólo reciente, como parece deducirse del relato? Finalmente, el profesional puede planificar la exploración física orientada a los problemas, por ejemplo: «a este paciente corresponde hacerle una exploración básica para completar datos de base, maniobra de detección de hernia inguinal, palpación abdominal superficial y profunda, y tacto rectal, buscando presencia de sangre, fisuras, hemorroides (sobre todo internas), y tumoraciones». Es importante que cada maniobra tenga **intencionalidad**: «en el tacto rectal sobre todo buscaré fisuras, hemorroides internas y tumoraciones». Un cazador no caza nada si no está atento, si no imagina, el tipo de movimiento de la maleza sugestiva de que allí se esconda una presa. Algo similar ocurre en la exploración física: somos cazadores de anomalías. Pero para encontrarlas debemos evocar la imagen de lo que buscamos incluso antes de realizar la maniobra.

Errores que evitar

Resumimos en la tabla 3.3 los principales errores que hay que evitar, errores que se examinan a continuación.

Entrevistadores intuitivos y campo-dependientes

Lea con atención estas definiciones: **entrevistador intuitivo**: tiene tendencia a inventar datos que en realidad no ha comprobado de manera suficiente; **entrevistador campo-dependiente**: su atención flota sobre los materiales que salen en la conversación, sin seguir un plan de entrevista. Por desgracia, ambos síndromes pueden coincidir a menudo en la misma persona, dando un patrón típico de **entrevistador disperso**. Por ejemplo:

P: Los picores de las piernas no me dejan dormir. Ya hice lo que me dijo del jabón de glicerina, y lavo mi ropa también con este jabón, pero nada...

E: ¿Por casualidad los cambios de temperatura le empeoran?

P: Yo creo que es la cama... meterme en la cama y picarme... ¿pueden ser pulgas?

E (pierde su plan de entrevista, y cae en **campo-dependencia**): ¿Tiene animales domésticos?

Tabla 3.3.

Errores de técnica en la parte exploratoria

Entrevistadores intuitivos y campo-dependientes.

Entrevistadores focalizadores.

Paciente bloqueados y entrevistadores que preguntan mucho, pero... ¿con preguntas cerradas!

Correr demasiado en lo psicológico.

P: Hace años un gato. Lo tuvimos que regalar porque me daba asma.

E (de nuevo **campo-dependencia**): Pero ahora ya no tiene síntomas de asma, ¿verdad?

Una objeción que suele ponerse para no seguir el plan de entrevista es respetar la voluntad del paciente. Sin embargo, nuestro objetivo es dar buenos datos a nuestro cerebro para que piense mejor y pueda tomar decisiones de calidad. Sólo hay una situación en que es bueno ser **campo-dependiente**: cuando lo que intentamos es que nuestro contertulio ante todo se sienta cómodo. Shea (2002) ha llamado a esta estrategia «**alimentar al vagabundo**», en el sentido de vagabundear de un lado a otro con el paciente, sin prisas, viendo los materiales que selecciona. Es una estrategia apropiada para conocer a un paciente por lo demás suspicaz o defendido, a condición de tener un plan de entrevista como referencia.

Entrevistadores focalizadores

Son entrevistadores que contemplan el espectro salud-enfermedad desde la perspectiva psicosocial o biológica, pero con dificultades para integrar ambas perspectivas. Son incapaces de hacer una **anamnesis en extensión**, eso es, una anamnesis que considere no sólo el paquete que llamamos focal, sino también los otros dos: el psicosocial y el centrado en el paciente. Distinguímos tres tipos de focalizaciones:

- **Focalización biologista**: todo lo psicológico queda en una categoría residual del tipo: «ansiosodepresivo», «funcional» o, peor aún, «histérico o pitiático» («piti»). Un profesional focalizado biológicamente creará que, ante todo, se impone descartar «lo orgánico», y sólo en un segundo tiempo considerará lo psicológico «por exclusión». Es muy típico el paciente «con mareos», al que se le toma la presión arterial, se le practica otoscopia, fundoscopia, exploración neurológica... ¡y nadie le pregunta cómo está de estado de ánimo!. En la tabla 3.1 mostramos algunas preguntas para el que llamamos **salto psicosocial**.
- **Focalización psicologista**: la **focalización psicologista** consiste en atribuir las causas del padecimiento exclusivamente a factores psicosociales, y centra la búsqueda en este terreno. Los profesionales médicos olvidan frecuentemente los aspectos psicosociales del enfermar (Engel GL, 1977; 1980), en tanto los profesionales de enfermería tienen, en ocasiones, la tendencia opuesta. Un problema dermatológico puede interpretarse como «mala higiene», unos valores altos de la presión arterial o de la glicemia a que «está siempre nerviosa», etc. Si bien un paciente suele disculpar a un profesional que confunde su depresión nerviosa con una artrosis, *no suele perdonar* el error inverso. Se ha acuñado el verbo «balintizar» (verbo derivado de Balint, en alusión al conocido psiquiatra, Gask L, 1988; Aseguinolaza L, 2000), para aludir al siguiente escenario: «paciente complicado, al que no se le encontraba una enfermedad concreta ni un alivio perdurable, que tras una escucha empática relata un conflicto intrapersonal relevante; tras esta ventilación del conflicto los síntomas desaparecen». Sin duda, algún paciente responde a este esquema, pero son los menos. En general, podemos afirmar que una visión psicologizadora conlleva dejar de lado importantes causas orgánicas de enfermedad. Imaginemos los pacientes hipotiroideos, con su cansancio, sus polialgias, su trastorno del sueño, sometidos a un interrogatorio de tercer grado en busca del conflicto que tienen que verbalizar para empezar a curarse. Todo el mundo tiene cierto grado de conflicto o estrés psicosocial, por lo que este tipo de conexiones resultan plausibles si el entrevistador persevera en ellas, e incluso con pacientes sugestionables puede lograr que refiera abusos sexuales que no han existido (véase el llamado «falso recuerdo de abusos», Ratey JJ, 2002, pág. 270).

- **Focalización sintomática:** basta una pregunta como «¿estás contenta con lo que estudias?», «¿cómo se encuentra su madre?», para que entre la persona en la consulta, no sólo la enfermedad. Gross DA (1998) encontró mayor satisfacción en las entrevistas donde se producía este tipo de interacciones sociales. Sin embargo, a pesar de requerir un esfuerzo mínimo, muchos entrevistadores prefieren mantenerse en la maraña de síntomas apreciando la superficie de las aguas.

Así pues, y como conclusión práctica de todo lo expuesto hasta aquí, ¿cómo proceder a una obtención de datos que tenga la suficiente «extensión» biopsicosocial?:

1. Practique el «punto de fuga» de la entrevista y el «vacío de la información preelaborada».
2. Sea consciente de las primeras hipótesis que se le ocurren. Practique el reencuadre ante la menor duda, con la «**técnica de la hipótesis inversa**»: «estoy planteándome hipótesis de tipo biológico... ¿y si el problema estuviera en el ámbito de lo psicosocial?» O viceversa.
3. Haga entrar a «toda la persona» en la consulta. Aunque sólo sea una pregunta relativa a intereses, aficiones o familia... ¡hágala!

Pacientes bloqueados y entrevistadores que preguntan mucho, pero... ¡con preguntas cerradas!

La tendencia natural de cualquier entrevistador es a operar con preguntas cerradas, es decir, preguntas que pueden ser contestadas con un «sí» o un «no», y a focalizar su atención hacia los aspectos de la demanda que entiende que puede resolver con mayor facilidad. Esta combinación lleva a interrogatorios inducidos: cogemos los síntomas «más claros» y olvidamos los más vagos y difíciles de trabajar.

Cuanto menos esfuerzo tenga que hacer el paciente para responder a una pregunta, tanto menos fiable resulta la respuesta, e incluso puede ocurrir que el paciente responda con «síes» o «noes» con la secreta esperanza de *agradar al entrevistador*. Evite esta tendencia incluyendo en su repertorio de habilidades frases como: «cuénteme más», «¿qué más ocurrió?», etc.

Correr demasiado en lo psicológico

Respete las defensas psicológicas. Observe el estilo agresivo del entrevistador:

- P: Vengo porque tengo un dolor de cabeza que pienso que me viene de las cervicales.
 E (realizando un **señalamiento de tipo emocional** prematuro): Le veo preocupado, incluso triste.
 P: No, para nada, estoy bien.
 E (otra vez ensaya un **señalamiento** esta vez **de tipo conductual**, seguido de una **interpretación**): Pues observo que cierra el puño, y frunce el ceño, como si experimentara una fuerte tensión.

En el plano de las emociones cada cosa tiene su ritmo. Las aproximaciones cautelosas tienen ventajas:

- E (mientras explora al paciente anterior): Observo que tiene la musculatura muy tensa...
 P: Siempre me lo dicen, pero yo estoy bien.
 E (**interpretación sugerida**): A veces el estrés, o los problemas cotidianos, pueden cargar-nos un poco la espalda...

P: No lo creo en mi caso. Tengo este dolor de cabeza que no tiene nada que ver con nervios.

E (*cediendo*): Claro, su dolor de cabeza. Vamos a tomarle la presión....

Aunque tengamos una fuerte sospecha de que hay elementos psicosociales que influyen en los síntomas del paciente, tendremos que demorar su abordaje hasta que éste nos abra un poco la puerta.

Galería de situaciones

Examinaremos en este apartado:

- El paciente inconcreto.
- Dificultades para el salto psicosocial.
- ¡Empezar de cero!
- Exploración pélvica.
- La anamnesis de hábitos sexuales y de riesgo.

El paciente inconcreto

Asuma que el médico ya se ha presentado y saludado correctamente a la paciente cuando se inicia esta escena.

Abreviaturas: M: médico; P: paciente.

/1/P: Doctor, por la noche orino mucho.

/2/M: ¿Le escuece la orina?

/3/P: No, lo que ocurre es que me pongo nerviosa y me tengo que levantar.

/4/M: ¿Y por qué razón está nerviosa?

/5/P: No, no tengo ningún motivo... yo creo que me despierto porque me coge unos nervios en las piernas que si no me levanto... exploto.

/6/M: O sea, que usted hoy viene porque descansa mal por la noche, ¿es así?

/7/P: No, no, vengo porque tengo que levantarme para orinar.

/8/M: ¿Y entonces orina mucha cantidad?

/9/P: No, a veces sólo un poquito, eso es lo que me extraña.

/10/M: ¿Y otras veces ni tan siquiera orina?

/11/P: Sí, eso es.

/12/M (irritado): Pues vaya lío, así no hay quien se aclare.

Comentarios

1. ¿Tiene razón el médico al quejarse de esta paciente tan aparentemente confusa en sus respuestas?

Los médicos tenemos una imagen idealizada de lo que debe ser un buen paciente. Quisiéramos que el paciente entendiera nuestras prisas y colaborara proporcionando datos fiables y ordenados. Cuando ocurre todo lo contrario, no podemos evitar una sensación de irritabilidad, y fácilmente pensamos: «vaya pesado/a», en lugar de decirnos: «los datos que necesito para llegar a un buen diagnóstico están aquí, depende de mi habilidad el saberlos obtener». Los pacientes no tienen ninguna obligación de ser los buenos pacientes que los profesionales deseamos, y en cambio esta idea del buen paciente perjudica al entrevistador que la sostiene. La pregunta correcta no es: «¿por qué no será este paciente un buen paciente?», sino: «¿qué debo hacer yo para acomodar a este paciente?».

2. ¿Comete el médico algún tipo de error? En caso positivo: ¿cuál?

El estilo del entrevistador corresponde a un estilo «campo-dependiente». Se ha descrito anteriormente: los entrevistadores «campo-dependientes» establecen las preguntas y, de manera más general, el plan de entrevista, a partir de los materiales que aporta en cada momento el paciente, sin formar las hipótesis necesarias para «despegarse» del campo sintomático y constituir un plan de entrevista. O cuando tiene dicho plan no lo fijan, y se deslizan hacia los contenidos que le sugiere el paciente.

3. ¿Le parece correcta la clarificación del motivo de consulta que realiza el médico en /6/?

/6/M: O sea, que usted hoy viene porque descansa mal por la noche, ¿es así?

Las clarificaciones siempre ayudan aunque, como es el caso, sean formuladas de manera poco hábil. Y ayudan porque obligan a paciente y profesional a ponerse de acuerdo sobre los materiales que van a trabajar conjuntamente.

Es preferible obtener un «no» o una rectificación del paciente ante una clarificación inexacta, que un asentimiento forzado.

4. ¿Se le ocurre alguna orientación diagnóstica que pudiera justificar un cuadro como el ilustrado en este diálogo?

Si el médico aplicara la *técnica de escucha textual* (leer lo que acabamos de escuchar como si estuviera escrito y perteneciera a un paciente anónimo), obtendría los siguientes datos semiológicos:

- Se trata de una mujer de unos 55 años que tiene que levantarse a orinar por la noche.
- Aqueja una sensación de «nervios en las piernas» que la obligan a levantarse, «si no explota».
- No hay un síndrome miccional claro.

Si estos datos el médico los hubiera «leído», como ahora hace usted, en lugar de haberlos «escuchado» en un contexto de cierta confusión, con seguridad pensaría en:

- El síndrome de las piernas inquietas en una persona que además aqueja polaquiuria de otro origen.
- Una clínica inicial de insuficiencia cardíaca con nicturia y cierto grado de disnea paroxística nocturna, que la paciente confunde con inquietud.
- Ansiedad que la paciente somatiza como ganas de orinar.

Mencionamos estas posibilidades e, indudablemente, hay más, pero aquí lo que nos interesa es el bloqueo que sufre el clínico, presa de cierta irritación ante el estilo confuso del paciente. Esta irritación lleva al clínico a banalizar los síntomas («se queja de tonterías»).

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

1. No puede haber una buena entrevista sin que exista una buena delimitación de la demanda. Dirija la entrevista a su consecución aunque tenga que interrumpir a un paciente muy locuaz. El paciente aceptará la reconducción si no da muestras de nerviosismo o de estar irritado. De manera más concreta, el médico hubiera podido «dibujar» *el mapa de que-*

jas, eso es, explorar todas las quejas de la paciente sin jerarquizarlas, y dejar que ellas mismas le sugiriesen el motivo de consulta. Por ejemplo:

/4/M: Ajá, ¿y qué más le ocurre?

Al abrir el **mapa de quejas** el médico puede escoger como síntoma-guía el que aparezca con mayor relevancia.

2. Permita que sea el propio paciente quien jerarquice la importancia de sus demandas. En ocasiones puede ser útil: «de todo esto que me cuenta, ¿hoy qué le ha traído a verme?», o incluso, cuando el paciente trae a colación problemas personales de difícil solución podemos ensayar: «¿qué cree que puedo hacer por usted?».

3. Clarifique: «¿qué entiende usted por...?». Otra técnica similar es la **clarificación forzada**: «por favor, trate de explicarme este mareo sin usar la palabra mareo».

4. Una técnica útil es **crear escenarios**: «¿si usted se levantara cómo se sentiría?», «¿si subiera una cuesta, qué ocurriría?», «imaginemos que se encontrara con el carrito de la compra y tuviera que subir al ático», etc.

5. **Menú de sugerencias**: la molestia que nota... ¿es como si le pincharan o más bien como si le apretaran con un puño?

6. Cuando un paciente se exprese de manera muy confusa, o tenga la sensación de «estar completamente perdido», considere la posibilidad de **empezar de cero** (como si no conociera nada del paciente), y aplicar las técnicas de «mapa de demandas y quejas», «patobiografía» y «lectura textual». En tales situaciones, relájese, tómese su tiempo y deje que su mente trabaje con libertad. No se fuerce a «demostrar» que «estaba en lo cierto», sino todo lo contrario: «¿y si hasta ahora iba por un camino equivocado?» (a esta técnica la llamamos «**técnica de la hipótesis inversa**»). Sepa escuchar los *ecos* que las palabras del paciente despiertan en su cabeza. ¡Cuántas veces los clínicos reconocemos *a posteriori* que en algún momento pensamos en el diagnóstico correcto, pero lo desechamos porque lo consideramos «poco probable»!

7. En pacientes ancianos y con déficit cognitivos puede ser absolutamente necesario tener la ayuda de un familiar o cuidador para comprender exactamente lo que le ocurre, cuáles son sus actividades diarias, o si toma o no los medicamentos. No pretenda suplir con técnicas de entrevista lo que debe ser una tarea de equipo. A veces nuestra **tarea prioritaria** consiste en **movilizar los recursos familiares** para que el paciente se vea atendido por su entorno familiar.

Vamos a aplicar algunas de estas ideas al ejemplo. Curiosamente, el caso resulta muy fácil de solventar sencillamente con la técnica de «palabras o frases por repetición», que clarifican el contenido de lo hablado por el paciente:

/1/P: Doctor, por la noche orino mucho.

/2/M: Aja... cuénteme más...

/3/P: Me pongo nerviosa y me tengo que levantar.

/4/M: ¿Nerviosa?

/5/P: En realidad me cogen unos nervios en las piernas que si no me levanto... exploto.

/6/M: Entiendo... si no se levanta explotaría.

/7/P: La cosa que me coge por las piernas no se puede resistir. Sólo me alivia un poco el frescor del suelo.

En este punto va quedando meridianamente claro que el paciente describe un síndrome de piernas inquietas, y que la confusión derivaba de la relación establecida con el hecho de orinar.

Observe también estas habilidades en otro fragmento:

/1/P: Tengo mareos, en realidad voy a peor, con este cansancio, me levanto de la silla y me viene este mareo, y el corazón en la boca, me falta el resuello y me da miedo hasta salir al pasillo de casa, porque entonces sé que todo empeora...

/2/E (**clarificando**): ¿Qué entiende usted por mareo?

/3/P: Cuando me levanto por la mañana y cuando me levanto de la silla, me viene otra vez el mareo.

/4/E (**clarificación forzada**): Trate de explicarme las sensaciones que tiene al levantarse de la cama sin usar la palabra mareo. (**Creando un escenario**) Usted se levanta de la cama y...

/5/P: Bueno me levanto y se me va la vista ¡y me vienen unas ganas de vomitar!, pero me digo, «tranquilízate, no muevas la cabeza», y entonces parece que me recupero un poco.

/6/E: ¿Puede alcanzar el lavabo para hacer sus necesidades sin ayuda?

/7/P: Sí, pero cogiéndome por las paredes y muy poquito a poco.

/8/E (**menú de sugerencias**): ¿Es como si tuviera debilidad o como si las cosas dieran vueltas a su alrededor?

/9/P: Como si perdiera el mundo de vista. Un mareo malo, malo de verdad.

En apenas unos minutos de entrevista hemos logrado datos semiológicos relevantes, que nos orientan el mareo como posicional. Sin embargo, han aparecido varios síntomas que deberemos seguir: a) una disnea a esfuerzos; b) un incremento del mareo al salir de la habitación. El primer dato apunta hacia una clínica de insuficiencia cardíaca o respiratoria, el segundo hacia síntomas que pudieran ser ansiosos. Deberemos seguir cada una de estas posibilidades.

En resumen, ante un paciente inconcreto:

-
- Delimite la demanda y haga un mapa de quejas.
 - Facilite la narración libre pero clarifique.
 - Ordene los materiales como si tuviera que escribir un informe clínico.
 - «Lea» los datos que ha obtenido como si se tratara de «otro» paciente.
-

Dificultades para el salto a lo psicosocial

Hemos aludido anteriormente a dos tipos de dificultades muy habituales en la parte exploratoria de la entrevista: a) dibujar de manera suficiente la cronología de los síntomas, y b) abordar los aspectos psicosociales. Estas dificultades quedan plasmadas en el ejemplo que sigue:

Dr.: ¿Qué le trae por aquí?

P: Unos mareos muy fuertes que me dan de vez en cuando. Para mí que tengo algo en los oídos.

Dr.: Aparte de esto, ¿alguna cosa más?

P: No, sólo eso, pero es que cuando me dan son muy fuertes, casi me hacen caer, me tengo que apoyar, y luego se me pasan. Total que me asusto mucho.

Dr.: ¿Ha notado pérdida de audición?

P: No, no.

Dr.: ¿Y la visión doble?... ¿o dolores de cabeza?

P: No, nada de eso...

Dr.: ¿Ruidos en los oídos?

P: Tampoco.

Dr.: De acuerdo, pasemos a la camilla, deseo explorarle.

Comentarios

1. ¿Han quedado suficientemente establecidas las características de los síntomas?

El entrevistador ignora aspectos tan importantes como: cuándo y de qué manera se inician los síntomas, en qué consiste exactamente la sensación de mareo, evolución cronológica de los mismos, qué los empeora o mejora, con qué los relaciona y cuáles son sus creencias y expectativas sobre éstos. Por extraño que parezca este tipo tan breve de anamnesis se da en profesionales que llevan muchos años de ejercicio profesional. Es como si por la demanda y el aspecto del paciente ya supieran lo que le ocurre (*entrevistador intuitivo*).

2. ¿Cuándo podemos estar seguros de que hemos realizado una anamnesis suficiente?

Una técnica que mencionábamos anteriormente es la «*técnica del informe clínico*». Consiste en preguntarse: «con lo datos que tengo, ¿podría realizar un informe clínico de lo que le ocurre al paciente?» Trate de escribir en la hoja de consultas de su historial un informe que recoja el cómo, cuándo y dónde de los síntomas, y de inmediato detectará las lagunas que tenga.

3. ¿Era importante abordar aspectos de tipo psicosocial?

Muy importante. Una mayoría de pacientes afectos de mareo lo son por procesos de tipo psicosocial: ansiedad, depresión, trastornos adaptativos, etc. La hipótesis del paciente, «creo que tengo algo en los oídos», puede dificultar el salto del profesional al área psicosocial. En todo caso, debemos aprender a distinguir aquellos cuadros sintomáticos que pueden ser expresivos de aspectos psicosociales subyacentes, y no dudar en tales casos en realizar el «salto psicosocial».

4. ¿De qué manera podemos entrar en aspectos psicosociales sin levantar resistencias psicológicas?

Algunos pacientes reaccionan mal cuando se les plantea: «¿está usted algo más nervioso?», y sobre todo cuando directamente se les dice: «todo eso son nervios». Las preguntas del «paquete psicosocial» tienen una buena entrada si lo iniciamos con un: «¿qué tal descansa por la noche?», o también: «¿y de estado de ánimo, cómo vamos?». Aún así podemos despertar resistencias como las que a continuación analizaremos.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

Veamos el ejemplo anterior pero seleccionando el momento en que el profesional realiza el salto a lo psicosocial:

Dr. (realizando un **sumario**): Si lo he entendido bien, tiene una sensación de mareo repentina, de apenas unos segundos, como si fuera a perder el equilibrio, que le ocurre en cualquier sitio, desde hace aproximadamente un par de meses, ¿es así?

P: En efecto.

Dr. (**salto psicosocial**): ¿Diría usted que descansa peor?

P: Pues sí, la verdad es que sí.

Dr. (tras averiguar las características del insomnio, continúa así): ¿Y de estado de ánimo, como vamos?

P: No, todo eso de los nervios no es, porque yo estoy bien de los nervios.

Dr. (haciendo frente a las resistencias psicológicas a entrar en lo «mental»): Nadie dice que sean nervios, pero en todo caso es un aspecto más del ser humano, su estado de ánimo, las ganas de hacer cosas, las ilusiones que ahora mismo pueda usted tener... Todo eso también me interesa, ¿qué me dice al respecto?

P: A la presente, ilusiones lo que se dice ilusiones, bien pocas.

Dr. (realizando un **señalamiento emocional**): Lo dice como si estuviera usted triste...

P (arrancando a llorar): ¡Como quiere que esté si mi esposa me ha dejado después de 15 años de matrimonio!

La resistencia a entrar en lo mental *no equivale* a una prohibición. En realidad, los pacientes que más resistencias muestran suelen ser los que más necesitan este tipo de abordaje. Es un paso doloroso que debe transitarse con tacto y una técnica apropiada.

Recuerde, para «saltar» a lo psicosocial:

- Empezar por el descanso nocturno, pues apenas levanta resistencias. Además, si detecta pesadillas puede tener línea directa con las ansiedades más ocultas.
- Prosigar con el estado de ánimo, ilusiones y preocupaciones.
- Evite imputar los síntomas a los «nervios». Prefiera diagnósticos como «ansiedad», «estrés» u otros más ajustados al cuadro clínico.
- Si el paciente se resiste a entrar en lo psicosocial, justifique su interés como medio para conocerle en tanto que persona, no sólo como paciente.

¡Empezar de cero!

Conocer a los pacientes durante años sin duda tiene ventajas, pero también da lugar a **patologías de la familiaridad**. En primer lugar, ver con asiduidad a un paciente no significa que le conozcamos. Bien puede ocurrir que todos o casi todos los encuentros previos se hayan efectuado en un plano superficial, sin una valoración preventiva, ni sistemática por aparatos. En segundo lugar, experimentamos una falsa sensación de seguridad, como si por el hecho de haberle visitado muchas veces conjurara las peores hipótesis. Esta falsa seguridad se incrementa con los pacientes hipocondríacos a los que hemos descartado reiteradamente un cáncer. Llega un momento en que se cumple el aforismo: «de tanto que me vienes que te ignoro». En tercer lugar, muchos datos pueden dejarse de procesar por «ya sabidos». Trazamos un perfil de quejas «ya estudiadas en su día», y atendemos de manera selectiva las quejas «nuevas». Es una buena estrategia a condición de que seamos escrupulosos y apuntemos de manera exacta cuál es este perfil de quejas. Es diferente que el paciente manifieste inapetencia, y sólo eso, a que además pierda peso. En realidad estamos obligados a reprocesar de manera periódica aquellos síntomas que pueden revestir cierta gravedad o cambien de intensidad. No olvide que un cuadro de algia corporal difusa puede anteceder a la aparición de un cáncer (McBeth J, 2003).

Observe la siguiente situación:

P: ¡Yo así no puedo continuar! O me quita este dolor tan insoportable o me manda donde sea...

E: No entiendo, ¿de qué dolor me habla?

P: Pues de todo el cuerpo, no se imagina cómo me duele.

E (repasando el historial): Veamos, yo aquí encuentro visitas por la hipertensión, el azúcar, la artrosis de rodilla, pero hasta la fecha usted no se había quejado de dolor por todo el cuerpo.

P: Porque ya se lo he dicho otras veces y usted no me hace caso.

E: Es difícil de que le haga caso a una molestia que hoy mismo es la primera vez que me la cuenta, ¿no le parece?

Comentarios:

1. ¿Cuál es la mejor estrategia en una entrevista de este tipo?

Lo mejor es empezar como si viéramos al paciente por primera vez, con la idea de olvidar lo que sabemos, los prejuicios, y los sentimientos de irritación que nos produce. «No saber» siempre nos molesta, pero no saber en el contexto de un paciente que se supone ha venido de manera asidua en las últimas semanas, nos suele irritar. **Empezar de cero** es un auténtico ejercicio de humildad!

2. ¿Qué significa exactamente «empezar de cero»?

Significa repasar el historial verificando y completando los datos generales, en especial el contexto familiar y psicológico, e iniciar una nueva anamnesis al menos sobre las quejas actuales. La técnica que veíamos en el capítulo 2 de *patobiografía* puede ser de gran ayuda.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En la siguiente situación el paciente ha acudido hace siete días por un proceso bronquial del que ha mejorado. Hoy acude para el control de la baja laboral.

E: ¿Cómo se encuentra, Sr. Faustino?

P: Mal. Estoy muy débil. Se conoce que esta vez me ha pillado fuerte, porque voy arrastrándome por casa.

Tras el examen físico:

E: Yo le veo los bronquios muy mejorados.

P: Pues no tengo apetito y todo lo vomito. Estoy perdiendo peso. Yo no estoy para trabajar.

E: De acuerdo, le alargaré la baja una semana más para que se recupere.

A los siete días se produce la siguiente conversación:

E: ¿Cómo va todo, Sr. Faustino? ¿Se ha recuperado ya?

P: En absoluto. Usted no me hace caso, y yo ya le dije que estoy muy mal.

E: ¿Tiene tos, expectora...?

P: No, no, yo no estoy de baja por tos. Yo estoy de baja porque he perdido 10 kilos en una semana.

E: ¿Diez kilos en una semana? Esto es ridículo, es completamente imposible...

P: Mire los pantalones a ver si es imposible...

En este punto el entrevistador no sabe literalmente por donde va, así que decide **empezar de cero**. Tras repasar los antecedentes familiares y patológicos, aborda de nuevo la enfermedad actual, pero desde una perspectiva nueva.

E (poniendo en práctica la **técnica de visualización** cronología-argumento-impacto): A ver, Sr. Faustino, me interesa que empecemos como si le viera por primera vez. ¿Cuándo empezó a encontrarse mal?

P: De hecho, hace un mes que tengo las digestiones pesadas... sí, desde hace un mes no como ni me siento bien la comida.

E: Y después vino el asunto de la bronquitis.

P: Eso es, pero yo diría que ya me encontraba débil... ¿puede ser que me bajaran las defensas?

E (sin atender en esta fase a las preguntas del paciente y realizando un **sumario**): Permítame que continuemos: si lo he entendido bien desde hace un mes está usted sin apetito, y empieza a perder peso... ¿es eso correcto?

P: Supongo que sí. Cuando vine con la bronquitis ya le dije que me hiciera unos análisis y una radiografía del pecho, y usted dijo que no valía la pena.

E (sin hacer caso de la culpabilización): En efecto, hace unos 15 días empezó la tos, un poco de fiebre y el cansancio general, más acusado, ¿es así?... y cuando se recupera de la tos continúa sin apetito, y el alimento, dice usted, le produce asco...

P: Exacto. No me entra nada. Estoy con calditos y zumos desde hace unos 10 días... ¿podría ser el antibiótico que me dio?... pero el caso es que ya me ocurría antes de tomarlo.

El entrevistador prosigue con su tarea hasta delimitar un síndrome tóxico de un mes de evolución sobre el que se instala una bronquitis aguda autolimitada. Los estudios posteriores demuestran que se trata de una neoplasia de estómago que empieza a invadir espacio portal. Si el médico se hubiera empeinado en su primera hipótesis («este paciente lo que quiere es alargar la baja»), hubiera demorado el diagnóstico con la consiguiente culpabilización: «decía usted que tenía una bronquitis y en realidad tenía un cáncer».

Recuerde, ante todo cuadro clínico oscuro:

- Empezar como si no conociera al paciente.
- Practique la técnica de «visualización».
- Desconfíe de cualquier cuadro clínico, por obvio que parezca, que curse con una importante repercusión biográfica. No atribuya ganancias secundarias como causa del cuadro clínico hasta haber completado un estudio exhaustivo.

Exploración pélvica

En una cultura del pudor puede darse el caso de demorar una exploración pélvica para evitar un mal trago a un paciente. Craso error. Hay que **normalizar** al máximo este tipo de maniobras: «hacemos el tacto prostático a todas las personas de su edad», «esta exploración es rápida y tan importante o más que una radiografía», etc. Observe como introduce un tacto vaginal una enfermera:

E: Ahora procederemos a un examen pélvico. En su caso necesitamos realizar un tacto vaginal para ver si existe un problema en el útero. A veces se produce un problema en esta parte y tenemos que hacer un legrado terapéutico.

P: Me hicieron un legrado cuando tuve un aborto.

E: Entonces ya sabe de lo que le hablo. De todas maneras, como ahora no está usted dormida sepa que después del tacto vaginal le pondremos este espéculo, suavemente, y lo abriremos para ver primero el cuello del útero... ¿se lo han hecho alguna vez, verdad?

P: Sí, para la citología.

E: Ajá, ya sabe que eso no hace daño y nos permite ver que no tenga usted algo de tipo canceroso o infeccioso, tomarle una muestra y con el análisis comprobar mejor que no haya ningún problema. En realidad, el problema creo que puede estar en el útero, pero ya que estamos puestos aprovecharemos para la citología.

Comentarios

1 ¿Detecta algún error o algún aspecto de la entrevista que pueda mejorarse?

En general, el entrevistador ha sido muy correcto, pero podemos objetarle:

«A veces se produce un problema en esta parte y tenemos que hacer un legrado terapéutico». En este punto avanza acontecimientos que son hipotéticos.

«Ya sabe que eso no hace daño y nos permite ver que no tenga usted algo de tipo canceroso o infeccioso». La palabra cáncer es de alto contenido emocional y debe evitarse. Fácilmente la paciente pensará: «me hacen la prueba porque sospechan que tengo cáncer».

Y más adelante: «en realidad el problema creo que puede estar en el útero, pero ya que estamos puestos aprovecharemos para la citología». Es inadecuado dar una información no segura (aún no hay diagnóstico y cuando lo haya éste corresponderá emitirlo al médico), pero además también es inadecuado el «ya que estamos puestos», pues da a entender que realizamos una prueba un tanto secundaria.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

Con mucha asertividad. Si usted no da importancia al pudor, el paciente tampoco. Por ejemplo:

E (*racionalidad de la maniobra*): Necesitamos realizar un tacto rectal para ver la próstata como está... (*Establece bidireccionalidad*) ¿sabe usted en qué consiste esta prueba?

P: No, nunca me lo han hecho, pero mi padre padece de eso.

E (*reconvierte el miedo en acción preventiva*): Razón de más para prevenir. Consiste en tocar la próstata introduciendo el dedo en el ano... no resulta muy molesta a condición de que esté usted bien relajado... Pase por favor a la camilla y le preparamos...

Imaginemos que en este punto el paciente muestra resistencias y nosotros consideramos la prueba absolutamente necesaria:

P: Preferiría que no me lo hiciera.

E (*averigua creencias*): ¿Es miedo, pudor, quiere prepararse en el baño?

P: Un poco de todo....

El paciente no tiene ordenadas las ideas. En este momento podemos optar por trabajarlas un poco más, aplicando estrategias de entrevista motivacional, e incluso dejar un

lapso de tiempo con nueva cita. Pero imaginemos que se trata de una prueba que no podemos demorar de ninguna manera:

E: En su caso esta prueba no se puede demorar. (*Normaliza*) Piense que esta prueba la hacemos docenas de veces. (*Legítima*) Es normal que se note apurado, pero piense que para nosotros es lo más normal del mundo. (*Favorece controlabilidad*) De todas maneras si desea ir al lavabo y venir en unos minutos no hay ningún problema, pero yo casi le recomiendo que la hagamos ahora, aunque no esté del todo preparado. Los malos tragos mejor pasarlos sin pensarlo demasiado, ¿no le parece?

Evite decir: «si lo prefiere puede venir otro día, no hay prisa...», por peligro de que el paciente no regrese. No le importe ser algo insistente, porque aunque el paciente de momento pueda considerarle «un pesado», a la larga predominará el «menos mal que ya tengo hecha la prueba».

Recuerde, vencer la cultura del pudor significa:

- Ser respetuosos con la intimidad del paciente, colocar talla sobre sus zonas íntimas, preservar con una cortina su espacio, etc.
- Solicitar permiso para la presencia de estudiantes.
- Explicar la prueba y normalizar el pudor.
- Ser muy claros en relación a la necesidad de realizarla: «esta prueba a la larga tendrá que hacerse, y mejor ahora que más tarde».

La anamnesis de hábitos sexuales y de riesgo

Para acabar esta galería de situaciones hemos escogido por su importancia la anamnesis de conductas sexuales y de riesgo. Las técnicas que veremos son similares a las que deberemos utilizar en la anamnesis de otras conductas (alimentarias, fisiológicas, etc.), con la salvedad de que entramos en un terreno donde deberemos ganarnos la confianza del paciente. Observe el siguiente fragmento con un chico de 24 años:

E: Antes de proseguir con este resfriado, me interesaría que habláramos un poco de conductas que llamamos de riesgo. ¿Eres homosexual o heterosexual?

P: No entiendo...

E: ¿Practicas el sexo con hombres o con mujeres?

P (riendo): Mayormente con el televisor.

E: ¿Te masturbas?

P: Siempre que hacen los dibujos de Heidi.

E (desorientado): Bueno, supongo que debes tener vídeos pornos y tal... ¿no?

El paciente no responde, mirando al entrevistador con una sonrisa burlona. El entrevistador cambia de tema.

Comentarios

1. ¿Cuál ha sido el error de este entrevistador?

El entrevistador introduce el tema con cierta brusquedad, lo cual pone al paciente a la defensiva. Posiblemente le ha disgustado que le preguntaran de sopetón por su inclinación sexual, y se ha vengado burlándose del entrevistador. En este punto el profesional no sabe por dónde continuar, y cambia de tema.

2. ¿Cómo podemos introducir sin grandes tensiones el tema de la sexualidad?

Algunos pacientes toleran, e incluso les gusta, un abordaje muy directo, pero por lo general es preferible utilizar una gradación. Por ejemplo:

- ¿Tienes novio/a, amigo o pareja?
- A nivel de pareja, ¿qué tal funcionan tus/sus relaciones íntimas?
- En ocasiones las enfermedades crónicas producen dificultades en el área de la sexualidad, ¿ha notado algo al respecto?
- ¿Ha notado recientemente algún cambio en su interés sexual?
- Mucha gente hoy día tiene miedo a contagiarse del SIDA, ¿tiene usted algún riesgo de contagio? (Y tras la respuesta del paciente el entrevistador clarifica): Verá, además de las relaciones entre hombre y mujer sin preservativo, el hecho de recibir una transfusión de sangre, pinchazos de agujas que otras personas hayan podido usar, y relaciones entre dos hombres, son los factores más importantes... ¿está usted en alguno de estos grupos de riesgo?

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

Siempre intentaremos ganarnos la confianza con una introducción gradual de la temática, normalizando el interrogatorio y avanzando de lo general a lo concreto. En el caso siguiente estamos hablando con una mujer de 56 años. Sospechamos que existe alguna problemática sexual que puede condicionar una distimia de larga evolución.

E (haciendo un **sumario** de la información obtenida hasta este momento): Por lo que veo sus molestias no se han modificado en relación a lo que me había comentado hace tres meses. Sin embargo, hoy me gustaría que avanzáramos un poco más. Un asunto que nunca hemos abordado es el tema de si usted está satisfecha con la relación que mantiene con su marido.

P: Bueno, alguna vez ya le había comentado que mi marido es muy suyo. No se comunica. Mira la tele, lee cosas del fútbol, pero hablar... poco y mal.

E (haciendo cribado de malos tratos): ¿Alguna vez se ha sentido amenazada?

P: No, eso nunca. Es una persona poco cariñosa, no se como decirle, pero nunca ha sido violento conmigo, eso no.

E (**interpretación sugerida**): Es decir, su queja iría más bien por una falta de cariño...

P: Sí, eso es.

E: Y a un nivel más íntimo, ¿se produce una relación íntima?

P: No, porque él es incapaz de hablar de temas serios.

E (se da cuenta de que la paciente no ha comprendido, por lo que **clarifica**): Me refiero a tener relaciones íntimas, a hacer uso de matrimonio, vaya...

P: Desde hace tres años al menos que no me pide nada de nada. A veces yo le digo «somos muy jóvenes aún, para tener los cuerpos muertos, ¿por qué no te haces mirar por un médico?», pero él no quiere saber nada de nada. Dice que eso de la hernia se lo impide. Ya me dirá usted...

No olvide la **regla de oro**: para hábitos sexuales y de riesgo casi siempre hay que ser muy claro. Podemos iniciar el diálogo de manera metafórica, pero en un segundo tiempo hay que lograr una comunicación lo más transparente posible.

Recuerde, para hábitos de riesgo:

- Inicie la anamnesis de manera que no levante resistencias: «¿qué bebe en las comidas?...», o en el caso de peligro de autolisis: «¿cree que la vida vale la pena de ser vivida?».
- Ya entrados en materia, sea muy claro: «¿cuántos carajillos se toma por la mañana?»... o bien: «¿Ha pensado en una manera concreta de sacarse la vida?».
- En algún momento comente: «todo esto es muy normal de hablarlo/explorarlo, no se apure». Lo que es normal para usted, lo será para el paciente.

Conceptos avanzados

Por lo general, las diferentes fases de la entrevista analizadas hasta aquí ocurren con una brevedad asombrosa. Recibimos al paciente, averiguamos el motivo de consulta, y en menos de un minuto procedemos a su exploración verbal. El entrevistador en estos instantes iniciales de la entrevista habrá procedido a un vaciado de la información preelaborada, aplicando técnicas de apoyo narrativo. A partir de esta información inicial el entrevistador ya habrá generado sus primeras hipótesis, tratando de responder a dos cuestiones centrales: «¿qué le ocurre al paciente?, y ¿qué se supone que debería hacer yo?». Es el **encuadre o intencionalidad de la entrevista**. De forma casi automática, el entrevistador empezará a hacer suposiciones (generar hipótesis), y a partir de ellas irá trazando un plan de entrevista (Burack RC, 1983; Esposito V, 1983; Boucher FG, 1980). En las páginas siguientes veremos la necesidad de cruzar estas hipótesis y ocurrencias (plan avanzado de entrevista) con un plan básico de entrevista. Viene entonces un proceso para decidir con los datos obtenidos con cuál de las hipótesis nos quedamos, proceso de gran complejidad en que mezclamos dos tipos de pensamiento: **pensamiento de tipo intuitivo o guiado por analogías o similitudes**, y **pensamiento guiado por criterios**. Finalmente examinaremos el modelo biopsicosocial y lo que nos aporta en esta tarea diagnóstica.

Dibujos en la cabeza

Uno de los retos más importantes que afrontamos en entrevista clínica es que varios profesionales distintos lleguen a diagnósticos similares ante el mismo paciente y situación clínica. Este tipo de estudios se llaman estudios de variabilidad diagnóstica, y abarcan tanto el campo de la medicina como de enfermería. Tenemos la impresión de que una de las claves que explican las diferencias entre clínicos, a la hora de analizar los problemas de sus pacientes, reside en la manera como aprenden, o dicho de otra manera, en los dibujos que tienen en su cabeza de las entidades o situaciones morbosas. Vamos a examinar brevemente este punto y también daremos algunas claves de cómo podemos compartir con mayor eficiencia estos dibujos mentales, tan importantes a la hora de interpretar la realidad clínica.

Primera afirmación: cuando tratamos de comprender una situación clínica no usamos un método inductivo. No es verdad que recojamos los datos y aparezca delante nuestro un diagnóstico o una manera de describir el problema. Siempre tenemos unos esquemas previos o unos modelos, a partir de los cuales interpretamos la realidad. El conocimiento, tal como lo entiende Popper, es siempre deductivo (Popper K, 1972). Por esta razón, durante años y años los médicos han estado atendiendo a pacientes fibromiálgicos aplicándoles todo tipo de diagnósticos, y probablemente delante de nuestros ojos pasan pacientes que en un futuro agruparemos de manera eficaz bajo otros epígrafes. *Sólo vemos lo que estamos preparados para ver. Sólo vemos aquello que de alguna manera ya tenemos en nuestro cerebro en forma de modelo.*

Segunda afirmación: frente a un determinado paciente sólo aplicamos una parte de lo que sabemos. Esta paradoja es similar a la del estudiante que encuentra más fácil un examen de respuesta múltiple que otro de pregunta corta. En el primer caso con que «le suenen las cosas» hay bastante; en el segundo caso, tiene que empaquetar los conocimientos para explicarlos de manera razonada. Es otra manera de estudiar. De manera similar el clínico tiene que empaquetar lo que aprende para ser usado delante del paciente. Como apunta Schon (1987) hay un conocimiento en la acción, un conocimiento casi automático que podemos rescatar frente al paciente; y por otro lado, hay muchos conocimientos que seríamos capaces de rescatar en un examen, pero que somos incapaces de rescatar frente al paciente. Piense el lector lo mucho que le cuesta introducir como hábito una prescripción farmacológica completamente nueva, y cuántas veces tiene que consultar el *Vademécum* para sentirse mínimamente seguro. O lo peligroso que resulta leer una radiografía delante del paciente, en plena consulta, en relación a hacerlo acabada la consulta y con toda la cabeza dedicada a ello.

Las consecuencias de este planteamiento son dos: por un lado, en relación a cómo estudiar, y por otro, a cómo planificar la entrevista para obtener el mejor rendimiento.

Estudiar clínica. Una manera de estudiar clínica (acorde con la idea de «conocimiento para la acción») es la técnica que llamamos **empaquetar para usar**. En la tabla 3.4 mostramos un ejemplo referido a la fibromialgia, y cómo razona un clínico sin experiencia en esta entidad, a partir de la bibliografía que consulta. La tabla no pretende ser una revisión del padecimiento, sino exponer el proceso discursivo que proponemos.

Planificar la entrevista. La segunda consecuencia que apuntábamos es que hemos de darnos tiempo para recoger datos de calidad, sin precipitarnos en querer diagnosticar y «saber lo que hay que hacer cuanto antes mejor». Para ello hay que cruzar un plan básico

Tabla 3.4. **Empaquetar para usar: la fibromialgia como ejemplo**

Cuándo la sospecharé: dolores difusos, cualquier dolor sin causa definida, dolores que se expresan con cierto dramatismo, polialgias en pacientes con insomnio o con aspecto cansino o depresivo.

Conductas de verificación: dolor en 9 puntos de los 18 estándares, con molestias de al menos tres meses de evolución, preguntar por sueño y estado de ánimo pero sin levantar resistencias, excluir artritis, fiebre y síntomas sistémicos...

Otros padecimientos de similar presentación: psialgia depresiva, polimialgia reumática, enfermedades sistémicas.

En mi caso, puedo tener las siguientes dificultades: ignoro exactamente la situación de los puntos de fibromialgia y la presión que debo hacer. Es urgente que lo aprenda con un experto. Hasta que este aspecto no lo tenga claro no estoy en condiciones de hacer este diagnóstico.

Luz roja en comunicación con el paciente: debo evitar que se asuste con la palabra «fibromialgia», pues puede asociarla a enfermedad grave.

Luz roja en diagnóstico: no debo mencionar el diagnóstico antes de confirmar normalidad biológica.

Elección de tratamiento: primera opción, dosis bajas de amitriptilina; segunda opción: miorrelajantes y otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Luz roja en tratamiento: desconozco en profundidad este fármaco y la evolución de los pacientes tratados; tampoco sé el siguiente paso si no me funciona la amitriptilina. Antes de proceder a tratar debo clarificar estos extremos.

El ejemplo simula cómo empaqueta la información un clínico que no conoce esta entidad con el fin de usarla en una situación clínica concreta.

(tareas imprescindibles), con un plan avanzado (tareas que se nos ocurren a tenor de los materiales que aporta el paciente). Veámoslo con mayor detalle.

Plan de entrevista básico y avanzado

Imaginemos a un clínico tratando de discernir la naturaleza de un dolor torácico de un paciente de 23 años sin factores de riesgo. «El dolor se me va para la boca del estómago, me sube al pecho y me aprieta fuerte, no sea que tenga algo de corazón», declara el joven. ¿Cómo discurre el profesional?

Por un lado, tiene un plan básico de entrevista que debe cumplimentar: el paquete de «escucha activa» y «anamnesis focal», junto a una exploración física básica. Pero a medida que va avanzando en el primer paquete de anamnesis focal, se le ocurren hipótesis diagnósticas: «¿y si tuviera una esofagitis?» Esta hipótesis genera la pregunta: «cuando se va a dormir y se echa, ¿tiene a veces la impresión de que le viene ácido a la boca?» Por consiguiente, vamos construyendo nuestra escucha y nuestras preguntas a partir de dos tipos de guías:

- Una guía muy genérica (parte izquierda de la figura 3.2) que nos indica grandes áreas y cuestiones que deben ser abordadas: cómo, cuándo y dónde de la molestia, factores que agravan o alivian, creencias del paciente, etc.
- Una guía específica de las hipótesis diagnósticas que van apareciendo como plausibles. Ejemplo: «estas molestias pudieran deberse a una pericarditis, por consiguiente debo preguntar, etc.».

En la figura 3.2 se muestra como este cruce de plan básico y avanzado da lugar a la entrevista finalmente realizada.

Por consiguiente, el plan de entrevista está cambiando a cada recodo del camino, tanto en función de la exploración verbal como de los datos exploratorios que surgen. Y aquí es donde un buen clínico supera tres escollos para elaborar los datos.

Tres dificultades para elaborar los datos semiológicos.

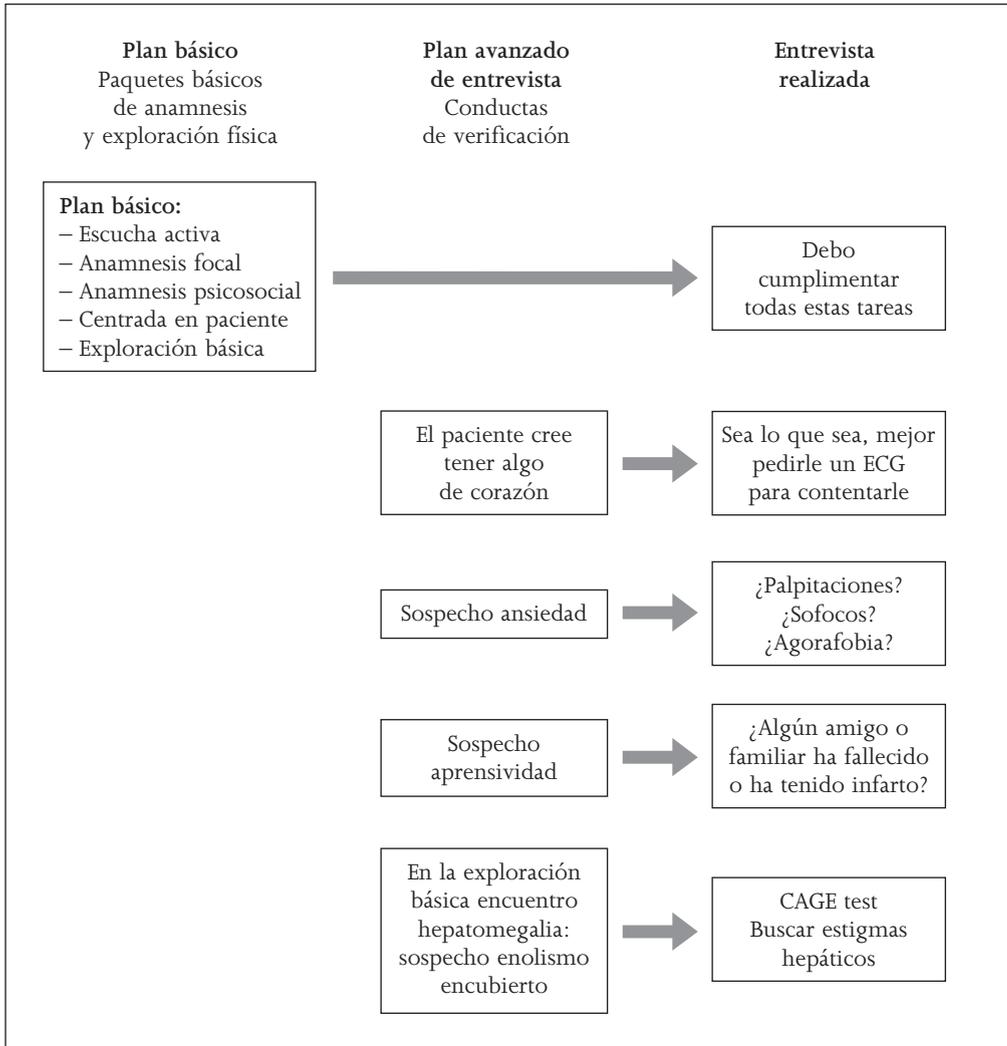
Concepto de tensión crítica

Tres son los escollos que debemos superar cuando elaboramos los datos que hemos recogido en la anamnesis y exploración física (tabla 3.5).

En primer lugar, hay que evitar la tentación de «tomar atajos», ya sea por la vía de la intuición o por la del olvido (en el ejemplo anterior, podemos olvidar la precordialgia al preocuparnos exclusivamente del borde hepático). Estos atajos nos llevan otras veces a no completar el plan básico; por ejemplo, encontramos unas amígdalas con pus y ya no auscultamos los pulmones.

Un segundo escollo consiste en la pereza que produce desmentir las primeras hipótesis. En el caso analizado (figura 3.2) las primeras hipótesis son: ansiedad y/o aprensividad del paciente. Pero en la exploración básica el médico se encuentra con una hepatomegalia. ¿Debe modificar sus primeras hipótesis? Eso siempre representa un esfuerzo importante. Cruza por su mente: ¿estoy en presencia de dos padecimientos, el dolor torácico y el borde hepático, o sólo de uno, por ejemplo enolismo que condiciona ansiedad y diversas somatizaciones? Pero también piensa: «puede que este borde hepático no tenga ninguna trascendencia, y si lo ignoro me ahorro mucho esfuerzo». Siempre hay un deseo más o menos larvado de acabar la entrevista cuanto antes.

¿Siempre queremos acabar la entrevista «cuanto antes»? Sí, casi siempre. La parte exploratoria de la entrevista *acumula mucha tensión*: no sabemos qué tiene el paciente, no sabemos qué debemos decirle, si aceptará nuestras explicaciones, si colmaremos sus expectati-

**Figura 3.2.**

Plan de entrevista básico y avanzado: conductas de verificación.

vas. Por consiguiente, el acto clínico se mueve siempre en el ámbito de las emociones, y de manera genérica, en el de la tensión-relajación. Tenemos una tensión (no saber), que deseamos descargar (emitir un diagnóstico, o decir lo que debe hacerse). Cuando el paciente nos presiona, se acumula aún más tensión, por ejemplo:

P: Usted no da con lo que tengo.

E: Pues sabe lo que le digo, que le envíe a otro colega a ver si da con lo que tiene.

Este médico descarga la tensión con la respuesta más fácil. En la figura 3.3 ilustramos su «aguante» a la tensión con la línea «umbral de tensión crítica-2». La otra línea situada

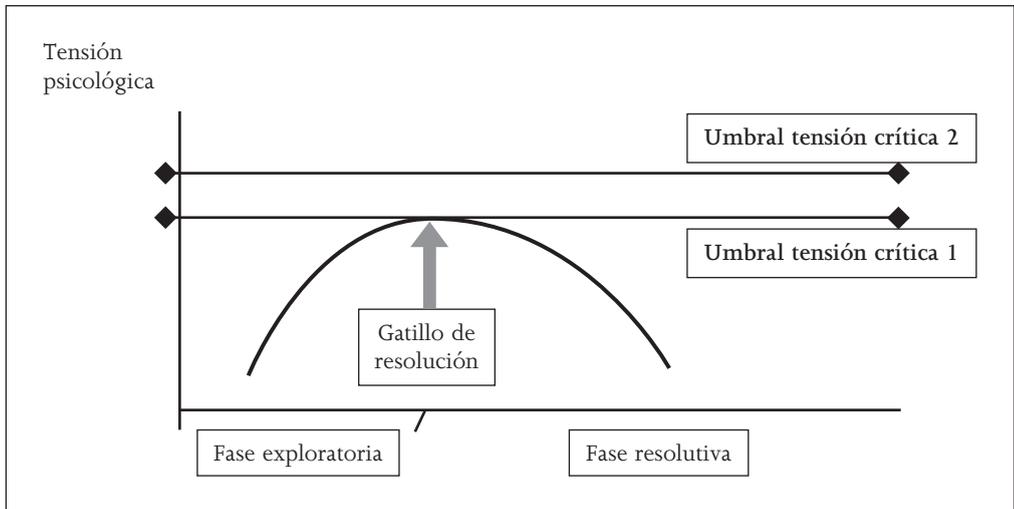
Tabla 3.5.**Los tres escollos para realizar un buen plan de entrevista**

- Compatibilizar y completar el plan básico con el plan avanzado de entrevista. Evitar intuiciones y tendencias campodependientes.
- Realizar reencuadres sobre las primeras hipótesis. Vencer la pereza de «repensar» el paciente.
- Demorar la resolución de la entrevista. Soportar la tensión crítica.

más arriba («umbral de tensión crítica-1») ilustra a un profesional con más control emocional, menos irritable, más paciente también con la ambigüedad del «no saber».

Por consiguiente, en la tabla 3.5 los dos escollos de tipo cognitivo: a) compatibilizar el plan general con un plan concreto de entrevista que va surgiendo de manera dinámica, y b) permitirnos segundas hipótesis (reencuadre), nos remiten a un tercer escollo de tipo emocional: c) tolerar que la entrevista se nos complique, demorar su resolución para darnos mejores datos. En breve: *tolerar una tensión crítica mayor*. De aquí que defendamos un modelo de acto clínico que es emotivo (tolerar una tensión crítica) y a la vez cognitivo o racional (elaborar racionalmente unos datos semiológicos).

El concepto de umbral de tensión crítica explica lo que hemos llamado **abordaje o entrevista en dos fases**. Descartado lo «orgánico» en un paciente somatizador, se cita a dicho paciente para otra entrevista con el fin de cumplimentar el área psicosocial. El diagnóstico psicosocial no activa «tensión» como sí lo hace el diagnóstico biológico, y el entrevistador lo pospone.

**Figura 3.3.**

Umbral de tensión crítica.

Cada entrevistador tiene una capacidad de soportar el «no saber qué hacer». A esta capacidad le llamamos umbral de tensión crítica. Llegado a este umbral se activa la resolución de la entrevista, aunque esta resolución no sea idónea. En el ejemplo, si el entrevistador tuviera un mayor aguante a la tensión crítica (umbral 2), no resolvería la entrevista de manera precipitada

Dar sentido al relato del paciente. Condiciones de suficiencia para un diagnóstico

Permanentemente el clínico se pregunta: «¿estoy avanzando en la comprensión de lo que le ocurre a mi paciente?», y también: «¿cuánto tiempo me queda para “resolver el caso”?». Los entrevistadores somos muy dispares a la hora de dar por acabada una anamnesis. Algunos clínicos se conforman con algunas pinceladas y ya fabrican hipótesis sobre lo que le ocurre a su paciente; otros, en cambio, son minuciosos y perfeccionistas. Los primeros se dicen rápidamente... «ya lo tengo, ya sé lo que le ocurre a este paciente». Otros son más parsimoniosos. En todo caso, tenemos unas **condiciones de suficiencia** para establecer diagnósticos. No basta con que un paciente se nos queje de hormigueo nocturno de las manos para diagnosticar un síndrome del túnel carpiano. En general, hacemos una componenda entre información verbal y datos exploratorios. Por otro lado, cada entidad tiene sus condiciones de suficiencia que pueden cambiar en función de la situación clínica. Por ejemplo: «Si visito a un paciente en su domicilio consideraré que una fiebre con dolor pleural y crepitantes son datos suficientes para establecer el diagnóstico tentativo de neumonía. En cambio, en urgencias de un hospital exigiré la presencia de una radiografía compatible con dicho diagnóstico».

Pero una cosa son las buenas intenciones y otra muy distinta la práctica. El clínico, como decíamos, busca constantemente «atajos». Una estrategia de este tipo es la que llamamos la «**ley del uno más uno**». Consiste en que si un dato aportado por el paciente le orienta hacia, pongamos, un síndrome del túnel carpiano («tengo hormigueos en la mano durante la noche»), y después encuentra una maniobra de túnel carpiano positiva (p. ej., una maniobra de Phalen), otorgará el diagnóstico de síndrome del túnel carpiano. La figura 3.4 ilustra la **ley del uno más uno**, que precipita el «ya lo tengo» o el «ya sé lo que le ocurre a este paciente», con un prematuro cierre de la entrevista.

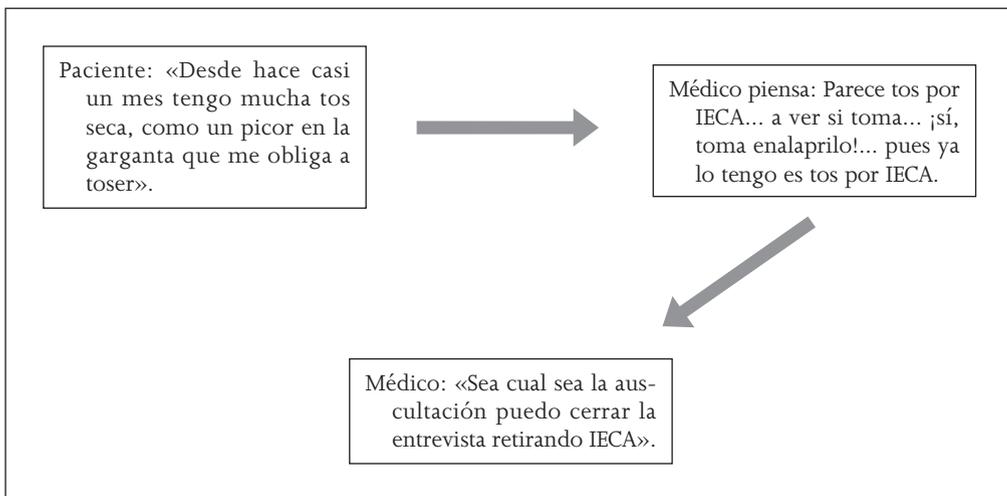


Figura 3.4.

Ley del uno más uno y cierre de entrevista.

Se toma como certeza el hecho de encontrar un dato exploratorio o anamnésico que apunta en la misma dirección que una hipótesis que se nos acaba de ocurrir. Muchas veces, cuando se da esta circunstancia, el clínico deja de ejecutar maniobras del plan básico de entrevista

IECA: Inhibidor de la enzima convertora de la angiotensina.

El concepto de *tensión crítica* (figura 3.3) ayuda a comprender la *ley del uno más uno*. Tanto menos toleramos la tensión emocional de «no saber», tanto más buscamos atajos y tanto más nos apoyamos en un *pensamiento intuitivo*. Viceversa, cuando toleramos la incertidumbre, tanto más minuciosos podemos ser, y tanto más aplicamos *pensamiento por criterios*. Para que acudan a nuestro cerebro los criterios clínicos de decisión, hay que dejarles cierto tiempo de elaboración previa. Bastantes clínicos piensan: «bueno, de entrada escucharé mi intuición, y si no funciona, replantearé el caso desde un acercamiento más minucioso». Con el paso de los años ésta es la *tendencia natural* de todo clínico. La trampa consiste en que si el clínico no tiene mucha agilidad mental para los reencuadres, muchas veces no se querrá mover de su primera orientación diagnóstica. Permanece «anclado» en sus primeras hipótesis diagnósticas, sin asumir el *coste emocional del reencuadre*, y poco a poco empobrece su pensamiento basado en criterios. Antes de proseguir en el análisis del pensamiento por criterios, veamos un poco más el concepto de anclaje diagnóstico.

Anclaje diagnóstico

Entendemos por *anclaje diagnóstico* el grado de certeza o de compromiso social que tenemos con un determinado diagnóstico. La certeza, en general, se debe a las evidencias o pruebas científicas (dato exploratorio, análisis, resultados de practicar unas pruebas con escáner). El compromiso, en cambio, tiene un origen emocional y social. Anteriormente veíamos como un médico intuitivo desea demostrarse que tiene «buen ojo clínico». Para él reencuadrar un diagnóstico puede llevar pareja la consideración de «ser un profesional inexperto». A veces un paciente nos dice: «¿y si en realidad esta amigdalitis fuera una mononucleosis?». El médico puede que acepte la sugerencia, pero puede sentirse retado, y responder: «por supuesto que no, lo que te ocurre es muy diferente de la mononucleosis». Aunque la evolución clínica posterior sea compatible con mononucleosis, le costará mucho considerar esta posibilidad. ¡Qué diferente hubiera sido contestar: «no me lo parece, pero lo tendré en cuenta»! Eso le hubiera permitido rectificar sin coste emocional, porque lo que más «ancla» un diagnóstico es, muchas veces, nuestro amor propio. Para ilustrar este punto del anclaje diagnóstico y la autoestima, vea la figura 3.4 e imagine que en este ejemplo el paciente declara: «No, doctor, se equivoca usted. En realidad esta tos la tengo desde antes de que me pusiera usted el enalapril». En este punto entra en juego la autoestima del profesional. Si reencuadra la entrevista, si se desmiente en su primera hipótesis, también puede tener la impresión de que su autoridad frente al paciente se va a pique. Pero ésta es tan sólo su impresión. Lo cierto es que *los pacientes agradecen que el clínico rectifique el diagnóstico* cuando hay motivos. Les gusta la seguridad del clínico, pero aún más la flexibilidad.

Pero también hay un anclaje diagnóstico de origen social. Por ejemplo: *forzamos* el diagnóstico de depresión para explicar la conducta de un paciente que ha agredido a su esposa, y de esta manera darle una *segunda* oportunidad en el seno familiar. En este caso, el médico puede que sepa que su diagnóstico no es científicamente riguroso, pero compromiso y certeza científica se confunden. Otras veces, insistimos en el carácter de enfermedad del alcoholismo, para *anclar* al paciente a sus deberes de enfermo: tomar antabús, acudir a un grupo terapéutico, etc.

Corolario: cuando emitimos un diagnóstico nuestro prestigio queda *anclado* a este diagnóstico. El clínico con años de experiencia usa expresiones como «lo más probable es que tenga usted...», «todo parece indicar»... Ser prudente en la expresión de un diagnóstico es darnos la *libertad de rectificarlo* más fácilmente en un futuro. Y cuando el paciente nos apunta una hipótesis diagnóstica, cuesta bien poco conceder: «eso que me dice lo tendré en cuenta». Sin embargo, otras veces debe ser taxativo para *anclar* al paciente a su realidad: «su

enfermedad la llamamos alcoholismo». (Esta función de anclaje sobre el paciente volveremos a retomarla al hablar de la entrevista motivacional.)

Pensamiento por criterio frente a pensamiento intuitivo

Hemos analizado cómo llegamos a diagnósticos y como a nivel emocional cuando emitimos un diagnóstico nuestro prestigio queda comprometido (*anclado*) a él.

Avancemos algo más en los mecanismos más íntimos de este proceso. Ello debe permitirnos acercarnos a estrategias para evitar errores clínicos. Veamos, en primer lugar, el papel que desempeña la intuición (el «ojo clínico»), en el proceso diagnóstico.

Puede que usted haya llevado su automóvil a un taller mecánico y le hayan comentado: «sería conveniente que cambiara los neumáticos traseros». O puede que le hayan dicho: «tiene usted que cambiar los neumáticos traseros, pues fíjese como aquí y aquí se ha perdido el dibujo». ¿Cuál es más convincente? Algo similar ocurre cuando decimos al paciente: «sería bueno que dejara de fumar», a decirle, «tiene que dejar de fumar porque tiene un riesgo cardiovascular superior al 20 %». En este segundo caso, el receptor se da cuenta de que aplicamos un criterio.

Pensar y decidir por criterios («dada tal circunstancia clínica me corresponde hacer tal acción diagnóstica o terapéutica») nos lleva a un tipo de pensamiento más estructurado, basado en la experiencia acumulada de muchas personas y, posiblemente, en algoritmos igualmente probados por ensayos clínicos (*medicina basada en la evidencia*), o sugeridos por expertos. Parece una manera superior de decidir que simplemente la intuición clínica. El experto es precisamente la persona que tiene criterios para una realidad muy específica y a la vez compleja. Pero incluso el experto topa con varias limitaciones:

- a) Tiene limitaciones para adquirir todos los criterios que las ciencias de la salud atesoran para una situación clínica concreta.
- b) Además puede que aún sabiéndolos sólo le vengan a la cabeza unos cuantos. Es muy distinto reflexionar sobre un caso clínico que estar frente a un paciente y tener que decidir con él delante.
- c) Y, por si fuera poco, la realidad siempre está llena de sutilezas y excepciones. Lo que vale para un diabético hipertenso, puede que no valga si además tiene una insuficiencia renal.

Pasemos ahora a analizar el pensamiento intuitivo. En lugar de actuar por criterios es un tipo de pensamiento que opera con analogías: «esta situación es parecida a tal otra, luego corresponde hacer...». Por consiguiente, es un pensamiento caracterizado porque:

- a) Es muy rápido. Establece vínculos con situaciones parecidas y nos propone maneras de resolver la situación cogiendo por modelo experiencias pasadas. Ello tiene la ventaja de la inmediatez, pero la desventaja de que puede engañarnos fácilmente (sesgos de relieve, de experiencias recién vividas, etc.) (Esteve MR, 1996).
- b) A veces actúa como farolillo rojo que nos dice: ¡cuidado!, este paciente tiene algo que va más allá de lo aparente. Nos colorea la realidad con tintes de duda, sorpresa o perplejidad, donde el pensamiento por criterios sólo ve rutina, claridad o blanco contra negro. Es un *contrapunto* del pensamiento analítico que lo enriquece.

Es decir, cuando predomina el pensamiento intuitivo *nos empobrecemos*, porque dejamos de lado el enorme caudal de experiencia formalizada que, en definitiva, es la que propor-

ciona la *seguridad del experto*. Pero cuando el pensamiento por criterios sabe escuchar en un *segundo plano* lo que le dice el pensamiento intuitivo, queda reforzado y enriquecido. Por ejemplo: «este paciente se queja de dolor epigástrico pero la fibroscopia y el electrocardiograma son normales; desde luego, es un paciente ansioso y con mucho estrés, pero me transmite vivencia de dolor orgánico; no me deja tranquilo, le pediré una tomografía computarizada (TC) abdominal». Y la TC demuestra un tumor abdominal. Debemos decir en este punto que el médico puede que considere su decisión movida por un afán de *medicina defensiva*, cuando en realidad su razonamiento ha sido mucho más complejo. Tan complejo como inaparente y rápido. El término *medicina defensiva* debería guardarse para decisiones movidas para complacer exclusivamente las expectativas del paciente (mejor llamarla en tal caso *medicina satisfaciente*). Pero nuestro médico ha sabido captar datos semiológicos de dolor orgánico que ni el mismo paciente sabía expresar, y ha escuchado una voz que le alertaba, una voz que no venía avalada por ningún criterio formal.

Ahora bien, si nos limitáramos a reflejar los éxitos del pensamiento intuitivo, no haríamos justicia a la realidad. Lo cierto es que muchas veces nuestra intuición se equivoca en más o en menos: «tocaría hacerle una fibroscopia, pero seguro que me saldrá negativa, ¡con lo exagerado que es este paciente!». Y al final el paciente *exagerado* tenía un linfoma de estómago. Es aquí donde el clínico, lo sepa o no, le guste o no, educa siempre su intuición en un proceso que hemos llamado **doble contraste subjetivo**.

¿Cómo funciona la educación del pensamiento intuitivo? Convertimos en criterio aquellas intuiciones que la experiencia nos demuestra que son ciertas mediante el **doble contraste subjetivo**. Es un proceso que se realiza casi siempre en dos visitas cronológicamente distanciadas. Imaginemos que atendemos a un paciente que tiene un tono de piel oliváceo.

Primer contraste subjetivo: ¿qué valoración intuitiva hago de este paciente?, este tono de piel ¿es normal? Las escleróticas no son ictéricas, no hay hepatomegalia... pero no me acabo de fiar. Le pediré unos análisis.

Segundo contraste subjetivo: el paciente acude de nuevo con los análisis normales, por lo que pensamos: «creí que este paciente estaba más enfermo de lo que en realidad estaba porque tomé el color oliváceo de su piel y su hábito leptosómico como signos de gravedad, sin darme cuenta de que es un tipo de piel normal de algunas personas». En conclusión: «a partir de ahora este tipo de piel lo consideraré una variante de la normalidad». De esta manera, hemos transformado una intuición inicial en criterio, pero un criterio «para mí», pues no tengo datos para sustentarlo ante la comunidad científica.

Una práctica profesional creativa tiene diálogos internos de este tipo: «aunque nadie me lo ha enseñado, este temblor de manos que observo en este paciente tiene que deberse a ansiedad, porque desaparece cuando el paciente se toma la medicación ansiolítica; a partir de ahora lo interpretaré así». El **doble contraste subjetivo** no es ni más ni menos que este proceso natural de adquirir experiencia, porque es un pensamiento construido con *criterios «para mí»*. Cuando el clínico se percata de este proceso «para mí», tiene una fuente muy rica de posibles trabajos de investigación: convertir estos criterios en criterios válidos para otros clínicos. ¿No es eso precisamente lo que hace el experto?

Una primera aproximación a las reglas (heurísticos) de decisión

Queda dicho que el pensamiento experto es un pensamiento regulado por criterios: «a tal situación se corresponde tal acción». A estos criterios se les ha llamado también reglas de acción, reglas de decisión, *schematas* o heurísticos. Nosotros tomaremos estos términos como sinónimos. Hay unas *edades del clínico* en relación a la adquisición y enriquecimiento de las reglas de acción. Inicialmente, en la *etapa de estudiantes*, estos criterios los

asimilamos como verdades absolutas. En la *etapa madura*, la más creativa de nuestra práctica profesional, ponemos en duda estos criterios, estamos dispuestos a cambiarlos cuando nos abrimos al pensamiento intuitivo y, sobre todo, estamos abiertos a reconocer el punto de perplejidad («esto no lo sé»). Aplicamos también el *doble contraste subjetivo* para pasar intuiciones a *criterios «para mí»*. En el *declive* de nuestra carrera (no en un sentido cronológico, sino cuando la mediocridad, es decir, *el no querer trabajar mejor*, nos hace mella), puede que de nuevo nos encerremos en verdades absolutas, incapaces de repensar creativamente la realidad. Regreso a la semilla, que diría Alejo Carpentier. Pues bien, el modelo que defendemos postula que en la etapa creativa añadimos a nuestra manera de actuar más y más reglas de acción (o heurísticos), de complejidad creciente. Mejoramos nuestra pericia porque cada situación clínica activa reglas de acción más complejas, que tienen en cuenta más posibilidades, compensan más riesgos o dejan más puertas abiertas para rectificar cursos clínicos adversos. Ahora bien, estas reglas de acción se aplican pero no se piensan; se *han pensado antes*, cuando nos hemos propuesto aplicarlas; después, con un poco de tiempo, dejamos de pensarlas y simplemente las incorporamos como hábitos y creencias. En el fondo hablar de hábitos es hablar de *inteligencia automatizada*. Este carácter mecánico del hábito es la razón por la que nos cuesta un gran esfuerzo de análisis detectar qué reglas de acción manejamos y, en caso de que sean incorrectas, proceder a cambiarlas. Es un fenómeno que ocurre en capas o estratos, de manera que los heurísticos o reglas de acción más obsoletos quedan en las profundidades de la memoria, pero quedan. Les llamamos *heurísticos de bajo nivel*, y suelen ser reglas de decisión que exigen poco esfuerzo aplicarlas. Por el contrario, los *heurísticos de alto nivel* son reglas de decisión que nos obligan a un mayor número de acciones para dar por resuelta la situación clínica (tabla 3.6).

Nos interesa en este punto llamar la atención del lector sobre un fenómeno que llamamos *caída de heurísticos*. Cuando nos asalta la fatiga, las prisas, el agobio o una inundación de tipo emocional como puede ser la rabia, la vergüenza o el rencor (tabla 3.7) puede que experimentemos lo que hemos llamado una «caída de heurísticos», y queramos resolver una situación clínica aplicando reglas de decisión que exijan poca inversión energética. En este punto aparecen los heurísticos de bajo nivel. Si usáramos un término psicoanalítico, podríamos decir que sufrimos una *regresión*, pues pasamos a utilizar una regla de acción

Tabla 3.6.
Heurísticos de alto y bajo nivel

De nivel bajo

- Escasa/nula reflexión o elaboración por parte del sujeto.
 - Suelen aprenderse en etapas iniciales de la vida o de la formación profesional.
 - Son cómodos de aplicar, con bajo consumo energético.
 - Muchas veces son «lo mínimo» que debe hacerse ante una situación determinada.
-

De nivel alto

- Aparecen tras la reflexión consciente, es decir, tras poner en duda las primeras reglas de decisión (aquellas reglas de decisión que constituyen el «conocimiento tácito»).
 - Responden a un análisis más sofisticado de la situación, y en general prevén cursos desfavorables que antes no se habían considerado.
 - Su aplicación consume más energía psíquica/física.
-

Tabla 3.7.
Factores restrictivos de nuestra competencia

Falta o exceso de activación emocional

- Fatiga.
 - Problemas cognitivos transitorios (p. ej., trastornos del sueño, consumo de alcohol, etc.).
 - Falta de motivación.
 - El profesional tiene prisa por acabar la consulta e iniciar otra actividad.
 - Agobio, sensación de que no damos abasto, muchos estímulos sensoriales a la vez.
 - Inundación por otras emociones extremas, ya sean positivas o negativas.
-

Falta o exceso de tono hedónico

- Hostilidad del paciente.
 - Hostilidad del propio profesional.
 - Dolor o discomfort somático del clínico.
 - Expectativa de que si una determinada hipótesis se confirma, nos crearemos más trabajo.
 - Permitimos zonas de pensamiento mágico: por ejemplo «¡no voy ahora a pensar que puede tener cáncer siendo una persona tan simpática!».
-

que aprendimos en etapas iniciales de nuestra formación profesional. Si usáramos términos jurídicos hablaríamos de *conducta negligente*. Imaginemos el siguiente escenario:

Paciente con dolor en hipogastrio de tipo cólico, con antecedentes de litiasis renal. Heurístico de alto nivel: «antes de dar por bueno el diagnóstico de cólico nefrítico, debo realizar una exploración física y una tira reactiva de orina en busca de sangre». Heurístico de bajo nivel: «hay suficiente con el carácter cólico del dolor y el antecedente de litiasis, por lo que mantendré este diagnóstico aunque la exploración física o la orina sean negativas, por lo que no merece la pena complicarme la vida con más exploraciones».

Observe en la figura 3.5 esta caída de heurísticos. En el fondo, si actuamos a veces de manera negligente no es porque queramos perjudicar al paciente, sino porque pensamos que su problema puede solventarse sin grandes esfuerzos. Hacemos una estimación de la energía que tenemos para invertir en la resolución del caso, y cuando escasea, hurgamos en heurísticos de bajo nivel para darnos por satisfechos.

En la figura 3.5 puede observarse lo que ocurre en el caso de la litiasis renal: pasamos de una tasa de errores de 1/250 a una tasa de 1/100 (estas tasas son meramente indicativas) al aplicar el heurístico de bajo nivel. Eso es lo que ocurre cuando actúan factores restrictivos: estamos cansados, nerviosos, irritables, abrumados por otros pacientes que exigen nuestra dedicación inmediata, etc. En tales circunstancias, sencillamente asumimos más riesgos, «cortamos por lo sano», y cerramos la entrevista de manera más precipitada de lo que sería conveniente, gracias a heurísticos de bajo nivel. Pero para dejar actuar estas reglas de acción de bajo nivel, necesitamos la presencia de una *coartada cognitiva!*, una justificación del tipo: «ya has hecho lo que debías, puedes cerrar la entrevista», o bien «a estas horas de la madrugada demasiado que ya he hecho, puedo cerrar la entrevista». Sin embargo, puede que quede una insatisfacción larvada, que al desaparecer el factor restrictivo (p. ej., el cansancio), aflora. Tal vez al cabo de unas horas o días exclamemos, (como si viéramos la escena rebobinada): «¡aquél paciente lo resolví mal!». Cuando un juez declare que hemos actuado de manera negligente porque no hemos considerado la posibilidad de una torsión

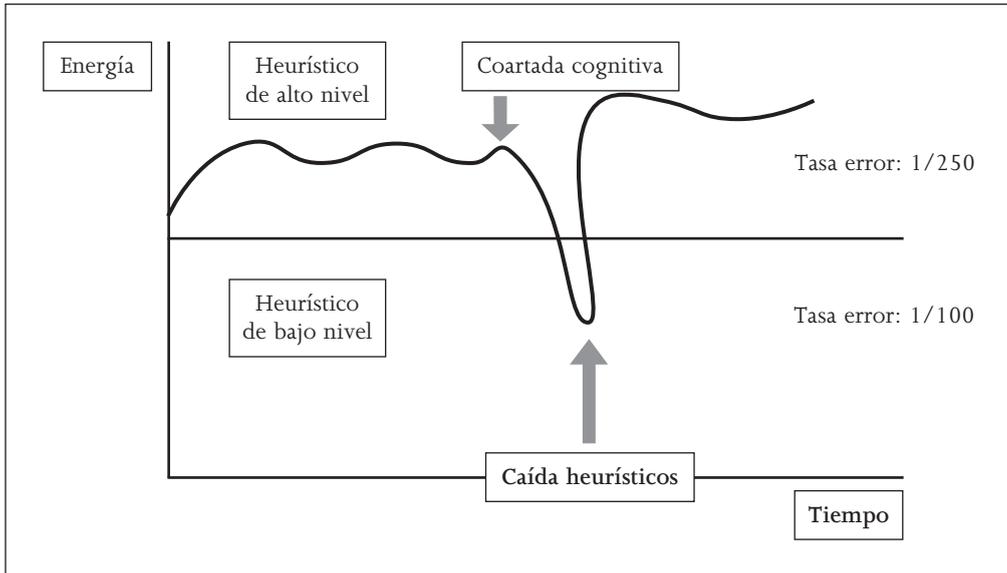


Figura 3.5.
Caída de heurísticos.

Debido a la presencia de algún factor restrictivo el profesional solventa la situación clínica con una regla de decisión (heurístico) de bajo nivel. Ello se traduce en una reducción de su pericia

de ovario, lo único que podremos alegar es que estábamos bajo los efectos de algún factor restrictivo de los que enumeramos en la tabla 3.7. Estos factores restrictivos activan coartadas cognitivas que permiten el paso a heurísticos de bajo nivel. Éste es uno de los puntos más importantes del modelo emotivo-racional.

Volvamos con todos estos conceptos al tema central: ¿en qué consiste la pericia del clínico? Por un lado, en ordenar sus conocimientos y experiencia a fin de saberla aplicar a casos concretos. En otras palabras: crear reglas de acción más y más adaptadas a la complejidad de la vida real. Y por otro lado, estar con una buena activación cognitiva («energética»), para interrogarnos: «¿estoy haciendo lo que debo?», «¿estoy actuando bajo una coartada cognitiva?».

Permítanos el lector otro ejemplo. Un residente aprende en un contexto de urgencias que: «Un ojo rojo con legañas y sensación de tierra equivale a una conjuntivitis, y hay que darle X». Por desgracia este heurístico de bajo nivel acaba dándole problemas muy serios, por lo que adopta este otro:

«Ante un ojo rojo sólo lo daré como conjuntivitis si no hay mucho dolor, el eritema es periférico y no alrededor del iris, y excluyo en caso de duda la presencia de queratitis con el test de la fluoresceína.»

Ha realizado la primera parte del viaje (por cierto, siempre al albur de los avances concretos de cada especialidad). Pero ahora le queda la *segunda parte*: aplicar este heurístico más complejo a las 4 de la madrugada de una guardia especialmente dura. Aquí lo que va a contar será: a) detectar las *coartadas cognitivas* y decirse: «no, aunque esté cansado lo más cómo-

do es hacer las cosas bien hechas, así que voy a aplicar la regla de acción de alto nivel»;
 b) tener una buena «*regulación de la zona de trabajo óptima*», es decir, llegar a las 4 de la madrugada lo más despejado posible. Veamos este último concepto, del que aún no hemos hablado.

Regulación óptima de la zona de trabajo

No es lo mismo trabajar con que sin dolor de espalda. No es lo mismo haber descansado bien que tener apnea del sueño. A partir de hechos tan obvios, Apter (1989) construyó su *teoría de la inversión emocional*, que en esencia nos dice: hay una zona de trabajo idónea que se alcanza por un buen tono corporal y una buena activación cognitiva. Pero cuidado, porque (tal como expresa la figura 3.6) tanto un «excesivo» buen tono corporal, como una excesiva activación cognitiva, perjudican nuestro rendimiento. Nuestros enemigos son por igual un excesivo relax como una excesiva activación, el aburrimiento como la excitación.

Pero, ¿acaso no somos muy conscientes de nuestro tono corporal (o hedónico), o de nuestra activación cognitiva?, se preguntará el lector. Pues no, en general no lo somos. Hay un *carácter circular de las emociones* por las cuales cada emoción se justifica a sí misma. Demasiadas veces ocurre que cuando estamos enfadados estamos demasiado enfadados para considerar que nuestro enfado no es proporcionado; cuando estamos cansados de conducir solemos estar demasiado cansados para considerar que sería prudente detenernos en una zona de descanso, etc. A eso llamamos *carácter circular de las emociones*. La persona que sale de este círculo envolvente ha aprendido a regular su zona de trabajo mediante indicadores externos a sí mismo/a. Por ejemplo: «estoy más cansado de lo que parece, porque

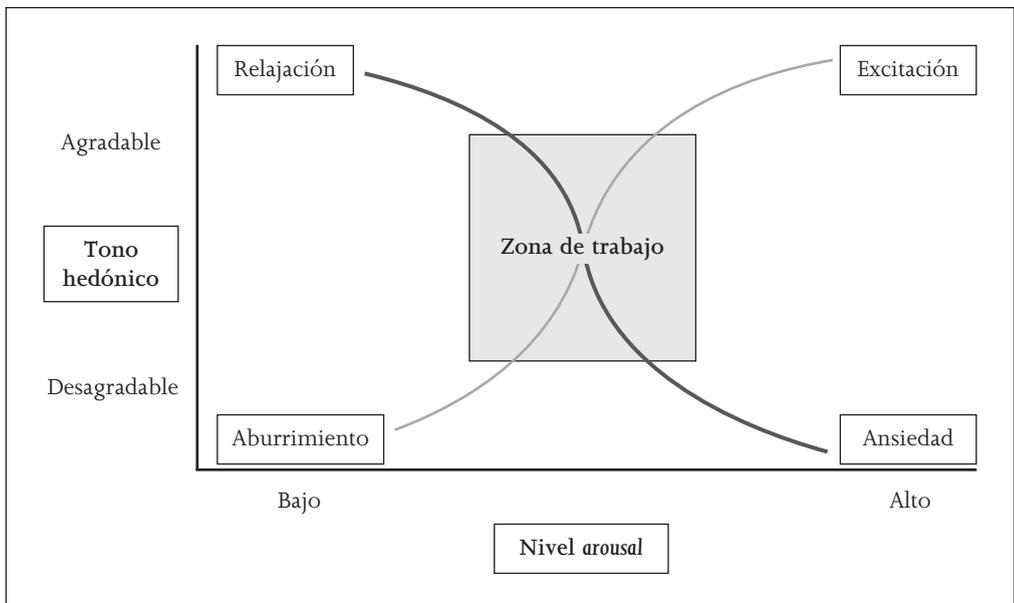


Figura 3.6.

Teoría de la inversión emocional de Apter. El jugador de golf que fracasa repetidamente una jugada pasará de la excitación a la ansiedad. Otro jugador excesivamente relajado llegará a aburrirse. La intensidad de las emociones influye en cómo las catalogamos.

mi caligrafía es horrible». O bien: «estoy levantando la voz en demasía... me estoy apasionando y eso puede llevarme a mantener un criterio con excesiva rigidez».

Los factores restrictivos pueden desplazarnos de nuestra zona óptima de trabajo. Por ello debemos dotarnos de indicadores que nos aseguren en nuestra mejor pericia.

Seguro de pericia

Los clínicos desarrollamos diferentes estrategias para no equivocarnos. Al conjunto de estas estrategias las llamamos **seguro de pericia** (pues se refiere a estrategias para mantener la pericia, más que a una prevención global de errores). Conocer y preservar nuestra zona óptima de trabajo es parte de este esfuerzo. En este apartado abordaremos dos más: a) hábitos de interrogación, y b) señalización de situaciones clínicas. La primera es una estrategia de tipo global, mientras que la segunda alude a situaciones concretas potencialmente peligrosas, o en las que nos hemos equivocado previamente. Por supuesto, las medidas organizativas y formativas tienen la mayor importancia en la prevención de errores, tal como se apunta desde el enfoque sistémico y organizativo (Khon LT, 2000). Pero aquí nos interesa este otro planteamiento más personalista, que en absoluto es contradictorio con el sistémico.

a) Hábitos de interrogación y compensación de errores típicos mediados por nuestro carácter

Epstein ha propuesto que el clínico es algo así como un instrumento musical que debe ser afinado para que haga buena música (Epstein RM, 1999). El símil parece oportuno y nada exagerado. De la misma manera que un melómano distinguirá la manera de tocar de Alicia de la Rocha de la de Arthur Rubinstein, nuestro carácter imprime estilo a la manera que tenemos de resolver problemas. También a la manera de equivocarnos.

El concepto de *error latente* alude a un tipo de error que con el tiempo acabará por aparecer. Un pequeño defecto en el diseño del motor de un coche produce que con el tiempo una mayoría de los coches del mismo modelo padezcan el mismo tipo de avería. Cuando trasladamos el símil a los clínicos pensamos en falta de conocimientos y habilidades. Sin duda, es un factor importante de errores, pero mucho más resulta serlo el carácter. En la tabla 3.8 resumimos algunos conceptos clave en relación a los errores latentes y el carácter.

Junto a este conocimiento de nuestras características debemos tener un hábito de trabajo que evite los errores que de manera habitual comete cualquier clínico. Cualquier profesional con experiencia se da cuenta de que tiene un **hábito de interrogación** mediante el cual supervisa los procesos más importantes. Por ejemplo:

– ¿Estoy suficientemente activado/desperto?

Este hábito de interrogación conduce a regular la zona óptima de trabajo, de la que hemos hablado más arriba. Observar nuestra caligrafía, nuestra pereza por levantarnos de la silla, etc., son buenos indicadores «externos».

– ¿Estoy abriendo mi librería de situaciones de la manera más extensa posible?

Muy relacionado con el punto anterior. A veces no logramos evocar un conjunto de situaciones parecidas a las que tratamos de resolver. Ello se debe a que podemos estar en una zona no óptima de trabajo; nerviosos, aturdidos o simplemente cansados. En tales ocasiones hay que detenerse, coger lápiz y papel e interrogarse: ¿en qué situaciones parecidas me he encontrado?, ¿qué le ocurre a este paciente?

Tabla 3.8. Carácter y errores latentes

| | |
|--|---|
| El <i>despistado</i> dejará de realizar tareas que había pensado en algún momento de la entrevista. | Corrección: cuando se nos ocurre una medida que realizar, apuntarla como «plan» en el curso clínico de la historia. |
| El <i>dogmático</i> no buscará ni escuchará datos discordantes con sus primeras hipótesis (incapaz de desmentirse ni de dejar que los otros le desmientan). | Corrección: demostrarle (¡por parte de otra persona!) que él/ella también se equivoca. El dogmático sólo sale de su ensueño cuando se percibe débil o frágil. |
| El <i>impetuoso</i> querrá solventar el proceso discursivo a partir de pocos datos («ya lo tengo»). | Corrección: he aquí una patología derivada de la falta habitual de tiempo en las consultas; debemos aprender a frenar y darnos tiempo, para evitar cierres prematuros antes de completar el plan básico de entrevista. Pregúntese de manera habitual: ¿sería capaz de escribir un informe clínico con los datos que acabo de obtener? |
| El <i>inseguro</i> tratará de descartar las posibilidades más remotas, con un uso exagerado de pruebas complementarias; otras veces tomará por ciertas las intuiciones o expectativas del paciente o de otros clínicos, sin formarse o tomar en consideración la suyas propias; en el fondo sus decisiones se rigen por evitar tensiones y ansiedades, y secundariamente, llegar a un diagnóstico. | Corrección: aprender a hacerse siempre el propio criterio, entendiendo que tener una opinión propia no tiene por qué equivaler a enfrentarse a otras personas. |
| El <i>perfeccionista</i> apurará todos los detalles y posibilidades una y otra vez, sin un adecuado balance entre tiempo, esfuerzo e importancia de la situación clínica. Los detalles le dificultarán ver «lo más importante» del paciente. | Corrección: en el fondo el perfeccionista trata de mitigar la ansiedad por lo desconocido explorando todas las posibilidades; su esfuerzo debería dirigirse en seguir los protocolos, sin exagerarlos, en la convicción de que son consensos suficientes. ¡El exceso puede derivar también en <i>yatrogenia!</i> , por ejemplo: estimular la hipocondría de los pacientes. |

– ¿Debería reencuadrar la entrevista, planteándome nuevas hipótesis?

Las primeras hipótesis surgen sin esfuerzo, pero replantearse estas primeras hipótesis supone mucha energía, máxime si estamos pensando en cerrar pronto la entrevista. Esta pregunta debería surgir también cuando el paciente acude reiteradamente a la consulta.

– ¿Tengo suficientes datos para escribir un informe?

Este hábito de interrogación previene un cierre prematuro de la fase exploratoria. Ya hemos mencionado el peligro de encontrar datos que corroboren nuestras primeras hipótesis y no proseguir el plan básico de entrevista.

– ¿Estoy cerrando la entrevista demasiado deprisa?, y de manera más concreta: ¿estoy siendo víctima de una *coartada cognitiva* para cerrar prematuramente la entrevista?

Esta pregunta debería saltar automáticamente cuando no acabamos de sintonizar con las expectativas del paciente, o cuando las hipótesis que nos planteamos no acaban de abarcar con claridad todo el complejo sindrómico que presenta el paciente, o cuando sospechamos que cerramos la entrevista «en falso».

El clínico debe escoger a partir de los errores o fallos que detecte en su práctica clínica cuál de estas preguntas (u otras de parecidas) merece la pena incorporar como hábito. Este aspecto es relevante: son preguntas que deben aparecer automáticamente durante la entrevista, y de obligado cumplimiento. Solo así actúan como seguro de pericia.

b) Señalización de situaciones clínicas

Los clínicos situamos balizas con luces rojas sobre aquellas situaciones clínicas que pueden movernos a error. Hemos introducido el término de **claves que obligan** precisamente para enfatizar la presencia de un dato anamnésico o exploratorio cuya presencia siempre debe llevarnos a una determinada actuación. Otro concepto de gran importancia es el **síntoma o signo de luz roja/verde**, eso es, datos que sin ser tan concluyentes como los anteriores, nos apuntan hacia enfermedades potencialmente graves o no graves. Una cefalea que empeora por la mañana y se acompaña de náuseas y vómitos nos encendería la luz roja, mientras que una cefalea con amplios períodos de remisión entre los ataques nos apuntarían a benignidad (luz verde). El clínico que organiza bien su cabeza sitúa este tipo de **claves que obligan** y **síntomas y signos de luz roja/verde** como señales indelebles de obligado procesamiento, por más cansado que esté. El análisis de las situaciones que nos han llevado a error tiene siempre gran interés. Compartir experiencia clínica con otros profesionales es compartir también nuestros errores, y facilitar así que nuestros compañeros balicen con luz roja las situaciones de riesgo por las que nosotros hemos pasado. En este sentido podemos afirmar que trabajar en equipo es una gran oportunidad para aprender.

La profundidad de un diagnóstico, enunciación del diagnóstico y modelo biopsicosocial

Hemos analizado los mecanismos microscópicos de la decisión, y es hora de recuperar una perspectiva más amplia. Tenemos delante nuestro a un paciente con un problema de salud, y nos preguntamos: «¿Qué debo hacer para que este paciente quede contento con mis servicios profesionales?» Esta pregunta marca en buena parte el encuadre inicial de la entrevista (nuestra intencionalidad). Sin embargo, no podemos quedarnos aquí. El profesional que desea sacar todo el partido posible al acto clínico se pregunta también:

- Más allá de la demanda y de las expectativas del paciente, ¿cuáles pueden ser los problemas y necesidades de salud de este paciente?

Hay una verdadera *ruptura* entre los profesionales que se mueven en el *marco de la demanda* (modelos simples de enfermar) y los que se mueven en el *marco de las necesidades*. Así como hay diagnósticos concretos («bronquitis», «úlceras de decúbito», etc.), hay también macrodiagnósticos tipo: «familia de nido vacío», «cuidador claudicante», «malos tratos domésticos», «estrés sociofamiliar crónico», etc. Estos macrodiagnósticos por desgracia no están sistematizados en la bibliografía, a pesar de que son la clave para un abordaje biopsicosocial extenso y a la vez profundo. Cuando los aplicamos nos confieren nada menos que *profundidad diagnóstica*, una profundidad al alcance por igual del profesional de enfermería como del médico. A modo de ejemplo:

- El cuidador de paciente crónico que claudica (se nota superado por sus deberes de cuidador), manifiesta síntomas depresivos, polialgias con o sin fibromialgia, insomnio y suele proyectar su malestar sobre el paciente objeto de su cuidado; a veces se comporta como un acompañante enfermo (se entiende por tal el acompañante que

- proyecta síntomas propios sobre otro familiar que actúa o representa el rol de enfermo).
- La mujer objeto de malos tratos puede presentarse con clínica algica repetida, suele ser negadora de conflictos psicológicos, aunque a nivel no verbal muestra expresiones de tristeza, tiene baja autoestima y a veces efectúa peticiones para ser derivada a diferentes especialistas y ganarse el estatus de enferma, con la esperanza de ser mejor tratada en su ámbito familiar. En consecuencia, otro cuadro muy abigarrado.
 - El paciente varón con obesidad y resistencia periférica a la insulina suele acumular otros factores de riesgo, como son: sedentarismo, hipertensión, tabaquismo, proteína C reactiva (PCR) alta, dislipemia, etc. Todos estos factores deben ser considerados para obtener su riesgo cardiovascular global.

Los **macrodiagnósticos** combinan aspectos biológicos y psicosociales, por lo que tienen una versatilidad que escapa a un enfoque diagnóstico clásico. Compare:

- «Sr. Francisco, tiene usted un resfriado muy fuerte y le recomiendo...» con:
 «Sr. Francisco, tiene usted un resfriado, pero, además, el tabaco y la falta de ejercicio le perjudican seriamente la salud, y observo también una ansiedad en relación a su trabajo.»

Objeción inmediata del lector: ¿cómo podemos realizar enfoques tan amplios con los escasos minutos de los que disponemos? Respuesta: *no siempre podemos ni debemos llevar al plano de la relación todo lo que pensamos del paciente*, sobre todo cuando pensamos que va a generar rechazo. También es cierto que debemos disponer de algunos minutos, pero menos de lo que se suele creer. Cuando el clínico realiza una buena delimitación de la demanda, un mapa de quejas y usa apropiadamente la técnica de **enunciación múltiple**, buena parte de estas dificultades desaparecen como por arte de magia. Por ejemplo:

- «Sra. María, aunque hoy sólo podremos abordar el tema de su rodilla, no olvide que debería empezar a tomar su antidepresivo en previsión de la entrada del otoño.»
 «Sr. Juan, tiene una bronquitis. Ahora le daré su tratamiento, pero me gustaría mostrarle su lista de problemas: observe que tiene azúcar en la sangre, la presión alta y continúa fumando. Todo eso nos da un riesgo cardiovascular del 24 %. Es un porcentaje que consideramos ya alto. Deberíamos tomar medidas de manera inmediata. ¿Cómo lo ve usted?»

Un abordaje en profundidad no parte de la mera adición de diagnósticos. Esto sería un despropósito. La profundidad viene porque el profesional tiene modelos en la cabeza, como los que veíamos anteriormente. Imaginemos por un momento a tres pacientes con cefalea, el primero cuidador claudicante, el segundo una mujer objeto de malos tratos, y el tercero un varón cargado de factores de riesgo... ¿no tendrían un abordaje muy distinto? Reflexión que nos conduce a otra: ¿no es precisamente este enfoque el enfoque biopsicosocial? Un enfoque biopsicosocial, si se nos permite la licencia, con los conocimientos «empaquetados» a la manera de Schon (1987), no tanto como «nuevo paradigma» científico, sino una praxis clínica amplia y profunda que supera el clásico «un síntoma = un tratamiento» (Borrell F, 2002). En la tabla 3.9 resumimos algunas de las características que impregnan esta praxis.

Tabla 3.9.
Enfoque biopsicosocial: propuestas para una praxis

1. El clínico considera como objetivo lograr un componente emocional intrínsecamente terapéutico en la relación establecida.
 2. El clínico legitima cualquier motivo de consulta, no sólo los biomédicos, o los problemas psicosociales que logran carta de autenticidad (depresión, bulimia, insomnio...).
 3. El clínico distingue entre *demanda de salud* y *necesidad de salud* y aplica macromodelos donde considera aspectos psicosociales y biológicos.
 4. El clínico tiene el *deber ético de no mentir sobre lo que sabe del paciente*, salvo situaciones donde esta verdad crearía un mayor mal. También tiene el *deber de colocar su propia agenda en la relación asistencial e influir sobre las creencias del paciente*, con el único límite que de manera explícita nos marque el propio paciente. A veces este principio supone el coraje de plantear el origen psicosocial de determinadas somatizaciones, rompiendo ciclos de medicalización crónica o yatrogénica, pero siempre evitando un mal mayor al del padecimiento que tratamos de aliviar.
 5. El clínico aplica frente a un problema diagnóstico de cierta complejidad una metodología que evita inicialmente tomar posición hacia hipótesis diagnósticas exclusivamente biológicas o psicosociales, es decir, evita *focalizarse*.
 6. El clínico dispondrá cuando sea posible de una perspectiva sociofamiliar de sus pacientes, y sabrá valorar la red social de apoyo.
 7. El clínico aplicará técnicas de decisión racionales, basadas en evidencias pero también en el conocimiento de los sesgos que introducen sus propias emociones. Los peligros de equivocarnos ante pacientes que nos «caen mal» son enormes.
 8. El clínico debe acostumbrarse a períodos de incertidumbre en los cuales no ceda a la tentación de dar significado a los síntomas a partir de datos no definitivos. No hay «caso cerrado». Cada paciente es una realidad en constante evolución. Si no le damos al paciente la oportunidad de sorprendernos «ahora», igualmente nos sorprenderá mañana.
-

Sumario

Paquetes de habilidades anamnésicas que deben automatizarse

- Primer paquete: habilidades de escucha activa: mostrar interés, facilitaciones, frases por repetición, empatía.
- Segundo paquete: preguntas para la anamnesis focal: ¿cómo es la molestia?, ¿desde cuándo?; y cronología de la molestia, ¿dónde? e irradiación, factores que agravan y factores que alivian, síntomas asociados, factores de riesgo.
- Tercer paquete: preguntas para la anamnesis psicosocial: ¿qué tal descansa por la noche?, ¿cómo se encuentra de estado de ánimo?, ¿tiene muchas preocupaciones, o cosas que le den vueltas por la cabeza?, ¿problemas o acontecimientos graves en casa o en el trabajo?
- Cuarto paquete: preguntas en la anamnesis centrada en el paciente: ¿con qué relaciona la molestia o qué piensa que puede tener?, ¿hasta qué punto afecta (o ha transformado) su vida?, ¿en qué cree que podemos serle de utilidad y qué cosas piensa que deberían hacerse para mejorar la situación?, ¿le ha ocurrido algo que haya cambiado su vida o le haya impresionado mucho?, ¿problemas en casa o en el trabajo que pudieran influir?

Errores de técnica en la parte exploratoria

- Entrevistadores intuitivos y campo-dependientes
- Entrevistadores focalizadores
- Pacientes bloqueados y entrevistadores que preguntan mucho, pero... ¡con preguntas cerradas!
- Correr demasiado en lo psicológico.

Paquete de técnicas para aumentar la capacidad diagnóstica

Datos de calidad a partir de un informante concentrado, que elabora verbalmente sus respuestas y evita respuestas automáticas. Y un entrevistador capaz de realizar un reencuadre de las primeras hipótesis, practicar la técnica de lectura textual de datos, hipótesis inversa, y técnica del informe clínico, entre otras técnicas.

Pericia y seguro de pericia

Control sobre la zona óptima de trabajo, conocer nuestra tolerancia a la tensión crítica, errores latentes derivados de nuestro carácter, hábitos de interrogación y señalización con luz roja. Macrodiagnósticos y práctica biopsicosocial.

Bibliografía

- Apter MJ, Reversal Theory: Motivation, Emotion and Personality. Londres: Routledge, 1989.
- Aseguinolaza L, García-Campayo J, Tazón MP, Grupos Microbalint. En: Tazón MP, García-Campayo J, Aseguinolaza L, eds. Enfermería. Relación y Comunicación. Madrid: DAE, 2000.
- Barragán N, Violan C, Martín Cantera C, Ferrer-Vidal D, González-Algas J. Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000 Nov 30; 26(9): 590-594.
- Borrell F, Sunyol R, Porta M, Holgado M, Bosch JM, Jiménez J. Capacidad para detectar y registrar problemas de salud, en relación a la calidad de la entrevista clínica. I WONCA European Regional Conference on Family Medicine. Barcelona, 1990.
- Borrell F. Exploración Física Orientada a los Problemas Aten Primaria 2002; 30(1): 32-45.
- Borrell F. CD ROM: Exploración Física Orientada a los Problemas-CD-ROM I. FMC Noviembre 2002.
- Boucher FG, Palmer WH, Page G. The evaluation of clinical competence. *Can Fam Physician* 1980; 26: 151-152.
- Burack RC, Carperter RR. The predictive value of the presenting complaint. *J Fam Pract* 1983; 16(4): 749-754.
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196 (4286): 129-136.
- Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137(5): 535-544.
- Epstein RM. Mindful Practice. *JAMA* 1999; 282(9): 833-839.
- Espósito V, Schorow M, Siegel F. A problem oriented precepting method. *J Fam Pract* 1983;17(3): 469-473.
- Esteve MR. Teoría de la decisión (II): el teorema de Bayes. En: Godoy A. Toma de decisiones y juicio clínico. Madrid: Pirámide, 1996; págs. 215-221.
- Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ* 1988; 22: 132-138.
- Gross DA. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47(2): 133.
- Khon LT, Corrigan JM, Donaldson S. To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 2000.
- Kraytmann M. El diagnóstico a través de la historia clínica. Madrid: IDEPSA, 1983.
- Prados JA, Muñoz E, Santiago JM, Cebrià J, Bosch JM, Peguero E, Borrell F. Evaluación de la competencia en Habilidades de exploración clínica de los Médicos de Familia en situación real: Capacidad de detección de signos en pacientes con hallazgos clínicos confirmados previamente. Influencia en el manejo Diagnóstico-terapéutico. FISS 2003.
- Ratey, JJ. El Cerebro: manual de instrucciones. Barcelona: Mondadori, 2002; pág. 270.
- Shea SC. La entrevista psiquiátrica. El arte de comprender. Madrid: Harcourt Saunders Elsevier Sciences, 2002.
- Suñol R. Correlación entre los procesos y los resultados de la Entrevista Clínica: su aplicación a los programas de calidad en Atención Primaria. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1992.

Capítulo 4

Informar y motivar al paciente

Ideas clave

- Comunica con inteligencia el profesional que sabe utilizar diferentes registros de comunicación para señalar donde hay certeza y donde ésta acaba, donde llega la ciencia y donde empieza la fe, o la buena fe.
 - No por mucho hablar se informa mejor.
 - Alianza terapéutica: compromiso, confianza, compartir objetivos, y todo ello para el paciente.
 - Desde un punto de vista ético, no podemos transmitir más seguridad sobre un diagnóstico o tratamiento de la que de verdad sentimos, pero *tampoco menos*.
 - ¿Es lícito influir en la conducta del paciente? No hacerlo sería lo ilícito, y ello no sólo porque el paciente acude a nuestra consulta con este propósito, sino porque lejos de cercenar su libertad somos un elemento más de su libertad.
 - Puede que obtenga un «sí» por agotamiento, pero sólo por *convencimiento* o por *hábito* conseguirá la adherencia a un plan terapéutico.
 - La autoestima es la batería de la voluntad. Aceptar que somos responsables de nuestra vida es la llave de contacto para ponerla en marcha.
 - El éxito para una modificación de conducta estriba en que la persona comparta un proyecto: *una manera nueva de imaginar(se)*.
 - Si después de leer este capítulo tiene la intuición de que alguna de las técnicas que se exponen no sirven para un paciente concreto, lo más probable es que *esté en lo cierto*. Adapte las técnicas a su propio estilo, no su estilo a las técnicas. Pero evite que sea la pereza la que le haga desistir de probar nuevas destrezas.
-

Habilidades básicas en la resolución de una entrevista

En un seminario sobre motivación para el cambio, una enfermera planteó el siguiente dilema: «cuando vamos por los colegios debo cumplimentar una serie de preguntas y consejos dirigidas a adolescentes, entre ellos sobre tabaco. Sin embargo, tengo la impresión de que estos consejos caen en saco roto. ¿Qué podría hacer para mejorar su efectividad?». De inmediato salieron varias opiniones:

- Aunque sea un consejo aislado siempre hay un porcentaje de éxitos que justifica el esfuerzo. No te desanimes.
- Podrías decirles que son tus jefes los que te obligan a hablar del tema, pero que a ti te gustaría saber lo que de verdad piensan ellos/ellas.
- Podrías preguntarles más que aconsejarles: «¿alguna vez te has planteado dejar de fumar? Sería una pregunta adecuada tanto para los que fuman, que con su silencio, afirmación o negación corroborarían su hábito, como para los que no fuman, que de inmediato te desmentirían».

¿Son eficaces los consejos explícitos del tipo: «deberías practicar el sexo seguro», «deberías dejar de fumar»...? En efecto, estos mensajes unidireccionales (les llamaremos consejos explícitos) tienen una eficacia limitada pero suficiente (véase la revisión de Bonet JA, 2003), por lo que la enfermera recibe sugerencias en la línea de crear un diálogo. Este diálogo traspasa la frontera del consejo: es ya entrevista motivacional. En el presente capítulo profundizaremos en el **modelo de influencia interpersonal** para dar respuesta a ésta y otras situaciones, así como las bases éticas de la influencia. Finalmente, abordaremos el **modelo de influencia interpersonal**, que da sentido a las diferentes técnicas.

Entrevista semiestructurada para la parte resolutiva

Concluidas la anamnesis y la exploración física procederemos a realizar la **Entrevista semiestructurada** para la parte resolutiva:

- Informar sobre la naturaleza del problema. Enunciación.
- Proponer un plan de acción en un clima de diálogo.
- Explicar el tratamiento y la evolución previsible.
- Comprobar la comprensión y/o aquiescencia del paciente.
- Tomar precauciones y cerrar la entrevista.

Observemos, en la página siguiente, estas tareas en una entrevista con un paciente afecto de lumbalgia y que, no lo olvidemos, ya ha sido adecuadamente explorado.

Aspectos formales en la emisión de la información

En esta escena el entrevistador va al grano, es breve, comprueba que el paciente asimila la información y da las instrucciones por escrito. Es importante educar nuestra manera de hablar, evitando una voz inaudible y monótona. Las frases deben ser cortas y con pausas. Evitaremos términos médicos (que llamamos «jerga médica»), o excesivamente cultos. También evitaremos términos con alto contenido emocional (p. ej., «cáncer», «agresivo», «incurable», que por sí mismos desencadenan una respuesta emocional), sustituyéndolos por otros de contenido más neutro («tumor», «persistente», «crónico», en los ejemplos citados). Vea otras características formales de cómo dar información en la tabla 4.1.

Tabla 4.1.**Elementos formales en la emisión de mensajes informativos**

-
- **Frases cortas.** Las frases deben tener una longitud no superior a las 20 palabras (como media).
Ejemplo: «Usted tiene un padecimiento que llamamos bronquitis crónica. Se resfriará con facilidad durante los inviernos, con tos y flemas. Si continúa fumando los pulmones se irán debilitando, y la enfermedad avanzará.»
 - **Vocabulario neutro.** Utilizar palabras de bajo contenido emocional.
Ejemplo: «Tumor en vez de cáncer; persistente en vez de crónico; peligroso en vez de maligno; etc.»
 - **Dicción clara y entonación adecuada.** Las palabras quedan suficientemente subrayadas y su dicción permite comprenderlas sin esfuerzo.
Ejemplo: «Un individuo que «entona» su paralenguaje, se hace escuchar. En cambio la voz monótona conduce a la inatención.»
 - **Complemento visual-táctil.** Añadir a la información verbal información de tipo visual o táctil.
Ejemplo: «¿Nota usted la presión del brazal del esfigmomanómetro?... pues ésta es la fuerza que debe hacer su corazón para impulsar la sangre.»
-

Enunciación del problema de salud

La **enunciación del problema de salud** consiste en dar un diagnóstico o definir el problema de salud. Podemos distinguir, entre otros:

Enunciación simple: «Tiene usted una bronquitis crónica, ¿sabe de qué se trata?»

Enunciación múltiple: «Le encuentro varios problemas: tiene la presión alta, está usted con unos 10 kilos de sobrepeso, y el hígado un poco inflamado. Además, tal como usted dice, está sometido a un importante estrés en su trabajo. De estos problemas el más urgente y que vamos hoy a centrarnos es el tema de la presión arterial.»

Enunciación parsimoniosa: la usamos cuando creemos que nuestra orientación diagnóstica no coincide con las expectativas del paciente. Vamos dando la información diagnóstica en el curso de un diálogo bidireccional. Por ejemplo:

Enfermera: El doctor le ha pedido un electrocardiograma para asegurarse de que el corazón le funcione correctamente.

Paciente: Algo debo de tener porque estas palpitaciones y sofocos no son normales...

Enfermera: Hace un par de meses se le ha retirado la regla. En estas circunstancias es fácil tener desarreglos del sistema vegetativo, que es el sistema que regula el pulso y el calor corporal.

Paciente: O sea que todo es por la menopausia.

Enfermera: No lo sé, no lo sé... aunque también percibo que está usted más nerviosa que de costumbre... ¿puede ser?

Paciente (echándose a llorar): Estoy fatal con mi hija... se quiere ir de casa...

Enunciación autoritaria: puede ser adecuada para provocar **anclaje diagnóstico**, por ejemplo:

Médico: Después de examinarle creo que su problema no va en el sentido de tener una enfermedad de corazón, sino que usted tiene un problema, un problema grave con el alcohol.

Paciente: ¿Con el alcohol? ¡Pero si apenas bebo!

Médico: Le he calculado 120 g de alcohol que ingiere a diario, y pienso que pueden

EJEMPLO DE TÉCNICAS RESOLUTIVAS. UN PACIENTE CON LUMBALGIA

Abreviaturas: E: enfermera; P: paciente.

TAREA

DIÁLOGO

Ya hemos realizado la anamnesis y exploración física, y estamos en la fase resolutive:

Informa del padecimiento de manera bidireccional. Enunciación simple

E: Tiene lumbalgia aguda, ¿había padecido usted lumbalgia con anterioridad?

P: Pues no, ¿eso es de los huesos, como artrosis?

Informa y propone una acción

E: No exactamente. Es una contractura de los músculos de la espalda. Voy a darle un tratamiento para aliviarle esta contractura.

P: ¿Y unas radiografías? Me quedaría más tranquilo.

Cesión condicionada: toma nota de la petición pero la demora

E: Pueden ser necesarias si no mejora en unos días. De todas maneras en las radiografías salen los huesos pero no los músculos, y usted se ha lesionado un músculo.

P: ¿Puede ser aquel «creck» que noté al levantar el armario?

Informa mediante una ejemplificación. Da control sobre el padecimiento

E: Puede. En general, son pequeñas roturas de fibras del músculo, como si se hicieran bridas por un mal gesto. Le doy este folleto informativo y esta dirección de Internet donde puede buscar más información. ¿Cómo tiene el estómago?

P: Bien, hace años tuve un principio de úlcera pero no me repitió.

Explica el tratamiento; lo da por escrito y comenta la posible evolución

E (señalando las recetas): Este protector del estómago puede tomarlo a primera hora de la mañana durante dos semanas. El antiinflamatorio, mejor con la comida, sólo 5 días. Y este relajante, por la noche, unos 10 días. Empezará a notar mejoría en 24 horas, pero no estará bien hasta dentro de una semana, aproximadamente. Se lo apunto todo.

P: ¿Debo guardar cama?

Comprueba asimilación de la información

E: No es necesario. Vida normal sin hacer esfuerzos. ¿Entendió cómo debe tomar las pastillas?

P: Sí, pero... ¿antes o después de las comidas?

Toma de precauciones

E: El antiinflamatorio con la comida. Las otras, antes. Y si pasada una semana no hubiera mejorado, por favor no dude en pedirnos una nueva consulta.

P: Así lo haré.

Ofrece accesibilidad

E: Aquí le dejo mi dirección de correo electrónico. Si tiene una duda puntual puede llamarme de las 13 a las 14 horas, o enviarme una carta por correo electrónico.

ser más. La exploración física también nos da datos de gran valor, en concreto tiene el hígado inflamado.

Paciente: ¿Puede ser grave?

Médico: Tendremos que hacer análisis, pero vale la pena que digamos las cosas como son. Ahora mismo tiene usted una enfermedad grave que se llama alcoholismo. De eso usted y yo debemos ser completamente conscientes y sinceros. Sólo a partir de esta sinceridad las cosas pueden empezar a arreglarse.

En caso de discrepancia con las expectativas del paciente, ¿cuándo debemos inclinarnos por una enunciación parsimoniosa o autoritaria? E incluso: ¿puede ser correcto admitir la orientación diagnóstica que aporta el paciente o sus familiares, aunque sea de manera provisional?

La **enunciación parsimoniosa** abre un período de ambivalencia que puede ayudar a una mejor acomodación psicológica, siempre que el profesional sepa negociar el significado último del padecimiento. No podemos mentir ni alterar el significado de la enfermedad (o el pronóstico). Por otro lado la **enunciación autoritaria** la reservaremos para situaciones clínicas graves, en las que sea urgente y no negociable que el paciente asuma el diagnóstico que le ofrecemos. Existe con ella un riesgo de perder al paciente, por lo que cabe preguntarse: ¿qué ocurriría si el paciente decidiera ir a otro profesional?

Un aspecto de gran importancia es detectar cualquier discrepancia verbal o no verbal al enunciado de problemas que proponemos al paciente. Sea cual sea la estrategia escogida, imaginemos que el paciente hace un mohín de disgusto. En el diálogo anterior:

Médico: Ahora mismo tiene usted una enfermedad grave que se llama alcoholismo.

De eso usted y yo debemos ser completamente conscientes y sinceros. Sólo a partir de esta sinceridad las cosas pueden empezar a arreglarse.

Paciente (dudando): No sé, a mí no me parece...

En este punto el profesional puede (y, en general, *debe*) realizar una **Respuesta Evaluativa**:

Médico: Por favor, prosiga, le escucho... ¿cuál es el problema, desde su punto de vista?, (o incluso) ¿qué cree que deberíamos hacer?

Pero por desgracia la mayor parte de profesionales hacen una **Respuesta Justificativa**:

Médico: No le dé más vueltas al asunto, la cosa está clara, tan clara como el hígado inflamado que le detecto...

La **respuesta evaluativa** sólo la realizan profesionales entrenados en entrevista clínica. No es una respuesta que salga de manera natural. Requiere ensayarla previamente con un paciente-actor o con un colega, o programarla conscientemente hasta que se instale como un hábito automático.

Propuesta de acción

En la entrevista que analizamos el profesional propone un tratamiento. Algunas veces existen varias opciones válidas, y así lo expresaremos con toda honestidad. También puede ser oportuno añadir: «¿alguna sugerencia más por su parte?». Si el paciente propone una medida claramente inadecuada, («me gustaría hacerme una TC»), realizaremos una respuesta evaluativa seguida de **cesión intencional**: «tomamos nota» de su opinión, aunque no

pongamos en práctica la idea de manera inmediata. Con esta técnica el paciente *se siente escuchado* y su ansiedad queda mitigada. Si de todas maneras insistiera en su petición de radiografías, estaríamos ante una entrevista de negociación, de la que hablaremos en el capítulo 5.

Comprueba asimilación, toma precauciones y cierra la entrevista

«¿Recuerda cómo tiene que tomarse las pastillas?», sería **comprobar la asimilación**. Es una técnica que no es correcta cuando imprime un tono sancionador. En tal caso pruebe: «¿Recordará todos los consejos que le he dado?... a veces no es fácil», y deje un silencio para facilitar que el paciente rememore las instrucciones.

La **toma de precauciones** consiste en: «si no mejora no dude en volver», «si viera que la fiebre o el estado general empeora, vuelva a traernos a la niña sin ningún tipo de problema, porque para mí no sólo no es ninguna molestia, sino que me quedo más tranquilo, ¿de acuerdo?». Parece trivial y, sin embargo, resulta de gran ayuda, máxime en Servicios de urgencias. Los pacientes cambian de profesional porque «como usted me dijo tan seguro que era infección de orina, y la fiebre no se marchaba con lo que me dio, me fui a urgencias y me encontraron una pulmonía». A veces también cambian de profesional para no hacerse «pesados» y que no nos enfademos.

Cuando analizamos la entrevista del «Ejemplo práctico» con clínicos en activo les llama la atención que el profesional ofrezca teléfono e Internet para consultas puntuales. Suelen temer una avalancha de llamadas. La verdad es que este temor pocas veces se confirma, sobre todo si habilitamos una franja horaria. De todas maneras, si le interrumpe durante la consulta, no dude hacerlo evidente de manera cordial: «disculpe, ahora mismo estoy atendiendo a un paciente, ¿sería tan amable de llamarme en un par de horas?». O bien: «déjeme su teléfono y le llamo en cuanto pueda. Si viera que no le llamo, por favor vuelva a intentarlo usted en un par de horas». Igualmente: «este tema que me plantea es muy importante y no podemos hablarlo correctamente por teléfono... ¿qué le parece si me coge día y hora para la semana que viene?...» No le tenga miedo al teléfono; al contrario, considérelolo un aliado. En la tabla 4.2 consideramos diferentes perfiles de pacientes y cómo adaptar la resolución de la entrevista.

Prescripción de un fármaco: elementos de seguridad

Vale la pena adquirir las siguientes preguntas como una rutina previa o simultánea al acto de prescribir:

- ¿Es usted alérgico a algún producto?
- Le voy a dar XXX (el producto comercial concreto). ¿Lo ha tomado usted alguna vez?
- ¿Alguna vez ha tomado antibióticos? ¿Le sientan, por lo general, bien?
- Otras veces para un (resfriado/cefalea/dolor de garganta/etc.), ¿le hemos dado alguna cosa que le haya sentado particularmente bien o mal?

Algunos clínicos apuntan en el historial las medicinas por las que el paciente tiene preferencias, y aquellas que le han sentado mal. Nos parece una excelente estrategia.

Técnicas de información

Vamos a profundizar en las técnicas de información. El reto consiste en darle al paciente una información clara que suscite su interés y confianza, sin por ello caer en conceptos elementales. He aquí las tareas que se deben desarrollar:

Tabla 4.2.**Resolución de una entrevista: adaptar nuestra estrategia al paciente****Consejos generales**

- Ofrezca información adaptada a cada paciente. En general, sea breve. A veces queremos ser tan prolijos que el paciente no puede seguirnos. Demasiada información acaba por ser indigerible.
- Proporcione las instrucciones por escrito.
- Acostúmbrese a la coletilla: «y si no mejora no dude en volver...».

De manera más concreta usted debería ser un experto detectando los siguientes perfiles de pacientes:

Pacientes con ansias de saber

- Profesionales y personas «con estudios» a los que puede incluso molestar una información banalizada.
- Personas temerosas, con recientes experiencias traumáticas, aprensivas o desconfiadas.
- Personas que se extrañan de su enfermedad: no entienden que «eso» les haya sucedido a ellas.

Estos pacientes agradecen «controlabilidad», eso es, direcciones de Internet, información escrita, facilidades para preguntar dudas, etc.

Pacientes con escasa capacidad para seguir pautas terapéuticas

- Pacientes analfabetos o que «no se enteran».
- Pacientes autosuficientes y que no están acostumbrados a estar enfermos.
- Personas con hábitos de vida muy estructurados, y poco adaptables a cambios, o poco persistentes en los cambios (característicamente, pacientes ancianos).
- Pacientes en los que ya hemos detectado con anterioridad una baja adherencia a las pautas terapéuticas.

Estos pacientes requerirán técnicas de motivación, de las que hablaremos más adelante.

Pacientes que desean dominar su proceso terapéutico

- Personas que muestran dudas o vacilaciones ante nuestra propuesta de acción, y no parece que las persuadamos.
- Personas que piden muchos detalles sobre pruebas o tratamientos.
- Personas que traen peticiones concretas: hacer pruebas, enviar a especialista, etc.

Estos pacientes requerirán técnicas de negociación y participación, que examinaremos en el capítulo 5.

- Averiguar las áreas de interés y expectativas del paciente.
- Informar de la naturaleza del problema.
- Procurar la participación.
- Hacer una «venta» adecuada de la opción terapéutica escogida. Crear confianza.
- Explicar el tratamiento y la evolución previsible.
- Comprobar la comprensión y/o aquiescencia del paciente.
- Toma de precauciones.

Averiguar las áreas de interés preferente

Dr.: En efecto, tiene diabetes. ¿Sabe de lo que se trata?...

Otras veces preferiremos: «¿qué aspectos le interesan más en relación a su diabetes?»

Esta técnica tan sencilla ahorra mucho trabajo, y permite dirigir el esfuerzo hacia donde más útil pueda ser. En contra de lo que solemos pensar, muchos pacientes no tie-

nen demasiado interés en «lo que es esta enfermedad» o su fisiopatología, y en cambio pueden estar muy interesados en aspectos más prácticos, como la dieta, cuándo tomar las medicinas, pronóstico, complicaciones, etc.

Informar de la naturaleza del problema

La *técnica de ejemplificación* resulta muy adecuada, sobre todo combinada con la racionalidad de la medida terapéutica que se propone.

Una *ejemplificación* clásica sería para la hipertensión arterial:

«La presión de la sangre está muy alta, como si las cañerías de una casa tuvieran que aguantar más presión de la debida, ¿me sigue?... Por consiguiente, tenemos que bajarla para evitar escapes de agua, que en nuestro cuerpo serían trombosis o ataques de corazón...»

He aquí una potente *ejemplificación* para el caso de la hipercolesterolemia y el tabaquismo:

«¿Verdad que si usted unta de alquitrán la calle, los transeúntes se quedarán pegados al suelo?; pues con el tabaco pasa lo mismo, es como si pintara con alquitrán las arterias. El colesterol se pega a las arterias. Por esto es tan importante no sólo rebajar el colesterol, sino también evitar que las paredes de las arterias se queden untadas por los alquitranes del tabaco.»

Procurar la participación del paciente

A veces basta con darle espacio. Un buen indicador es la *ocupación verbal*, que consiste en medir el porcentaje de tiempo que habla el paciente y el que habla el profesional. Hemos desarrollado un aparato electrónico, el Centeremeter, para el cálculo automático de éste (Borrell F, 2003). La ocupación verbal del profesional no debería ocupar más allá del 52 % del tiempo (van den Brink-Muinen, 1999) como estimación media. Una manera de incrementar el porcentaje de un paciente apocado sería mediante preguntas directas: «¿le parece bien?», «¿me sigue?», «¿ha pensado en ello?», «le veo dudoso», «¿tiene preguntas?», etc.

Hemos acuñado el término de *falsa bidireccionalidad* para aquellos diálogos en los que el entrevistador tiene un estilo tan reactivo que apenas permite al paciente que participe. Por ejemplo:

E (tras explicar en qué consiste tener azúcar en la sangre): «Bueno, pues eso es la diabetes, ¿me sigue, verdad? (sin dar un tiempo para elaborar preguntas), y ahora le voy a enseñar cómo funciona el reflectómetro, venga, venga, deme un dedo, etc.»
En este párrafo queda claro que a mayor *reactividad* más difícil resulta lograr una verdadera *participación* del paciente.

Hacer una «venta» adecuada de la opción terapéutica escogida. Crear confianza

Por lo general, el término «vender una propuesta terapéutica» levanta suspicacias. Sin embargo, se ajusta a la verdad, porque sólo hay *compromiso* de hacer un tratamiento si primero, a un nivel simbólico, el paciente *nos compra* la propuesta que le hacemos. Por lo general, no partimos de cero: hay una confianza en nosotros como profesionales, o en la institución para la que trabajamos. ¿Qué es la confianza? Una actitud o predisposición que nos hace decir: «estoy en buenas manos, el profesional sabe lo que se hace y, además, procura lo mejor para mí». La confianza depende, por consiguiente, de los factores enumerados en la tabla 4.3, entre ellos la *asertividad*, eso es, saber en cada momento lo que debe hacerse, expresarse con seguridad, templar las reacciones emocionales del paciente sin caer en la agresividad ni en la pasividad.

Tabla 4.3.
Factores que generan o perjudican a la confianza

-
- Prestigio social. Lo que la gente dice del profesional. Proyección en medios de comunicación generales o de la comunidad.
 - La forma de proceder del profesional, en especial la **asertividad**.
 - Los resultados que obtiene el profesional, tanto en términos de solucionar problemas como en términos de satisfacer las expectativas de sus pacientes.
 - Incidentes críticos, es decir, respuesta a peticiones urgentes o especiales. Discrepancias, discusiones, negativas a facilitar algún papel o receta u otro procedimiento.
-

Por consiguiente, lo más normal es que cuando lleguemos a esta parte de la entrevista, la confianza ya exista. Pero no siempre ocurre, es más, según como «vendemos» la propuesta terapéutica podemos retroceder de manera importante. Por ejemplo:

Médico: Tiene un resfriado banal. Tómese una aspirinita, o haga también unos vahos de eucalipto, o unas gárgaras de limón, en fin, lo que antes llamábamos los remedios de la abuela, no sé si me sigue...

Al usar **palabras de alto contenido emocional**, en este caso «banal», «aspirinita», «remedios de la abuela»..., y siendo inconcreto en la propuesta («haga eso o eso otro, tanto da», parece decirnos), resta credibilidad al mensaje. Nunca existen «resfriados banales», porque si el paciente está gastando su tiempo para venirnos a consultar, es señal inequívoca de que para él/ella no es tan «banal».

Compare con esta otra intervención:

«Para el resfriado le recomiendo unos gargarismos antisépticos con bicarbonato, que le potenciaré con unas pastillas también desinfectantes que se disuelven en la boca lentamente. Puede complementar todo esto con unos vahos descongestionantes y si acaso tuviera un poco de fiebre, una aspirina.»

Queremos llamar la atención del lector sobre una técnica de enorme calado: la **racionalidad de la medida terapéutica**. Consiste en explicar al paciente cómo funciona el tratamiento que le hemos recomendado. Toda enfermera o médico debería tener en su elenco de habilidades las siguientes (combinadas con ejemplificaciones), para una población de bajo nivel cultural:

Explicar la evolución previsible

Importante para aumentar la **controlabilidad** del paciente (es decir, la sensación de que controla su proceso terapéutico), y evitar que vuelvan a los pocos días porque «aún estoy resfriado». Puede servir:

M: Con la medicación que le doy notará alivio en unas 12 horas, pero este resfriado suele hacer un curso de unos 7 a 10 días, se haga lo que se haga. Si empeora mucho, no dude en venir a verme, pero piense que es normal incluso tener algo más de tos. En caso de duda, puede llamarme por teléfono de tal a tal hora. Si no vuelve ni me dice nada, entenderé que todo va bien.

En el caso de un hipertenso reacio a tomar pastillas puede ser oportuno:

Situación Ejemplificación + racionalidad de la medida terapéutica

| | |
|--------------------|---|
| Diabetes | Cuando no podemos quemar el azúcar, resulta que actúa como un tóxico. Es como una gasolina muy concentrada que nos quema las conducciones, o sea las arterias. De aquí los daños sobre la retina del ojo, sobre el riñón, el corazón... Con estas pastillas tratamos de que el páncreas secrete más insulina, y ésta hace que entre el azúcar en el músculo y lo quememos mejor. |
| Dislipemia | Hoy día sabemos que hay un colesterol bueno y otro malo, como en las películas del oeste. El bueno contrarresta al malo, y además limpia las arterias, evitando que se formen tapones (trombos). En su caso tiene mucho del malo y poco del bueno. Si practica deporte con regularidad haremos que el bueno nos aumente de una manera completamente natural. Además, estas pastillas que le damos provocan también que suba el bueno y baje el malo, y así evitamos que el colesterol se pegue en las paredes de las arterias. |
| Bronquitis crónica | El tabaco se le ha acumulado como el hollín de una chimenea. Por eso un pequeño resfriado se le complica tanto, porque los bronquios tienen tanto hollín que se infectan con mucha facilidad. Lo que en otra persona es un resfriado, en usted se convierte en bronquitis, como la que ahora tiene. Este inhalador lo que hace es que nos abre el bronquio para que pueda expulsar mejor con la tos toda la mucosidad. Ahora bien, es imprescindible que no fume, al menos mientras esté con los inhaladores, pues al tener el bronquio abierto, el humo de tabaco entrará con más facilidad y aún le perjudicará más, ¿me sigue? |
| Síndrome depresivo | Tiene depresión crónica. Es como si poco a poco las pilas del cerebro se hubieran ido agotando, y ahora las hemos de recargar. Eso es justamente lo que hacen estas pastillas. ¿Usted ha usado alguna vez un recargador de pilas? Pues en tal caso sabrá que no se recargan en una hora, sino que hay que dejarlas muchas horas. Lo mismo ocurre con el cerebro. Para que se recargue hay que tomar las pastillas una temporada larga, en principio hágase a la idea de tomarlas al menos... meses, aunque en cada visita lo revisaremos. |
| Artrosis | Los huesos tienen entre ellos un cartílago que es como una almohadilla para que no choquen directamente unos con otros. Pero con la edad este cartílago se desgasta y los huesos rozan directamente entre sí. Por esto la artrosis resulta tan molesta. Esta medicina lo que hace es... disminuir el dolor/hacer que este cartílago se regenere. |
| Fibromialgia | Por la noche los músculos del cuerpo también tienen que dormir, y si no lo hacen, se contracturan y empiezan a doler. Eso es lo que le ocurre a usted. Aunque su cerebro duerme, los músculos no acaban de descansar, y durante el día tienen un punto de contractura. Estas pastillas que le doy no son sólo para dormir, sino que provocan un tipo de sueño especial para que las fibras musculares también descansen. |

E: Tomando estas pastillas logramos que el corazón tenga que hacer menos fuerza y, por consiguiente, que se desgaste menos. Cuanto mejor las tome y durante más tiempo, más descansado estará el corazón. Y si cuida el corazón, éste cuidará de usted, ¿no le parece?

Para demostrar el esfuerzo extra que el corazón hipertenso tiene que realizar, se ha propuesto la *técnica estereognósica* (Vallbona C, 1982): se hincha el brazal del esfigmomanómetro hasta la presión sistólica del paciente, y se le indica: «fíjese en la fuerza del brazal sobre su brazo, y ahora, por favor, la compara con esta otra...» Y se deshinchó el brazal hasta 120. «Toda esta fuerza de más la hace su corazón a cada latido; controlar su presión es aliviarle de todo este desgaste diario.»

Otra técnica muy importante es **Detallar las instrucciones y cambios conductuales** y dar las **instrucciones por escrito**. Algunos estudios han puesto de relieve que la mayor parte de pacientes son incapaces de recordar más allá del 60 % de los contenidos mencionados en el interviú (puede consultarse a este respecto la amplia revisión bibliográfica de Sackett DL, 1994). Por fortuna, lo que recuerdan es lo más importante (Pendleton D, 1983), pero aún así ello debería obligarnos a detallar por escrito, siempre, las instrucciones terapéuticas, y detallar los cambios que nuestra prescripción introduce en la vida del sujeto. Por ejemplo:

Situación 1: El profesional no detalla cambios:
«Estas pastillas las tomará cada ocho horas.»

Situación 2: El profesional detalla cambios:

Profesional: ¿A qué hora suele levantarse por la mañana?

Paciente: Sobre las siete.

Profesional: Pues a esta hora tenga su pastilla preparada junto al desayuno o al cepillo de dientes. ¿Y a qué hora suele almorzar?, etc.

En la tabla 4.4 encontrará un resumen de las técnicas informativas.

Educación y motivación para la adherencia terapéutica (cumplimiento)

La falta de adherencia al tratamiento es un problema de salud pública. Por ello el médico tiene que realizar varias tareas:

- Detectar o sospechar deficiencias o errores en el cumplimiento terapéutico.
- Apoyar la buena predisposición del paciente.
- Ser realista y priorizar los objetivos terapéuticos: un paso después de otro.
- Apoyarse en los profesionales de enfermería.
- Simplificar al máximo los regímenes terapéuticos.
- Aplicar técnicas de motivación intrínsecas y extrínsecas.

Analícemos estas tareas con las consiguientes habilidades.

Detectar y sospechar falta de cumplimiento

Los profesionales de atención primaria acostumbramos a manejar tres tipos de conceptos erróneos. En primer lugar, pensamos que con nuestro «ojo» clínico seremos capaces de detectar a los mal cumplidores. Los estudios de campo demuestran todo lo contrario. Los mal cumplidores están «en todas partes», independientemente de su condición social y edad (Sackett DL, 1994). Acostumbramos a etiquetar «a ojo» como mal cumplidor al paciente de bajo nivel sociocultural y anciano. Esta apreciación es un estereotipo. La segunda concepción errónea es entender como causa fundamental del mal cumplimiento una falta de comprensión del paciente de lo que significa su enfermedad, y los beneficios de la terapia. En realidad, los pacientes mejor informados también dejan de observar sus terapias, ya sea por pereza u olvido (Schaub AF, 1993). Por consiguiente, la respuesta de los sanitarios al mal cumplimiento no pasa por repetir machaconamente en qué consiste una determinada enfermedad y su tratamiento. Otras estrategias más sencillas resultan, afortunadamente, más eficaces. Finalmente, los profesionales de salud pensamos que una vez descubierto un paciente mal cumplidor, y adecuadamente mentalizado, será de por vida un «buen» cumplidor. Los estudios demuestran que la mala observancia es un patrón de conducta que tiende a reproducirse a lo largo de la vida. Un mal cumplidor es un individuo que será, probablemente a lo largo de toda su vida, un mal o regular cumplidor.

Tabla 4.4. **Técnicas informativas**

Memorice algunas de las siguientes técnicas. Si las utiliza mejorará su rendimiento como entrevistador:

Delimitar el conocimiento previo y las áreas de interés para el paciente.

Objetivo: Permitir que sea el propio paciente quien delimite las áreas de su interés.

Formulación: «¿Qué le interesa saber de este asunto?» «Tiene usted la presión alta, ¿qué sabe de eso?»

Ejemplificar.

Objetivo: Ofrecer una imagen sencilla y de comprensión inmediata como símil del concepto que deseamos explicar.

Formulación: «Tiene los bronquios como chimeneas llenas de hollín.» «La hipertensión es el nombre que ponemos cuando la presión de las cañerías del cuerpo está demasiado alta.»

Explicar la racionalidad de la medida terapéutica.

Objetivo: Explicar la manera en que un fármaco actúa, es decir, el por qué de su acción beneficiosa.

Formulación: «Estas pastillas hacen que la sangre sea menos espesa y evitan así coágulos en las piernas y en el cerebro.»

Detallar cambios.

Objetivo: Incorporar nuevos hábitos a los que tiene el paciente en su vida cotidiana.

Formulación: «¿A qué hora se levanta?... Bien, pues en tal caso podría tener las pastillas al lado del cepillo de dientes, ¿le sería entonces más fácil acordarse?»

Complementar con elementos visuales y/o táctiles.

Objetivo: Complementar la información verbal con otra fuente de asimilación más intuitiva.

Formulación: «Observe este diagrama donde se representan las vías urinarias... aquí estaría su piedra.»

Dar instrucciones por escrito.

Objetivo: Evitar el olvido del paciente. Dar una fuente de información que en cualquier momento puede ser consultada.

Formulación: Por lo general, serán suficientes las instrucciones por escrito, aunque a veces puede ser aconsejable dar una grabación de voz u otros materiales didácticos.

Algunas *técnicas para detectar mala adherencia* son:

- **Pregunta facilitadora:** «con tantas medicinas igual se hace un lío, ¿no?». «Es habitual que algunos pacientes dejen de tomarse algunas pastillas, ¿es su caso o es usted muy estricto tomándose todas y cada una de las pastillas?»
- **Método de la bolsa:** «tráigame en una bolsa todas las medicinas que tenga en casa y de esta manera nos será más fácil repasar lo que toma». Una vez con las medicinas sobre la mesa podremos aplicar el método de conteo de pastillas (establecer cuántas pasti-

llas deberían aparecer como gastadas en los blisters desde el último control), y retirar las que no debe tomar.

Apojar la buena predisposición del paciente

A tal efecto, puede ser muy adecuado:

- Usted ya ha hecho mucho con venir. El primer punto para que todo vaya bien es que usted nos venga a ver, y este esfuerzo ya vale mucho...
- De las tres pastillas que debería tomar hemos comprobado que, en efecto, se toma una... bueno, algo es algo. Es casi la mitad del camino, pero ahora nos hemos de esforzar con la otra mitad, ¿no le parece?

Ser realista y priorizar los objetivos terapéuticos: un paso después de otro

La ley de Murphy aplicada al tema que nos ocupa predice que de las 10 pastillas que debe tomar un anciano, acabará por tomar las 3 o 4 que son perfectamente inútiles. Mejor invertir la ecuación: vamos a sacarle todas las pastillas que no sean vitales, y empezaremos cerciorándonos de que las más importantes son correctamente ingeridas. Sólo en una segunda fase introduciremos los medicamentos no vitales.

Apojar en los profesionales de enfermería

- Trabajo con el Sr. Rafael, enfermero, que lleva un programa de educación para el diabético. Es experto en este tema. Creo que sería muy interesante que le fuera usted a ver. Le voy a dar hora para él... etc.

Con esta breve intervención el médico legitima y prestigia al compañero con el que trabaja en equipo. También preferimos a la expresión «mi enfermera», la expresión «la enfermera con la que trabajo».

Simplificar al máximo los regímenes terapéuticos

Escogeremos las fórmulas retard (mejor incluso las semanales), la vía oral y un perfil terapéutico de baja yatrogenia y máxima compatibilidad con la dieta. Véase la tabla 4.5 en relación a la típica pregunta «¿antes o después de las comidas?».

Aplicar técnicas de motivación

Podemos distinguir entre aquellas técnicas destinadas a aumentar la autonomía del paciente, su autocontrol y la responsabilidad sobre su propio tratamiento, o las técnicas

Tabla 4.5.

¿Antes o después de las comidas?

-
- Indicaremos al paciente que tome siempre los mismos medicamentos a las mismas horas.
 - Como norma general, siempre unos 15 minutos antes de las comidas excepto los medicamentos gastrolesivos: AINE, corticoides.
 - En ayuno estricto (2 h): difosfonatos, alandronato y similares.
 - Principales medicamentos que pueden ser interferidos por alimentos: astemizol, atenolol, azitromicina, captoprilo, cefalexina, colesternamina, cotrimoxazol, difosfonatos, ácido fólico, furosemida, hierro, isoniazida, mononitrato de isosorbida, josamicina, lactulosa, levotiroxina, levodopa, metotrexato, nimodipino, norfloxacin, paracetamol con o sin codeína, rifampicina, sucralfato, sulpirida, teofilina, tetraciclinas, zidovudina
-

destinadas a que sea el entorno del paciente el que vele por una correcta administración, (motivación extrínseca). Estas últimas pueden ser de elección en pacientes con déficit cognitivo, analfabetos, con escaso hábito de cuidar de sí mismos, y en los que las técnicas de motivación intrínseca han fracasado reiteradamente. En la tabla 4.6 hacemos un sumario de lo fundamental de ambas.

En la figura 4.1 resumimos algunas técnicas para personalizar las posologías.

Cómo dar malas noticias

Mala noticia es cualquier diagnóstico o impresión sobre la salud de nuestros pacientes que tengan impacto emocional negativo (Prados JA, 1998). Algunas personas se ponen a llorar cuando se les diagnostica faringitis crónica, por el hecho de confundir inflamación con cáncer. Otras, en cambio, pueden acoger el diagnóstico de positividad al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con una sonrisa en los labios. En todo caso, los pacientes refieren que el proceso de comunicarles una mala noticia influyó decisivamente en su manera de adaptarse (Buckman R, 1992).

Momento y lugar para comunicar malas noticias

Siempre trataremos de dar una mala noticia en un despacho (jamás en el pasillo), transmitiendo en lo posible tranquilidad y seguridad. Su seguridad (y asertividad), va a ser pegadiza; su nerviosismo, también. Evite pensar que va a perder el control de la situación, porque como mínimo siempre puede mantener el control sobre sí mismo. Evite también empezar con el típico «voy a darle una mala noticia». Deje que sea cada persona la que califique la noticia en toda la gama de grises. Por su lado, use palabras de bajo contenido emocional: por ejemplo, prefiera «hepatitis activa» a «hepatitis agresiva o maligna», «tumor» a «cáncer», etc.

Acomodación ante un fallecimiento fortuito

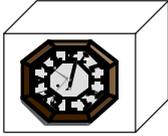
Cuando el paciente ha fallecido en urgencias, y acuden los familiares, puede ser conveniente que les reciba una enfermera: «me llamo X, ¿es usted familiar del paciente tal?, por favor, tome acomodo, ¿qué enfermedades ha padecido? ¿esta mañana se encontraba bien?» Evite decir: «¿qué enfermedades tenía este señor?», pues el tiempo verbal que utili-

Tabla 4.6.
Técnicas de motivación intrínsecas y extrínsecas

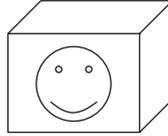
| Motivación extrínseca | Motivación intrínseca |
|--|---|
| - «El único esfuerzo que le pido es que siga las instrucciones que voy a darle.» | - Cambiar creencias. - Mejorar la autoestima. |
| - Cartas/llamadas telefónicas periódicas de refuerzo. | - Incrementar la sensación de autocontrol. Hojas de autocontrol, automonitorización. |
| - Visitas de seguimiento. | - Incrementar la sensación de eficacia y éxito. |
| - Método de las cajas (fig. 4.1). | - Alabar pequeños logros. |
| - Un familiar es nombrado «tutor» o «supervisor», según el caso. | - Apoyar y alabar la buena predisposición para mejorar su calidad de vida, aunque esté fracasando siguiendo las instrucciones. |
| - Envases monodosis o incluso dar las pastillas cada día. | - «Abogado del diablo»: poner en duda la voluntad o la competencia del paciente como medio para lograr una reacción basada en su amor propio. |

Método de las cajas

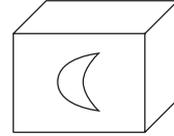
Colocamos en el domicilio del paciente tres cajas: una con un dibujo de un gallo (o un despertador) con las pastillas que deberá tomar por la mañana. La caja con las del mediodía tiene el dibujo de un sol. La caja de la noche, una luna. En cada caja hay que poner un blister o una caja entera, lo que obliga a duplicar o triplicar las pastillas a disposición del paciente.



Mañana



Mediodía



Noche

Método de los cartones

En una hoja recortamos y pegamos cada una de las cajas con el nombre de las diferentes medicinas. En el lado derecho dejaremos un espacio para indicar con un pictograma si debe tomarse una pastilla por la mañana (gallo), mediodía (sol) o noche (luna).

Método de los dibujos (pictogramas)

Directamente sobre las diferentes cajas de medicamentos situamos una pegatina con el dibujo alusivo: gallo, sol o luna.

Sistema de dosificación individualizada (blisters)

Consiste en un blister tamaño Din-A4 en que para cada hornacina el farmacéutico ha dispuesto todas las pastillas que el paciente debe tomarse por la mañana, mediodía, media tarde y noche (foto).



Figura 4.1.

Métodos para mejorar el cumplimiento y personalizar las posologías

za revela a los familiares que puede estar muerto, y suele desencadenar una reacción emocional inmediata. Tras estas preguntas añade: «el señor tal en estos momentos está muy grave. Ahora acudirá el doctor/a para informarles». Con los datos obtenidos el médico responsable puede hacerse una idea más aproximada de cómo ha ocurrido el evento, y a los pocos minutos presentarse de nuevo a los familiares: «Soy el Dr./a X, y he atendido al Sr. Y. Hemos hecho todo lo posible para lograr estabilizar sus constantes vitales, pero debo decirle que ha tenido... (un infarto, un ataque al corazón, etc.)... que no ha podido superar. Por desgracia, debo decirles que ha fallecido.»

Evite pronunciar la palabra «muerte», o «ha ingresado cadáver». Puede valer, «ha fallecido/pasado», «ha sucedido lo inevitable»... Trate, además, de decirles a los familiares que:

- Se han proporcionado los cuidados necesarios.
- Cuando venga a cuento, que la actuación de los allegados ha sido correcta (evitando así reacciones de autoculpabilización): «ustedes han hecho cuanto estaba en sus manos».
- Que el sufrimiento fue mínimo (o será mínimo), y si el paciente falleció, que estuvo acompañado en todo momento.

El teléfono

Si las noticias son de gravedad extrema (p. ej., el fallecimiento del paciente), *evitaremos comunicarlo por teléfono*; delegaremos en un administrativo para que localice a los familiares, con el ruego de que se personen en el centro u hospital. Este administrativo sólo dispondrá de la información básica: filiación del paciente y que está siendo atendido. En los casos, pocos, en que *includiblemente* debemos comunicarlo por teléfono, identificaremos a la persona que está al otro lado del aparato, e intentaremos, dentro de lo posible, seleccionar al familiar más competente:

- ¿Con quién hablo? ¿Es usted familiar de...? ¿Están los hijos en casa? ¿Pueden ponerse al teléfono?... ¿Es usted hija de XXX? Soy..., del hospital...

Si no estamos seguros de «hacerlo bien», escribiremos el contenido del mensaje y lo memorizaremos. El mensaje pudiera ser algo así: «le llamo porque acabamos de atender en nuestro centro a su tío, el Sr. X., de 73 años. Por desgracia, las noticias que debo darle no son buenas... ¿está usted preparada?... Verá, su tío iba paseando por la calle cuando sufrió un ataque al corazón. Fue tratado inmediatamente, pero no llegó a recuperar el conocimiento. En todo momento estuvo acompañado y no sufrió. Debo decirle que, por desgracia, no ha sobrevivido».

Una vez le informemos de donde se encuentra el centro sanitario añadiremos: «Es mejor que no conduzca usted, pues el impacto emocional le pone a riesgos de accidentes. Por desgracia ya nada puede hacerse, de manera que es importante su propia seguridad. No tenga prisa, se lo ruego.»

El valor de las palabras

Compare estos dos fragmentos:

Enfermera 1: «Sí, su marido ha entrado por esta puerta de urgencias a las dos de la tarde. Por lo visto se lo ha llevado un coche por delante y venía destrozado. Hace unos minutos me han dicho que aún lo estaban operando, llevan ya casi tres horas de operación porque el pobrete estaba fatal.»

Enfermera 2: «Su marido ingresó a las dos de la tarde. Él mismo me dio sus datos personales e inmediatamente fue atendido por el equipo médico. En estos momentos está siendo operado por el Dr. X. Está en buenas manos. Si tienen la bondad de esperarse en la sala 3 serán informados puntualmente de la evolución.»

La manera de decir las cosas condiciona el impacto emocional, según refieren los mismos pacientes. Pero no sólo hay que evitar palabras de alto contenido emocional; también hay que usar una expresividad neutra. En esta misma línea *evitaremos culpabilizar*: «si nos hubiera traído al paciente hace unas semanas, nos habríamos evitado la mayor parte de los problemas que ahora mismo tenemos». La culpa *siempre tiene efecto eco*: el paciente o el familiar la descargarán sobre nosotros u otro profesional de la salud en cuanto puedan, o si no, sobre sí mismos.

Conversaciones con pacientes neoplásicos

Analizaremos las situaciones más complejas:

Situación 1: El paciente viene del hospital con un informe clínico que pone: «leucemia mieloide crónica», y nos pide que le informemos de su enfermedad.

Ésta es una situación delicada que debe abordarse casi siempre con la pregunta:

Entrevistador: ¿Qué le han explicado en el hospital?

Y si el paciente no es suficientemente claro, no dude en pedir más aclaraciones, por ejemplo: «¿qué doctor o doctora le lleva?», «¿cuándo le han dado la próxima visita?», «¿y qué tratamiento le han indicado?», etc.

Una vez agotada la información que nos puede facilitar el paciente, la conversación puede ir más o menos así:

E (entrevistador): Por lo que me cuenta deduzco que le han dicho que tiene una inflamación de la sangre.

P (paciente): Eso mismo.

E: Bien, eso es lo que indica el diagnóstico... ¿qué otras cosas quería saber?

En este punto el paciente puede optar por profundizar en el término «inflamación de la sangre», o dirigir su atención hacia aspectos de pronóstico o tratamiento. Pongamos las opciones más difíciles para el profesional, y tome nota de las frases que destacamos en *itálica*:

P: Yo me pregunto si eso es cáncer.

E: Ajá, *¿qué entiende usted por cáncer?*

P: Pues las células que empiezan a crecer sin orden ni concierto, y acaban por matar a la persona.

E: La primera parte de lo que dice es cierta, pero no siempre acaban por matar a la persona. En concreto usted en efecto tiene un tipo de cáncer, un cáncer de la sangre, pero hoy día con el tratamiento que le están dando se comporta como una enfermedad crónica. *¿Usted conoce a alguien diabético?... Pues ¿verdad que la diabetes no se cura?... Hay que ir dando medicinas toda la vida. Pues lo que usted tiene es parecido.*

P: Pero me parece que es más grave, ¿verdad?

E: Sí, es cierto. En algunos casos el tratamiento llega a curar por completo, y en otros casos, por desgracia, no.

P: Y si estuviera en el peor de los casos, ¿cuánto tiempo me quedaría de vida?

E: Si no hay complicaciones imprevistas la mayor parte de pacientes viven años, e incluso algunos mueren de otras enfermedades...

Situación 2: Los familiares se oponen radicalmente a que informemos al paciente.

Es una situación embarazosa que hay que saber sortear. Tome nota de las frases resaltadas:

Familiar: Doctor/a, no queremos por nada del mundo que sepa el diagnóstico, porque le conocemos y se va a tirar por la ventana o va a hacer una locura. Por lo que más quiera no le diga la verdad, porque sería como matarle. Lo que le quede de vida que lo disfrute, si son meses que sean meses, pero al menos que viva sin preocupaciones.

Entrevistador: Lo que usted dice es muy razonable. Usted quiere lo mejor para Juan/a, y yo también. Así que voy a tomarme muy en serio lo que usted me dice.

Familiar: Muchas gracias, doctor/a.

Entrevistador: Ahora bien, ustedes quieren lo mejor para Juan/a, ¿verdad? Imagine que Juan/a nos exige que le digamos lo que tiene, y que, en caso contrario, perderá la confianza que tiene en mí y en ustedes. Estoy convencido de que en tales circunstancias ustedes, si ustedes fueran Juan/a, no aceptarían una mentira, ¿verdad?

Otra posibilidad sería:

E: Creo que Vds. tienen mucha razón en lo que dicen. Conocen al paciente y saben como ha reaccionado otras veces. Sin embargo, la enfermedad irá avanzando, y no les extrañe si más adelante Vds. mismos ven la conveniencia de ir desvelando la verdad, poco a poco, al Sr. Juan. Si les parece lo iremos analizando conjuntamente, sin olvidar el derecho del Sr. Juan a saber la verdad.

En el caso muy improbable de que los familiares insistan, podemos añadir:

E: Por lo general, si se da la circunstancia de que Juan/a nos exija que le digamos la verdad, ustedes serán los primeros en ver que eso es lo bueno para él. Yo, en todo caso, me debo al paciente, no lo olviden, aunque su opinión siempre la voy a tener muy en cuenta, y les agradezco que hayan sido tan sinceros conmigo.

Situación 3: El paciente que quiere y no quiere saber.

Aunque siempre hemos de estar psicológicamente preparados para «decir la verdad», también lo hemos de estar para respetar el derecho a no saber, o a delegar el conocimiento en la familia. Éste puede ser el caso de una paciente moribunda, a la que el médico ha ofrecido en varias ocasiones la oportunidad de conocer su pronóstico, pero no se ha mostrado interesada. En esta ocasión el médico quiere brindar una última oportunidad a la paciente para que conozca su situación y pueda prepararse para los últimos acontecimientos.

Entrevistador: He venido a verla, Sra. Matilde, para charlar un poco con usted.

P: ¿Hoy no va a mirarme la barriga?

E: No, hoy no. Hoy vengo para que charlemos, para que me cuente cómo se encuentra, cómo cuida su terraza, en fin, en lo que piensa y en lo que la ilusiona.

P: ¿Qué ilusiones quiere que tenga con el chafamiento que tengo? ¿No hay nada que me pueda dar para sacarme este chafamiento?

El diálogo transcurre durante unos minutos sobre los síntomas de la paciente hasta que el entrevistador reconduce al tema que quiere abordar (frase en *italica*):

P: La semana pasada parecía que iba a mejor, pero esta semana estoy fatal. Si al menos me dijeran para cuanto tengo...

E: Tendremos oscilaciones, es muy normal. Ya sabe que es un proceso crónico. Por cierto, quería hacerle una pregunta, *¿es usted creyente, Sra. Matilde?*

P: Antes sí lo era.

Un familiar tercia en la conversación: Sí lo es, di que sí, que tiene la estampa de la Macarena en la mesita de noche.

P: La Macarena es asunto aparte.

E: A veces una visita de un sacerdote puede ser apropiada... *¿le gustaría?*

P (con una sonrisa): Yo ya he dicho todo lo que tenía que decir a los curas. Si quieren venir que vengan, pero yo no los necesito.

E: Vamos, que está usted en paz consigo misma, *¿verdad?*

P: Pues sí, porque en esta vida he hecho lo que tenía que hacer, y si hay otra vida, pues que venga, y si no hay otra, pues que no venga...

E: Es bueno tener todo ordenado, *las cosas de este y del otro mundo, por lo que pudiera pasar, ¿verdad?*

El profesional puede tener la seguridad de que la paciente ahora sabe perfectamente que su pronóstico no mejorará, y *ha dado una oportunidad* para que ordene sus últimas voluntades.

Situación 4: El paciente quiere saberlo todo y, además, su pronóstico es infausto.

Pongámonos en la peor, y más ingrata, de las situaciones y observe, nuevamente, las frases subrayadas:

Entrevistador: Le veo muy preocupado Sr./a V.

P: Es verdad, esto cada vez va a peor, y yo hago todo lo que ustedes me dicen. No sé aquí lo que falla, si ustedes o yo.

E: Tiene toda la razón del mundo de estar enfadado. La verdad es que las medicinas no están haciendo todo lo que nosotros quisiéramos que hiciesen.

P: Lo que yo tengo me parece que va a acabar conmigo, *¿verdad?*

E: *¿Me pregunta si se va a curar?*

P: A mí me parece que no me voy a curar, *¿verdad?*

E: *Creo que por desgracia tiene usted razón.*

(Tras un silencio)

P: Usted, doctor, sinceramente... *¿cree que tengo para mucho?*

E (el profesional cree que el paciente puede morir en los siguientes dos meses, por lo que enfoca el tema así): *¿Usted cree que puede vivir meses o años?*

P: Yo pienso que debo tener al menos uno o dos años, *¿no?*

E: Bien, sí, algo así. *Tal vez yo estaría pensando más en meses que en años.*

Observe de qué manera tan delicada se desmiente la perspectiva temporal que aporta el paciente. En todo caso, tenga en cuenta el **principio del coraje compartido**: si el paciente tiene coraje para afrontar su situación, tengámoslo nosotros para hablarle de ella y acompañarle

en el sufrimiento (Borrell F, 1995). Ahora bien, si usted siente que debe esconderle una parte de la verdad, puede que tenga razón. No aplique dogmas, *deje espacio para su intuición creativa*, y demore las grandes verdades para cuando *sienta* que pueden ser habladas con provecho. Cada verdad tiene su momento, y la mejor fortuna es para quien sabe esperar.

Situación 5: Preparar a la familia para el deceso.

Cuando preveamos que en pocas semanas se producirá un desenlace fatal, vale la pena comentarlo a la familia. Por extraño que nos parezca a veces los convivientes se acostumbran a la situación, hasta tal punto que pierden la perspectiva de los acontecimientos.

Entrevistador: Le he llamado, Sr. Tomás, para hablar del estado de su esposa. Ya comentamos en su momento que fue diagnosticada de un cáncer de páncreas; por desgracia en estos últimos meses ha ido empeorando.

Familiar: Es cierto. Pero esta última semana parece que come un poco más.

Entrevistador: Toda la familia, y usted en particular, la han cuidado de una manera ejemplar. Por desgracia, estos tumores, hoy por hoy, no tienen solución. En todo caso, puede estar usted orgulloso por lo mucho que ha hecho por ella.

Familiar: Sólo he cumplido con mi deber.

Entrevistador: Posiblemente porque la ha cuidado tan bien la señora XX ha podido vivir estos últimos meses de manera bastante comfortable... Sin embargo, hay que irse haciendo a la idea de que el proceso se va acabando, y que tarde o temprano vamos a tener algún disgusto... ¿está usted preparado?

El lector encontrará en galería de situaciones las técnicas apropiadas para acompañar a una persona después del deceso de un familiar.

Acomodar las reacciones emocionales

Prevención de reacciones emocionales mediante la técnica de aclimatación por etapas.

Sería el caso de un escolar con una fractura que se complica con un embolismo graso. Los padres son recibidos de manera «especial» en el servicio de urgencias. Después pasan a un despacho y una enfermera les dice: «el chico ha padecido una fractura de tibia y peroné. En estos momentos aún le estamos atendiendo y no pueden pasarlo a ver porque ha presentado una rara complicación. A veces un poco de grasa del propio hueso entra en la sangre y produce problemas en el pulmón, y éste ha sido el caso. Ahora vengo de verle y me ha dado muchos recuerdos para ustedes. En seguida podrán verle». Al cabo de una media hora los padres son llamados de nuevo y hablan con el médico, quien les explica la situación exacta: el muchacho está en la UCI y su estado es grave, aunque no se teme por su vida. Les explica exactamente los aparatos que lleva conectados y la misión que dichos aparatos tienen, antes de acompañarles para que le vean. También les proporciona instrucciones de cómo deben reaccionar ante el muchacho para no asustarle.

De manera similar, en un paciente con riesgo de tener los anticuerpos anti-VIH positivos y que nos solicita una analítica, en el acto de extender el impreso le preguntaríamos: «¿conoces el significado de que fuera positivo?, ¿qué representaría para ti?, etc.»

Notificación neutra, valorada, compensada y paradójica

La **notificación neutra** consiste en evitar cualquier valoración verbal o no verbal que estimule la emocionalidad del paciente. En la **valorada**, en cambio, advertimos que daremos una «mala noticia»: «Sra. Lidia, debo darle una mala noticia: el azúcar le ha salido por las nubes». Este tipo de frases activa reacciones emocionales, sobre todo cuando el sujeto no

lo espera. Preferimos evitarlas. En la **compensada** advertimos de la mala noticia pero la compensamos con otra noticia de mejor condición:

«Tengo para usted una buena y una mala noticia. La mala noticia es que le hemos encontrado células malas en la biopsia. La buena es que el hallazgo lo hemos hecho tan pronto que el tratamiento es muy eficaz.»

Finalmente, la **paradójica** juega con la contraposición entre mensajes verbales y no verbales, por ejemplo, cuando deseamos ironizar: Enfermera (tratando de estimular el amor propio para lograr un cambio de conducta): «¡No, hombre!, ¡si no hay problema en que continúe bebiendo!, total el hígado no duele...» Volveremos a ella en el apartado de errores.

Técnica de acomodación

La **acomodación**, probablemente, es la parte más compleja de las malas noticias, y se basa en varias habilidades (cuadro 4.1). Estas habilidades son distintas según se realicen en una primera fase (en caliente), o tras un período de asimilación. Un ejemplo vale más que mil palabras:

Cuadro 4.1.

Acomodación tras una mala noticia

Una niña afectada por una cardiopatía congénita falleció repentinamente a la edad de 9 años, mientras paseaba con sus padres. El impacto del fallecimiento fue enorme, y alertados por unos vecinos, el médico de cabecera, junto con la asistente social, se personaron en el domicilio. Allí el panorama de desolación era extremo, con padres y abuelos llorando al unísono, sin que nadie tomara las riendas de la situación, ni contuviera mínimamente el dolor del grupo. La asistente social, más ducha en estas lides, tuvo un acercamiento emocional inmediato, acercándose a la madre y abrazándola. Poco a poco introdujo palabras de confort, animándola a entrar en la habitación de la niña y arreglarla antes de que vinieran los empleados de la funeraria. El hecho de actuar, hacer algo, fue positivo, y la serenidad de la madre contagió al grupo familiar. Se tomaron diversas medidas (avisar a parientes, esquelas, etc.), mientras el médico arreglaba el certificado de defunción (evitando el sufrimiento añadido de una autopsia), y cuando la asistente social abandonó el domicilio se había recuperado un equilibrio funcional mínimo.

A los pocos días regresó y comprobó que se había instalado un proceso de negación: la familia funcionaba como si la hija estuviera viva. Nadie se atrevía a entrar en su habitación, intacta y con todos los vestidos en el armario. La asistente social abordó el tema con valentía, y se acordó regalar los vestidos a unas monjas del barrio. A la semana siguiente la asistente social citó a los padres a su despacho, y allí tuvo de nuevo una entrevista en la que afloraron los sentimientos de culpa por no haberse percatado del estado tan frágil en el que se encontraba la niña. El repaso frío y exhaustivo de los hechos reveló que se había atendido a las normas dictadas por los especialistas, quienes ya habían advertido de la posibilidad de que sucediera el evento. «Tenéis que reaccionar porque tenéis otro hijo que también os necesita, y os necesita con todas vuestras capacidades. Si vuestra hija os pudiera hablar seguro que éste sería su mensaje», concluyó la asistente social. También aconsejó la intervención del cura del barrio, amigo de la familia.

En este caso, la asistente social procedió a **modelar conductas** (tomar las riendas de la situación, reordenar los espacios físicos de la vivienda...), **recalificó valores** (inevitabilidad del fallecimiento, imposibilidad de prevenirlo, deber hacia el otro hijo), y **activó** otros **recursos** comunitarios (párroco del barrio) y **psicológicos** («vuestro otro hijo os necesita»).

Errores que evitar

Pueden ser de tipo formal o conceptual (tabla 4.7).

Errores de tipo formal

Por desgracia, continúa siendo habitual en las consultas que algunos profesionales hablen de manera inaudible, atropellada o retórica. Por ejemplo:

Información incorrectamente emitida: «mire usted, me parece que tiene hipertensión arterial, enfermedad que, como sabe, es incurable, pero que controlamos bien con dieta y medicinas. De todas maneras antes de hacer nada más voy a pedirle unos análisis y unas pruebas para descartar que esta hipertensión no le haya dañado alguna víscera, y de momento no le doy nada, pues no viene de un par de semanas y podemos esperar, ¿de acuerdo?».

Observaciones: párrafo muy largo, sin pausas. Sólo le brinda al final la posibilidad de estar «de acuerdo», pero ello en absoluto crea un clima de bidireccionalidad. Por otro lado, utiliza jerga médica (descartar, víscera) y palabras de alto contenido emocional (incurable). En ningún momento denuncia de qué va a hablar, ni separa la explicación sobre la naturaleza del problema de la explicación de las medidas que tomar. Finalmente, incurre en el error de justificar innecesariamente sus decisiones («pues no viene de un par de semanas...»).

Lo mismo correctamente dicho:

Información correctamente emitida: «Primero voy a explicarle lo que pienso que tiene, y después lo que tenemos que hacer. Creo que tiene hipertensión arterial. ¿Conoce lo que es?»

Tabla 4.7.
Errores en la emisión de información

Errores de tipo formal

– Información incorrectamente emitida: frases largas, términos médicos, de alto contenido emocional...

Errores conceptuales

-
- No informar de la orientación diagnóstica.
 - Ignorar que el logro de un adecuado cumplimiento terapéutico es un proceso de sucesivas visitas, no una empresa de un solo día.
 - No saber trabajar en equipo con enfermería, ni con el farmacéutico comunitario. No delegarles tareas educativas.
 - Uso de términos demasiado cultos o de tipo médico (jerga).
 - Seguimiento pobre o inadecuado.
 - Información no adaptada a las necesidades del paciente.
 - Decir lo que otro profesional hará o debiera hacer.
 - Valoraciones indebidas.
 - Hablar de hipótesis.
 - Falsas esperanzas.
 - Lanzar el dardo e irse corriendo.
 - Ángel de la verdad.
 - Notificación paradójica.
-

(...) ¿Seguro que no tiene algún familiar con este padecimiento? (...) Bien, en tal caso le informo. Se trata de lo siguiente: imagínese las cañerías de su casa. El agua está a una presión determinada, y si sube demasiado puede tener averías, ¿verdad?... Pues lo mismo ocurre con la sangre dentro de las arterias. El término «hipertensión» quiere decir que la sangre está a una presión demasiado alta, y tendremos que bajarla, ¿me ha seguido hasta aquí? Pues ahora vamos a la segunda parte, o sea lo que hay que hacer. En primer lugar, etc.»

Observaciones: existe enunciación, las frases son cortas, clarifican los términos médicos que salen, y se emplea un vocabulario «neutro». Hay, además, bidireccionalidad desde el inicio, y se ejemplifica («es como la presión alta de una cañería...»).

Errores conceptuales

** No informar de la orientación diagnóstica*

Algunos profesionales tienen por costumbre no informar sobre la orientación diagnóstica que realizan, a menos que el paciente lo solicite. Ello les reporta el beneficio de poder rectificar un diagnóstico en una visita de seguimiento. Por ejemplo, un resfriado que evoluciona a bronquitis permite decir: «ya me lo parecía que se complicaba». Sin embargo, pierden oportunidades para realizar educación sanitaria.

** Ignorar que el logro de un adecuado cumplimiento terapéutico es un proceso que se logra en sucesivas visitas, no en una sola*

Recuerde: somos corredores de fondo. Aplique estrategias de «gota malaya» y planifique una intervención pluridisciplinar: médico-enfermera-farmacéutico y a veces asistente social, involucrando a la familia.

** No saber trabajar en equipo con enfermería, ni con el farmacéutico comunitario.*

** No delegarles tareas educativas*

Una cartera de servicios de enfermería en el área que nos ocupa abarca, entre otras tareas:

- Información y educación sanitaria de las principales enfermedades crónicas.
- Plan de deshabitación tabáquica.
- Educación específica en el uso de inhaladores y otros fármacos especiales.
- Detección y educación sanitaria de pacientes poco cumplidores del tratamiento.
- Conducción de grupos de pacientes crónicos para adquirir habilidades de autocontrol e incrementar su autonomía. Por ejemplo: niños asmáticos, pacientes anticoagulados, diabéticos, pacientes con infarto de miocardio, etc.
- Técnicas individuales de relajación y también grupales.
- Técnicas de apoyo psicológico a pacientes oncológicos, mujeres maltratadas y pacientes sujetos a un problema vital agudo.

En el caso del farmacéutico comunitario, una cartera de servicios potencial sería:

- Detección de pacientes sin adherencia a la medicación. Comunicación discreta al equipo de salud.
- Dosificación individualizada de medicamentos a pacientes debidamente seleccionados.
- Educación sanitaria sobre cómo se usan los inhaladores, cómo se administran enemas, pomadas y gotas oftálmicas, uso de pañales, etc.
- Consejo antitabaco coordinado con el protocolo de cesación tabáquica del equipo de salud.

- Conocimiento y seguimiento en la parte que corresponda de los protocolos fundamentales para diagnóstico, terapia y seguimiento de las enfermedades crónicas.
- Compromiso de comunicación preferente con el médico en caso de que detecte incompatibilidades o efectos indeseables en alguna de sus prescripciones.

** Uso de términos demasiado cultos o de tipo médico (jerga)*

No sólo nos referimos a la típica jerga médica (pirosis, ulcus, ángor, etc.), sino también al uso de palabras muy cultas: «descartar», «acreditar», «amerita», etc.

** Seguimiento pobre o inadecuado*

No dé por seguro el cumplimiento del tratamiento, ni tampoco que el paciente «nos volverá antes de lo que quisiéramos», por lo que no vale la pena darle una cita. La mayor parte de visitas deberían terminar con el «véngame en... meses para...». Los intervalos de citación pueden ser: si el padecimiento no está estabilizado: citación semanal o quincenal según criterio. Si se trata de un padecimiento estabilizado: citación de enfermería cada dos meses, y cada tres o cuatro (según criterio) citación médica (adaptado de Martín Zurro A, 1994)

** Información no adaptada a las necesidades del paciente*

Evite indicar lo que «le harán o dejarán de hacer» cuando proceda a derivar a un paciente. Por ejemplo: «le mando a rehabilitación. Allí le harán ultrasonidos y masajes. Ya verá que quedará contenta».

Una duda frecuente es si explicar o no los efectos secundarios de una determinada medicación. Estas dudas se deben al alto grado de sugestionabilidad de algunos usuarios. Obsérvese la utilización de la *técnica de contrasugestión* para introducir efectos secundarios:

Situación 1: El entrevistador activa la sugestionabilidad de la paciente.

Profesional: Voy a darle un antihistamínico para su alergia. Va a notar mejoría muy rápidamente, pero el fármaco tiene la pega de que acostumbra a dar algo de sueño.

Paciente: ¡Uy!, no me lo dé, yo soy terrible para eso.

Situación 2: Usando la *técnica de contrasugestión*.

Profesional: Voy a darle un antihistamínico para la alergia. Notará mejoría enseguida.

A todos mis pacientes suele sentarles bien, y sería una verdadera casualidad que a usted le dieran algo de adormecimiento. Si fuera el caso me lo dice, pero insisto que sientan bien a casi todo el mundo.

En la segunda situación la información tiene una parte sugestiva («algo de adormecimiento»), junto a otra contrasugestiva («sería una verdadera casualidad»). En pacientes altamente sugestionables las advertencias respecto a efectos secundarios deben limitarse a aquellas suficientemente importantes y que su conocimiento, por parte del interesado, suponga ventajas diagnósticas o de manejo.

** Decir lo que otro profesional hará o debería hacer*

Tras diagnosticar un tumor de estómago, el profesional dice:

Entrevistador: Hemos tenido mucha suerte porque con una operación esta parte del estómago se saca y usted queda curado. Es una operación que no suele revestir gravedad.

Pero al paciente no quisieron operarlo porque el cáncer estaba excesivamente extendido, con lo cual... ¿cómo explicarle ahora su nueva situación?

** Valoraciones indebidas*

La Sra. F. tenía realizada una ligadura de trompas, a pesar de lo cual quedó embarazada.

Entrevistador: Tiene verdadera mala suerte. Eso ocurre una vez de cada tres mil, y le ha tocado a usted. Debe tener algo especial.

Esos comentarios llaman a un razonamiento basado en los principios del pensamiento mágico, estimulando explicaciones inoportunas (p. ej., «males de ojo»), profecías y malos augurios para el futuro, tanto en relación al feto como a la salud de la mujer.

** Hablar de hipótesis*

El médico tiene el deber de pensar en todos los diagnósticos diferenciales, pero se guardará de comentarlos con sus pacientes. Obsérvese la siguiente escena:

Entrevistador: Te hemos encontrado una pequeña lesión en la radiografía. Puede ser una cicatriz de una pulmonía que tuviste de joven, pero también podría ser que se te estuviera haciendo algo malo en la pleura, porque has trabajado con asbesto, así que deberemos hacerte más pruebas.

Aunque después todo quede en agua de borrajas, este paciente siempre pensará que «yo una vez tuve casi un cáncer por asbesto».

** Falsas esperanzas*

Al Sr. Julián le indicaron un recambio valvular. Acudió a la consulta con su esposa, y ante las dudas de si operar o no operar el médico les dijo:

Entrevistador: En la vida hay que ser un poco atrevidos para sacarle provecho. Ahora está usted muy bien para operarse, y de esas operaciones se hacen muchas y la mayoría van bien. Yo no me lo pensaría mucho.

El Sr. Julián falleció en el postoperatorio. La decisión de operarse siempre en el fondo la toma el paciente, pero el médico no podía evitar sentimientos de culpa cada vez que acudía a su consulta la viuda del Sr. Julián, y le miraba como sólo ella era capaz de mirar...

** Lanzar el dardo e irse corriendo*

El Dr. X tras visitar a un paciente ingresado en un hospital afectado de neumonía, salió de la habitación y espetó a los familiares: «¿este señor está realizando algún tratamiento para su cáncer de hígado?». La esposa del paciente ignoraba que su marido había sido diagnosticado de cáncer de hígado, pues la prueba era muy reciente y los hijos habían preferido no decírselo hasta pasar el otro mal trago de la pulmonía. El médico, azorado al comprender la situación, se escabulló asegurando que vendría un poco más tarde.

Siempre hay un momento en que nos equivocaremos, es inevitable. Tenemos derecho a equivocarnos, pero no a inhibirnos del error. Son esos momentos los que requieren coraje para asumir el error y tratar de minimizarlo. En el caso anterior:

Entrevistador: Disculpe, Sra., ¿no estaba usted informada?

Esposa (llorando): No, no sabía nada.

Entrevistador: Créame que lo siento. Si le parece oportuno podemos pasar a mi despacho para explicarle la situación.

** Ángel de la verdad*

El Dr. X, imbuido por determinadas ideas anglosajonas de decir toda la verdad al paciente, suele mantener este tipo de diálogos:

Paciente: ¿Podría explicarme qué pone en este informe, doctor?

Entrevistador: Por supuesto. Le han encontrado un tipo de cáncer en el hígado. Se debe a la hepatitis que padeció de joven y al alcohol que ha bebido durante tantos años.

Paciente: ¿Es grave, doctor?

Entrevistador: Parece que sí. De hecho, el cáncer se le ha extendido al pulmón.

Paciente: Pero, ¿habrá tratamiento, no?

Entrevistador: Me temo que no, aunque haremos todo lo posible para que no sufra.

Paciente: Entonces... ¿me voy a...?

Entrevistador: En efecto. No creo que su expectativa de vida sea superior a un año, aunque estos pronósticos siempre están sujetos a error.

Cada paciente tiene su ritmo y debe escoger el grado de verdad que desea oír. Debemos favorecer un proceso de tanteo, de acercamiento progresivo y también de participación de los familiares.

** Notificación paradójica*

Entrevistador (en tono jovial): Bueno, tal como ya presumía no me equivoqué ni un milímetro: le hemos encontrado a la abuela un tumor en el colon.

Familiar: ¿Será malo, doctor?

Entrevistador (manteniendo el tono jovial): Sí, me temo que sí.

Este tipo de notificación paradójica se debe a la incapacidad del médico para dominar su estado de optimismo o euforia, sea éste debido a circunstancias completamente independientes del caso clínico (p. ej., ha ganado un premio a la lotería), sea porque en el fondo considera el diagnóstico como un triunfo intelectual, («¡al final se ha confirmado mi sospecha diagnóstica, que listo que soy!»), y desconsidera la vertiente humana.

Galería de situaciones

Abordaremos los siguientes casos paradigmáticos:

- El paciente fibromiálgico que no entiende en qué consiste su enfermedad.
- El paciente inmaduro que está enfadado con su enfermedad.
- El paciente que acaba de perder a un familiar o allegado.
- El paciente que aún no tiene diagnóstico o que no sabemos orientar etiológicamente.

El paciente fibromiálgico que no entiende en qué consiste su enfermedad

He aquí un diálogo bastante típico en que un médico trata de informar a un paciente afecto de fibromialgia sobre la naturaleza de su padecimiento:

E: Sra. Eulogia, tras examinarla con atención y con todas las pruebas que hemos realizado, he llegado a la conclusión de que usted padece fibromialgia.

P (señalándose los brazos): Yo lo único que sé es que me duele por ahí y por ahí.

E: La fibromialgia es una enfermedad que aún no se conoce muy bien, pero parece ser que es una contractura de las fibras musculares, en relación casi siempre a un descanso nocturno deficiente.

P: ¡Ah!, pues yo por la noche duermo perfectamente.

E: También se ha visto que está en relación a depresiones.

P (protestando): ¡Yo de depresiones nada de nada!

E: Y otras veces no se sabe de dónde viene, pero ahí está.

P: Ya sólo falta que me diga usted que todo son nervios.

E: No son nervios, señora, son los músculos.

P: A mí lo que me pasa es que los huesos me duelen mucho, ¿no será que me falta calcio? A todas mis amigas el médico les da calcio y cosas para los huesos, pero usted no quiere darme nada.

E: Claro, porque con una alimentación sana tiene suficiente calcio.

P: Pues entonces no entiendo cómo me duelen tanto los huesos.

E (enfadado): ¿No se lo estoy diciendo? ¿Tiene usted una fibromialgia!

P: ¿Y no sería mejor que me mandara al especialista? Al menos me haría una prueba del calcio.

Comentario

1. ¿Aprecia algún tipo de error en el enfoque utilizado por el médico?

La fibromialgia es un síndrome, y como tal ignoramos su etiología. Sin embargo, un porcentaje elevado de pacientes fibromiálgicos tienen una mala calidad de sueño. Antes de informar al paciente de su enfermedad conviene saber si tiene insomnio o depresión. La explicación que ensaya el médico corresponde a un paciente que tuviera fibromialgia e insomnio. Pero el paciente niega tener insomnio. En nuestra experiencia, estos pacientes que niegan insomnio «duermen» aparentemente, pero la calidad del sueño es mala. Sin embargo, este dato debe ser averiguado *siempre* antes de dar la explicación, para que no parezca que estamos buscando una justificación a nuestra orientación diagnóstica. Puestos en la situación del profesional, lo mejor que puede hacer es ofrecer una explicación del tipo: «tiene usted fibromialgia, ¿sabe en qué consiste?... ¿ha oído esta palabra alguna otra vez?» Y a partir de la respuesta ensayar: «se trata de una enfermedad que consiste, básicamente, en dolor de las fibras musculares, por esto a usted le duele aquí, y aquí (señala puntos de fibromialgia), pero en cambio las articulaciones están bien».

2. ¿Cuáles son las preocupaciones del paciente?

En el diálogo objeto de análisis encontramos cierta prevención a que el médico le indique que se trata de algo nervioso. Posiblemente no le parezca aceptable un diagnóstico en el área psicosocial. Ello suele ocurrir cuando el paciente vivencia el dolor como muy corporal. Por desgracia esta vivencia nada tiene que ver con su origen. En todo caso, cuando ofrecemos un nombre al padecimiento, en nuestro caso «fibromialgia», damos *controlabilidad* al paciente. El paciente sabe a qué atenerse «me han dicho que tenía... ¿tú sabes algo de eso?», etc.

3. ¿Resulta adecuado introducir elementos de tipo psicológico o psicossomático en pacientes que rechazan este tipo de enfoque?

El paciente fibromiálgico tiene un umbral de dolor disminuido, como todos los pacientes con mal descanso nocturno. El motivo de su mal descanso nocturno puede ser

variopinto: molestias artrósicas que despiertan, necesidad de orinar, síndrome depresivo, preocupaciones que interfieren con el sueño. En estos casos, seguiremos una regla parsimoniosa: introduciremos lo psicosocial como elemento etiológico cuando el paciente esté abierto a lo psicológico, en general *sin forzarlo a que lo acepte*. Es decir, si el paciente se cierra a lo mental, vamos a preferir darle unos diagnósticos funcionales o sintomáticos, a *forzar* una interpretación psicológica. Por ejemplo, siguiendo esta pauta: «sí, en efecto le veo falta de elasticidad de músculos y tendones, lo que ya puede explicarnos sus molestias; ¿Le gusta la natación?... etc.» ¿Cuán lejos hemos de llevar esta estrategia? El mismo paciente, indirectamente, nos lo dirá. Lo importante es *consolidar una buena relación terapéutica* y esperar a que poco a poco nos desvele su malestar psicológico. No se tenga por mal profesional por el hecho de que no logra «psicologizar» a un paciente somatizador. Todo a su tiempo, y primero hay que preservar la calidad de la relación.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

He aquí algunas sugerencias:

1. Antes de emitir el diagnóstico de fibromialgia pregunte por la calidad del sueño y asegúrese de que el paciente no tiene un síndrome depresivo. Por ejemplo:

- ¿Cómo está de estado de ánimo?
- ¿Algunas veces llora sin saber por qué?
- ¿Se levanta por la mañana más cansada que cuando se fue a la cama?
- ¿Le cuesta coger el sueño?
- ¿Sufre interrupciones del sueño? ¿Cuántas veces? ¿A qué hora? ¿Puede volver a dormir cuando se ha despertado? ¿Cuánto tarda en coger otra vez el sueño?

2. Inicie siempre la explicación del diagnóstico con: «padece usted falta de elasticidad muscular/fibromialgia, ¿qué sabe usted de este padecimiento?» Por desgracia se ha dramatizado mucho esta entidad, y algunas personas creen que se trata de una enfermedad degenerativa e invalidante. Ofrezca un punto de vista más constructivo: «la fibromialgia no suele ser invalidante, aunque sí es molesta». *Si se trata de un primer diagnóstico es mejor hablar de falta de elasticidad de las fibras musculares*. No olvide que se exigen tres meses de síntomas para el diagnóstico.

3. Adapte el formato general ofrecido anteriormente de manera personalizada. Por ejemplo:

Dr.: Sra. Eulogia, tras examinarla con atención y con todas las pruebas que hemos realizado, he llegado a la conclusión de que usted padece fibromialgia. ¿Sabe usted algo de esta enfermedad?

P (muy afectada): ¡Dios mío! ¿No es esa enfermedad que tuvo una alcaldesa y la tuvieron que jubilar?

Dr.: Bueno, en general, la televisión exagera mucho. No, ni mucho menos es grave, aunque sí bastante molesta. Verá usted, ¿se ha dado cuenta de lo mal que descansa usted por la noche?

P: Pues ahora que lo dice puede que tenga razón.

Dr.: Los músculos también tienen que dormir por la noche, pero los suyos no se relajan, y ello trae como resultado que duelen, duelen justamente por aquí, y por aquí (palpa puntos de fibromialgia), ¿se da cuenta?, porque son puntos en que los músculos se insertan en los huesos.

P: Ya lo decía yo, me duelen los huesos.

Dr.: No. Justamente los huesos tienen la artrosis normal que les toca por la edad, pero no es ése el dolor que siente. El dolor que tanto la molesta es de los músculos. (Aplica una técnica estereognósica) Vea, eso es el hueso (palpa un punto control, por ejemplo diáfisis de fémur o la frente), y eso es el músculo, ¿a que hay diferencia?

P: ¡Uy!, sí, sí que la hay.

Dr.: Para tratar esta enfermedad le tengo que dar estas pastillas que le harán dormir el músculo por la noche, y así poco a poco se irá descontracturando. ¿Me sigue? También puede beneficiarse de natación y, etc.

Recuerde, ante un paciente con fibromialgia:

- Realice el salto psicosocial con énfasis en estado de ánimo y sueño.
- Explore creencias y conocimientos previos del paciente sobre la enfermedad.
- Adapte el modelo de contractura muscular a cada paciente y proporcione controlabilidad: ejercicios físicos, de relajación, masajes, etc.

El paciente inmaduro que está enfadado con su enfermedad

Analice el siguiente diálogo:

/1/Enfermera: Este azúcar no acaba de ir bien. Y encima nos ataca el riñón. Por eso el especialista le recomendó estas pastillas para protegerle el riñón, y estas otras para bajar los niveles de azúcar.

/2/Paciente: ¿Más pastillas? ¡Esto es una guasa!

/3/Enfermera: Creo que se está usted enfadando.

/4/Paciente: ¡Hombre! Sólo quien lo pasa sabe lo que es eso de la diabetes. Usted se piensa que con tomar más pastillas se arregla el problema, pero la procesión va por dentro.

/5/Enfermera: Mire, Sr. Vicente, si no está conforme con lo que le digo no me importa que lo hablemos tanto rato como sea necesario. A fin de cuentas trato de ayudarle...

/6/Paciente: Bueno, me diga lo que sea que yo después yo ya me apañaré.

/7/Enfermera: Pues mire, tiene que tomar esta pastilla cada mañana de este producto y... (etc.).

Comentario

1. ¿Cuáles son los errores y los aciertos en este fragmento de entrevista?

El profesional reconoce el enfado del paciente (/3/), empatiza con él («sólo quien lo pasa sabe lo que es eso de la diabetes»), y ofrece su tiempo para hablar todo lo necesario. Sin embargo: A) No siempre realizar un señalamiento emocional («está usted enfadado»), es oportuno. Hay el riesgo de que el paciente libere más enfado. Es mejor una frase empática, incluso en tono de buen humor: «vaya, ya veo que eso no le ha gustado ni pizca». B) en /7/ cae en la trampa de volver a un modelo de relación basada en la «instrucción», en lugar de profundizar en las expectativas y creencias del paciente.

2. ¿Cuáles son las emociones que exhibe el paciente?

Irritabilidad en /4/ y cierto desprecio hacia la tarea del profesional en /6/. Las enfermedades crónicas (y en especial la diabetes, con su dieta estricta), ponen a prueba la capa-

cidad de frustración del paciente. La pérdida de potencia sexual, o de agudeza visual, pueden vivirse como un auténtico duelo. A veces la disciplina de una dieta o de pincharse insulina pueden suponer un verdadero terremoto psicológico. Debemos entender como relativamente normal (aunque no justificable), que el paciente derive su rabia hacia el profesional que trata de ayudarlo. Es justamente en este punto que el profesional debe saber recolocar al paciente para evitar convertirse en un «profesional-desagüe».

3. ¿Se le ocurre algún tipo de intervención en lugar de la que el entrevistador realiza en /7/? Recuerde: /7/ Enfermera: Pues mire, tiene que tomar esta pastilla cada mañana de este producto y... (etc.).

En esta intervención el profesional opta por seguir su plan y «el paciente ya hará lo que quiera, que para eso es mayorcito». Es comprensible. Sin embargo, las técnicas de comunicación son justamente para mejorar la tasa de éxitos. Por consiguiente, *hay que ensayar nuevas respuestas para viejos problemas*. En el caso que nos ocupa evitaremos aumentar la tensión («si no va a hacer lo que le digo, mejor no le doy nada, a fin de cuentas es usted el que pierde»), para averiguar las creencias del paciente: «me interesa ver su punto de vista». Si no estamos de humor (p. ej., nos sentimos heridos por los comentarios del paciente), mejor darnos un compás de espera del tipo:

/7/Entrevistador: Tal vez tenga razón, tal vez hoy no sea el mejor día para hacer cambios... ¿le parece que nos demos unas dos o tres semanas, usted aprieta con la dieta y la medicación y nos volvemos a ver con un perfil de glicemia que podría hacerse el día...?

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

La dificultad de la entrevista reside en «entrar» en el mundo del paciente a pesar de su hostilidad. Lo primero que hay que hacer es visualizar al paciente no como un «mal-educado», sino como una persona que no sabe adaptarse, lo cual aumenta su sufrimiento. Puestos en su lugar... ¿qué haríamos nosotros? Desde esta perspectiva trataremos de «entrar» en su mundo mediante una respuesta evaluativa:

/1/Entrevistador: Este azúcar no acaba de ir bien. Y encima nos ataca el riñón. Por eso el especialista le recomendó estas pastillas para protegerle el riñón, y estas otras para bajar los niveles de azúcar.

/2/Paciente: ¿Más pastillas? ¡Esto es una guasa!

/3/Entrevistador (en tono cordial): ¿Una guasa? (Con esta **palabra/frase por repetición** el profesional señala un sentimiento del paciente y está también realizando una **respuesta evaluativa** de sus creencias).

/4/Paciente: ¡Hombre! Sólo quien lo pasa sabe lo que es eso de la diabetes. Usted se piensa que con recetar se arregla el problema, pero la procesión va por dentro.

/5/Entrevistador (**interpretación sugerida**): Creo que usted se ha esforzado mucho con la dieta y el ejercicio y está decepcionado con los resultados, ¿me equivoco?

/6/Paciente (en tono despreciativo): ¡Qué va!

/7/Entrevistador (haciendo otra afirmación que sabe que es falsa): ¡Y además ha dejado de fumar! En eso sí que debo felicitarle...

/8/Paciente (contenido de poder contradecirle): ¡Qué va! Continúo fumando.

/9/Entrevistador (nueva afirmación falsa): Bueno, pero al menos las pastillas se las toma cada día, y eso ya es mucho...

/10/Paciente: Me las tomo cuando me acuerdo. No me amargo la vida, sinceramente.

- /11/Entrevistador (haciendo un **señalamiento conductual** seguido de una **interpretación**): Ya, porque en el fondo prefiere que le riñamos nosotros, y así tiene a alguien con quien pelearse.
- /12/Paciente (sorpontentemente risueño, posiblemente porque se da cuenta de que el profesional ha descubierto su juego): ¡No se crea! ¡Con mi mujer también tengo peloterías!
- /13/Entrevistador (haciendo una **interpretación** y **mostrando sus sentimientos [self-disclosure]**): Ahora yo le tendría que reñir, pero como usted ya adivina todo lo que puedo decirle, creo que es mejor que no nos enfademos. (Haciendo un **señalamiento emocional** seguido de nuevo por una **interpretación sugerida**) Usted siente mucha rabia por la enfermedad que le toca soportar, y me parece que piensa que con esta rabia soluciona algo, ni que sea pasar una parte de la rabia a los que le rodean. ¿Qué le parece si nos tomamos un período de reflexión usted y yo? Pensamos en todo esto y nos volvemos a ver en tres semanas.
- /14/Paciente: ¿Y estas pastillas tan importantes que me tenía que dar?
- /15/Entrevistador: ¡Ah!, no tienen importancia. Podemos esperar tranquilamente estas tres semanas.
- /16/Paciente: No, no, prefiero que me las dé.

Observe como el profesional se lleva el gato al agua. Primero activa la parte infantil del paciente con afirmaciones que son rápidamente desmentidas, pero en /11/ desvela el juego, y en este mismo instante el placer de jugarlo se evapora. Evite dar la menor pista de que «ganamos o perdemos» en función de lograr tal o cual conducta del paciente. Nadie gana ni pierde, y en cambio cualquier apelación a ello nos trasladaría de nuevo a un juego inmaduro.

Recuerde, ante un paciente inmaduro que no acepta su enfermedad:

- No confunda paciente inmaduro con paciente con trastorno cognitivo.
- Evite convertirse en profesional-desagüe. Evite reñir o apelar a «culpas».
- Practique la respuesta evaluativa: «me interesa su opinión/cómo vive el problema/lo que piensa».
- No permita tampoco imputaciones de culpa y apele, en cambio, a la autonomía y libertad del paciente: «entiendo que si no hace el tratamiento es porque usted lo ha decidido libremente, a fin de cuentas sólo es usted quien sale ganando o perdiendo».

El paciente que acaba de perder a un familiar o allegado

La Sra. H ha solicitado hora para la enfermera, y apenas entra en su despacho se pone a sollozar. La enfermera se sienta a su lado y trata de consolarla.

- /1/E: ¿Qué le ocurre?, ¿por qué llora así?
- /2/P (alargando un papel): Mire, mire usted...

Se trata de un informe hospitalario en el que se indica el fallecimiento de su madre de manera repentina, por shock séptico.

- /3/E: ¡Dios mío!, es terrible, así de sopetón... tiene que estar destrozada...
- /4/P: Los médicos me decían que no era nada, que podría restablecerse, que posiblemente era una pulmonía, pero yo la veía mal, y mal... y al final me hicieron caso y la ingresaron en la UCI, pero ya ve... fue demasiado tarde...

/5/E: Créame que lo siento muchísimo... era una mujer tan dulce, tan buena persona... ¿quiere una pastilla, algo para calmarla?

/6/P: No hay quien me quite la pena... prefiero no tomar nada, gracias.

/7/E: ¿Quiere que le demos visita para el médico o para un psicólogo? Un antidepresivo puede que le vaya bien...

/8/P: No, de momento no, gracias.

1. ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de este diálogo?

Puntos fuertes: aproximarse a la paciente para consolarla, descubrir sus emociones de tristeza y solidaridad en /5/, alabar a la finada también en /5/, y ofrecer ayuda en /7/.

Puntos débiles: pedir explicaciones en /1/ por los repentinos sollozos, en /3/ expresiones y juicios que califican la situación antes de que lo haga el propio paciente, y, finalmente, verse en la obligación de ofrecer algún tipo de alivio al sufrimiento en /5/ y /6/.

2. Este perfil de puntos fuertes y débiles... ¿a qué profesional corresponde?

Corresponde a un profesional con buenos sentimientos, más capaz de simpatizar que de empatizar con las emociones del paciente y, por consiguiente, con un *escaso dominio de la distancia terapéutica*. La alta reactividad emocional le conduce también a tratar de aliviar «ahora» el sufrimiento del paciente, a «hacer algo» en respuesta a las expresiones de dolor.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

He aquí algunas normas:

1. No se vea obligado a actuar o a proponer acciones. En eso consiste, precisamente, la capacidad de **contención emocional**.

2. No califique la situación del paciente. Deje que los adjetivos lo coloque él/ella.

3. Permita silencios de elaboración. Aprenda a tolerarlos e incluso a utilizarlos como si fueran una técnica más.

4. Entre en el mundo del consultante: cómo ha vivido la muerte, si tiene quejas, deseos no cumplidos en relación al finado, u otros aspectos relativos a su vivencia espiritual.

5. No tema hablar de ideas religiosas aunque usted profese otra religión o sea agnóstico o ateo. Resulta perfectamente posible hablar de ello sin tener que revelar sus propias creencias, siempre desde el respeto y apoyo a las creencias del consultante, cuando éstas son constructivas y reparadoras.

Por ejemplo:

E: Para mí es una sorpresa tremenda, créame que lo siento mucho.

P: Ya ve, todo parecía una pulmonía sin importancia, y yo la veía mal, pero los médicos no me hacían caso hasta que ya fue demasiado tarde.

E: ¿Se ha quedado con la impresión de que se hubiera podido hacer más de lo que se hizo?

P: Probablemente no... Creo que eran muy buenos profesionales, pero yo veía a mi madre muy rara, y ellos no le daban importancia.

E: ¿Y usted cómo ha quedado desde el punto de vista anímico?

P: Tengo una tristeza muy honda, ya sabe cuán unidas estábamos...

La enfermera asiente y ambas se quedan calladas unos segundos (**silencio funcional** de elaboración), hasta que la paciente reanuda su intervención.

P: Pero sé que esta pena la tengo que pasar, que ella está ahí, noto su presencia..., no sé si me entiende...

E: Sí, creo que sí... es como si no estuviera sola...

P: Eso es. Sé que ha fallecido, pero las dos rezábamos mucho para cuando llegara este momento, y ahora que ha llegado sé que ella me mira desde alguna parte, y me da ánimos.

Recuerde, cuando acompañamos al consultante en un duelo reciente:

- No se vea en la obligación de «hacer» algo.
- Entre en el mundo del consultante, en la relación que mantenía con el finado, en su perspectiva vital y espiritual.
- Trate de representar los deseos positivos del finado hacia el/la paciente: ¿qué cree que le diría él/ella si pudiera hablar con usted?, ¿cómo cree que le gustaría verle, así de triste o más alegre?...

El paciente que aún no tiene diagnóstico o que no sabemos orientar etiológicamente

Observe este diálogo:

/1/Madre: ¿Y entonces, qué tiene mi nene?

/2/Pediatra: Pues no lo sé, pero parece banal.

/3/Madre: Pues será eso, pero la otra vez que usted me lo dijo lo tuvimos que llevar al hospital, y nos dijeron que tenía un principio de pulmonía.

Y también este otro:

/1/Médico: Señor José, le hemos hecho muchas pruebas, de sangre y orina, radiografías de los huesos, le he enviado también al especialista del corazón y de los huesos. El caso es que aún no sabemos con certeza de dónde le vienen estos dolores, ni la fiebre. Sabemos que no es del pulmón, como sospechábamos en un inicio, y ahora nuestra atención está puesta en investigar las vísceras del abdomen. Hemos de continuar haciéndole pruebas para llegar al fondo de la cuestión... ¿tiene preguntas?

/2/Paciente: ¿Puede ser cáncer?

/3/Médico: Es poco probable, pero en estos momentos tenemos casi 50 enfermedades que pueden darnos los síntomas que usted tiene. Sería poco oportuno que yo se las mencionara, porque le asustaría y de las 50 al final sólo nos tiene que quedar una. ¿Para qué asustarle con las 49 restantes, no le parece?

Comentarios

1. ¿Cuáles son los puntos fuertes y débiles de estos dos diálogos?

En el primer diálogo el pediatra dice: /2/Pediatra: Pues no lo sé, pero parece banal.

Esta respuesta es formalmente correcta y honesta, pero poco apropiada para una madre cargada de ansiedad. La palabra banal, no lo olvidemos, tiene **alto contenido emocional**.

En el segundo diálogo apreciamos varios aciertos del profesional: expone las pruebas que se han realizado, las interconsultas, por donde se dirigen ahora las pesquisas, y ofrece **bidireccionalidad**. El paciente aprovecha para preguntar si puede tener cáncer, a lo que el médico menciona un amplio diagnóstico diferencial que no excluye esta posibilidad. Es una respuesta honesta, aunque el número de «50» enfermedades puede resultar un poco exagerado.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En primer lugar, debemos ser muy honestos y no inventarnos diagnósticos. El reto principal del clínico está incluso antes de los diálogos que referíamos: está en el simple hecho de reconocer que *no sabemos* (lo que en el capítulo 2 llamábamos *punto de perplejidad*). A partir de aquí, ya hemos mencionado: aludir a las pruebas que se le han hecho, no banalizar la ansiedad del paciente o de los familiares, preguntarles incluso qué enfermedades temen, e incriminarles en lo que buenamente sea correcto. Por ejemplo:

Madre: ¿Y entonces, qué tiene mi nene?

Pediatra: Es pronto para decírselo. De momento tiene fiebre y su estado general es bueno. ¿Usted tiene miedo de que tenga una enfermedad en concreto?

Madre: Como tiene tanta fiebre pienso que pueda ser meningitis.

Pediatra (empatía): Es comprensible que tenga este miedo. Sin embargo, el estado de la pequeña es muy bueno, no tiene rigidez de nuca, está muy despierta ¿se da cuenta?, y en estos casos este diagnóstico es casi imposible. Los pulmones también están bien y los análisis de orina y de sangre, por otro lado, nos indican que la niña está básicamente bien, que la infección no es grave. Hay una pasa de virus que empiezan con fiebre y luego inflaman un poco el estómago y los intestinos. Tal vez sea eso. De todas maneras, ahora pueden marcharse para casa, porque es donde más cómoda va a estar la niña, y aquí ya no le haríamos nada más. (Ofrece controlabilidad) Pero eso no quiere decir que nos vayamos a estar quietos. Quiero que le tome la temperatura y la apunte en esta gráfica, y si observa... no dude en traerla de nuevo.

Imaginemos que el diálogo prosigue así:

Madre: ¿Y qué le doy? ¿No le podría mandar un antibiótico?

Pediatra: Sin un diagnóstico siempre lo evitamos. Si es la pasa que ahora tenemos de este virus que ataca el sistema digestivo, el antibiótico nos perjudica más que beneficia. Y si es otra cosa, el antibiótico puede que nos transformara el caso sin resolverlo, y entonces dificultaría el diagnóstico para cuando nos volviera.

En el segundo caso, nos parece correcto como ha llevado la entrevista el profesional. Si acaso el lector puede considerar este otro final:

M: Pensamos en muchas enfermedades, por fortuna la mayoría buenas, aunque las malas también nosotros tenemos obligación de pensarlas para que no se nos escapen. Mencionarle ahora todas estas enfermedades podría confundirle de manera innecesaria. Hemos de esperar a tener más pruebas y decirle cosas más seguras.

Recuerde, ante un paciente sin diagnóstico:

-
- La honestidad es innegociable, aunque suponga decepcionar al paciente o disminuir nuestro prestigio.
 - Cuente por igual lo que sabe y lo que no sabe. Averigüe los miedos del paciente o de sus familiares y discuta con ellos si tienen alguna base o racionalidad.
 - Evite expresiones que den a entender que no nos preocupamos o que minimizamos la importancia del caso, o que pensamos que el paciente o sus familiares «son unos exagerados».
-

Conceptos avanzados

Hemos destinado los dos capítulos precedentes a recoger buenos datos para buenos diagnósticos. Hemos examinado someramente cómo producíamos unas hipótesis tempranas, la importancia de saber replantear estas hipótesis y algunos procedimientos para educar nuestro pensamiento intuitivo, entre otras cuestiones. En el presente capítulo hemos partido de la base de que ya tenemos un diagnóstico o problema para comunicarlo al paciente, y nos hemos esforzado en adquirir técnicas informativas y técnicas para motivarle a la adherencia. ¿De qué manera influimos sobre los pacientes? Ésta es la primera cuestión que abordaremos.

Modelo de influencia interpersonal

Proponemos un modelo para explicar la susceptibilidad de nuestros pacientes al cambio y a la influencia de nuestros consejos de salud. El propósito es que el profesional ajuste la mejor estrategia a cada perfil de consultante. Tal como desarrollaremos en el próximo capítulo este modelo parte de las evidencias acumuladas por el Health Belief Model, y se concreta en tres propuestas y una premisa. La premisa es la siguiente: un cambio conductual que se efectúa por la mera intercesión de la palabra exige siempre capacidad cognitiva, es decir, capacidad para imaginar «otras conductas» y planificarlas. Resulta absurdo aplicar sofisticadas técnicas de persuasión verbal en pacientes con claras limitaciones cognitivas. Las tres propuestas son:

1. Las personas estructuran un «núcleo de conductas de gratificación» (de tipo sensorial, apetito sexual o alimentario, actividades lúdicas, dependencia a drogas, etc.) bastante estable, pero con cambios que en general coinciden con las etapas del ciclo vital. A lo largo de la vida somos proclives a ampliar las conductas que favorecen este núcleo, sobre todo si son conductas adictivas, pero nos cuesta mucho asimilar otras que supongan renuncias, o aprender a disfrutar de algo que en primera instancia requiera esfuerzo. En conclusión, cada persona tiene una **inercia de hábitos** que la hace más o menos cerrada a adquirir nuevos hábitos que supongan esfuerzo. La mejor manera de provocar un cambio es demostrando al paciente que, en general, no saldrá perdiendo en su balance de gratificaciones.

2. Hay dos rasgos de carácter que explican, en parte, la gran variabilidad de respuesta que observamos a nuestros esfuerzos educativos: a) la percepción de eficacia, la sensación de «tener y disponer de nuestra vida», es decir, creer que somos los artífices de nuestra biografía; en un par de palabras: *locus* de control interno, y b) la curiosidad por ensayar nuevas pautas de conducta, tomar riesgos para experimentar. Los dos rasgos se cruzan para darnos cuatro tipologías: personas curiosas con *locus* interno, curiosas con *locus* externo, conservadoras con *locus* interno y conservadoras con *locus* externo. A su vez existen cuatro posiciones básicas en la manera de influirnos mutuamente, sea cual sea el escenario social (tabla 4.8). A efectos prácticos: el modelo predice que las personas curiosas con *locus* interno tendrán mejor abordaje con un estilo de consejos y persuasión explícita, en tanto que las conservadoras con *locus* externo, mediante órdenes implícitas, tipo modelado.

3. Finalmente, establecemos una «pirámide del cambio» (figura 4.2), en la que establecemos un segmento de la población directamente influenciado por los consejos de salud, un segmento vulnerable a un acercamiento motivacional, y un vértice de la pirámide completamente resistente al cambio. Esta pirámide distingue entre **paciente «precontemplativo»** y **resistente al cambio**. A efectos prácticos: debemos diagnosticar en qué punto está nuestro paciente para decidir si directamente aplicamos lo que llamamos «técnicas de

Tabla 4.8.
Modelo de influencia interpersonal

| Modalidad | ⇒ | Consejo | Persuasión | Negociación | Orden |
|-----------------------------|---|---------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| La influencia es inaparente | ⇒ | Consuelo inoculado | Persuasión motivacional | Negociación por deslizamiento | Orden: – Amable – Sugerida – Modelado de conducta |
| La influencia es explícita | ⇒ | Consejo explícito | Persuasión confrontativa | Negociación posicionada | Orden explícita |
| Dirección de la influencia | ⇒ | Unidireccional | Bidireccional | Bidireccional | Unidireccional |
| Grados de libertad | ⇒ | Resolución electiva | Resolución electiva | Resolución forzada | Resolución forzada |

motivación intrínsecas» o «extrínsecas» (tabla 4.6), ahorrando esfuerzos en una línea equivocada.

En este capítulo desarrollaremos los puntos 2 y 3, dejando el primero para el capítulo 5.

Observe la tabla 4.8 y los ejemplos que a continuación brindamos para una mejor comprensión de las cuatro modalidades: consejo, persuasión, negociación y orden.

Modalidad de negociación

La veremos en detalle en el próximo capítulo, pero avancemos que en ella hay dos protagonistas que desean cosas distintas. Toda negociación acabará por consiguiente en un acuerdo, un aplazamiento o un desacuerdo, es decir, tienen una resolución *forzada*.

Modalidad de orden

Damos más órdenes de las que nos parece: «tome tal pastilla tres veces al día, no fume, ¿sería tan amable de pasar a la camilla?» Órdenes sugeridas o amables no se perciben como

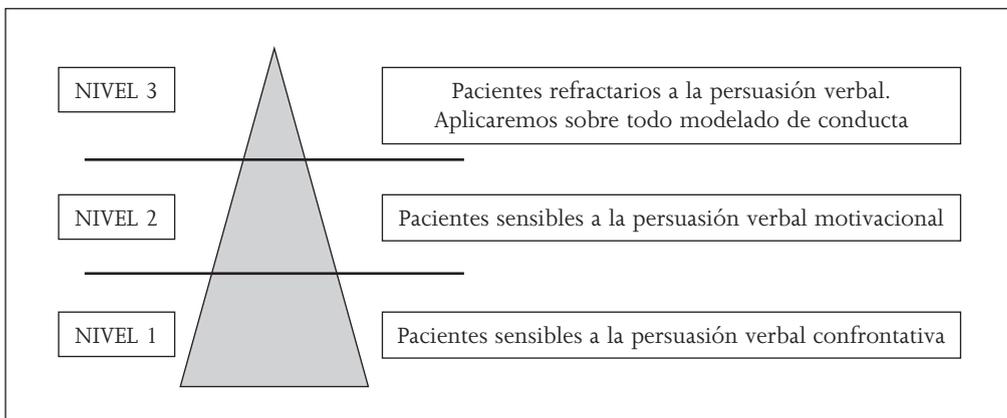


Figura 4.2.
La pirámide del cambio

Conceptos avanzados

órdenes («¡haz esto!»), pero lo son. Las órdenes con emplazamiento («si no hace tal cosa antes de tal día prepárese para las consecuencias»), son posiblemente las que más presión colocan sobre los protagonistas. La resolución también es forzada (obedecer o desobedecer).

Modalidad de consejo

En la modalidad de consejo el profesional emite un mensaje con intención de influir al paciente, sin necesariamente establecer un diálogo sobre el asunto (unidireccional), y dándole margen para que haga lo que desee hacer (es decir, resolución electiva). Por ejemplo:

Consejo inoculado: el paciente no se percata de que lo recibe, ya sea porque queda disfrazado como una buena voluntad del profesional («ojalá un día me vengas y me digas, ¡he dejado de fumar!»), un escenario imaginado («el otro día me vino un paciente y me dijo, «he dejado de fumar», y yo pensé, he aquí una persona que se ha propuesto vivir un poco más y mejor»), o un mensaje de identificación grupal («casi todos mis pacientes han optado por dejar de fumar»), entre otras posibilidades.

Consejo explícito: el mensaje es muy claro, en realidad anunciado por el mismo profesional («voy a decirle lo que le aconsejo que haga»), o situado en una fase de la entrevista que no ofrece la menor duda. Pueden ser mensajes de **contenido argumentativo** («si adelgaza esta presión sanguínea va a mejorar»), **identificativo** («hacer tal cosa suele sentar muy bien a todas las personas»), o **emocional** («si no lo hace siempre tendrá la duda de no haberlo intentado»).

Modalidad de persuasión

La principal diferencia entre consejo y persuasión es que, en esta última, establecemos una relación bidireccional. Hay diálogo. Buscamos diálogo. Pero el resultado final de este diálogo ambos actores (profesional y paciente) entienden que es electivo. Nadie fuerza a nada, ya que si coaccionamos u ordenamos dejamos de persuadir. La gracia, y la fuerza de la persuasión es que el otro se avenga a hacer lo que queremos *desde su libertad*. Vale la pena mencionar que la persuasión, como el resto de modalidades, suelen ser usadas del profesional hacia el paciente, pero muchas veces también surgen del paciente hacia el profesional. Por ejemplo:

Paciente: ¡Me gustaría tanto que un día viniera a casa para visitar a Fermín! El pobre ya no puede moverse de la silla y siempre dice, «¡si viniera a verme mi enfermera!».

Paciente: Yo así no puedo estar. Habrá que hacer lo que sea, una radiografía o que me mande al especialista, pero algo habrá que hacer.

También es importante señalar que no son compartimentos estancos. Un consejo puede derivar en persuasión o negociación, por voluntad de una de las partes por abrir un diálogo. Por ejemplo:

Enfermera (**consejo argumentativo**): ¡Nos iría tan bien que dejaras de fumar!

Paciente: ¡Lo que fumo ni se nota en comparación del humo que tengo que tragar en el trabajo!

Enfermera (cambiando a **entrevista motivacional**): ¿Nunca te has propuesto dejar de fumar?

Paciente: Una vez intenté dejarlo pero no sirvió de nada. (Orden amable) De verdad que no va a servir de mucho que hablemos de este tema, yo venía por mi pierna...

La persuasión puede basarse en un proceso interno del paciente, en cuyo caso el paciente casi no nota que estemos intentado persuadirlo, o bien el proceso es muy explícito: intentamos que el paciente adquiera una conducta que etiquetamos de «buena», «útil» o «conveniente». A la primera modalidad la llamamos **motivacional**, y la analizaremos a continuación, mientras que la segunda suele llamarse **confrontativa o directiva**. Pasemos a profundizar en la persuasión (en el próximo capítulo analizaremos las órdenes y la negociación), pero digamos que estas cuatro modalidades no agotan el modelo. Podríamos considerar, por ejemplo, la **manipulación** como otra posibilidad (eso es, hacer creer que con una determinada acción el contertulio ganará una prebenda, cuando en realidad nos mueve otro fin), o la **fascinación** (dejar en suspenso el espíritu crítico del contertulio apelando a emociones poderosas). La frontera entre persuasión y coacción puede ser muy tenue (p. ej., una amenaza velada de abandono, o un clima emocional airado), como también entre persuasión y manipulación, por ejemplo si ocultamos datos, o los exageramos.

El arte de persuadir

¿Cuál es nuestro **estilo natural** cuando tratamos de cambiar hábitos dietéticos, tóxicos, farmacológicos o de otro tipo? Por lo general, usamos un **estilo de confrontación**: «este consumo de alcohol le perjudica... debería dejarlo, ¿se ve con ánimo?» Es un estilo directo, honesto y que funciona en un porcentaje nada despreciable de pacientes. ¿Y cuando este abordaje falla? Por lo general, aplicamos la regla de «más de lo mismo», tal vez asustando más, o añadiendo más autoridad al mensaje: «todos los expertos en esta materia le dirían lo mismo que le digo yo». En este apartado veremos que hay otra modalidad complementaria a la de tipo confrontativo, la llamada **entrevista motivacional**.

La entrevista motivacional nació con el fin de abordar a pacientes alcohólicos especialmente reacios al consejo médico. Miller (1999) se dio cuenta de que cuando estos pacientes eran abordados con el **método natural** de estilo confrontativo, comentado anteriormente, oponían a veces una resistencia al cambio difícil de superar. El profesional respondía a estas resistencias siguiendo la máxima de «más de lo mismo». El ciclo era más o menos el del esquema de la página siguiente.

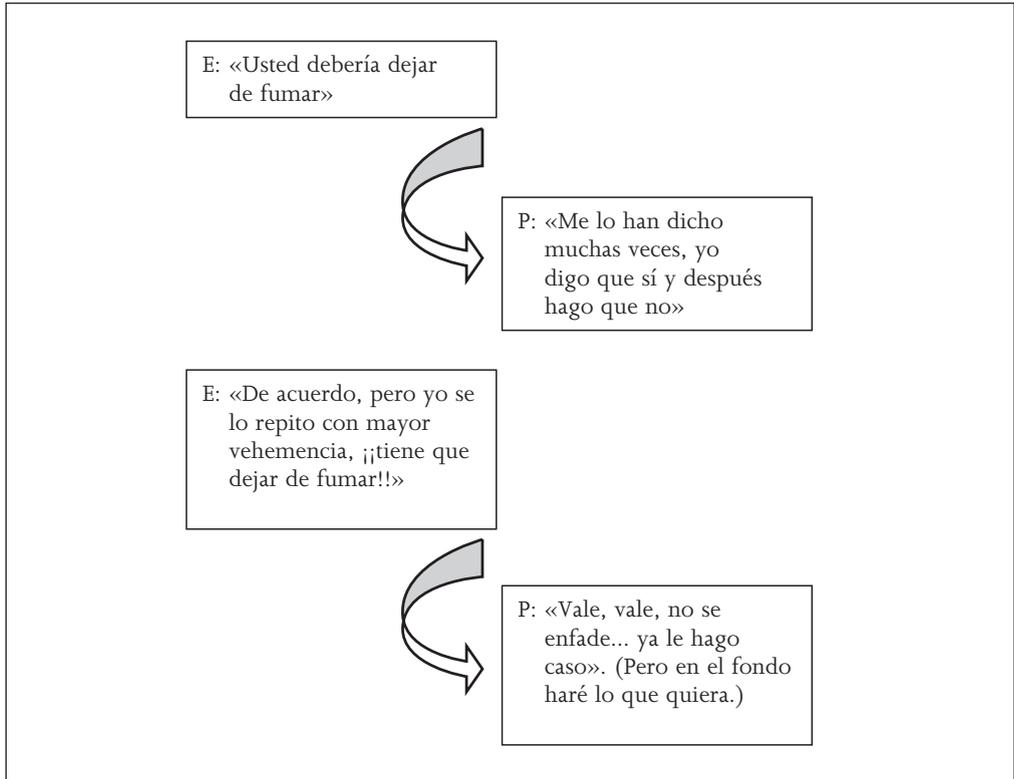
Este ciclo, en el mejor de los casos, conduce a **persuaciones aparentes**. Miller propone otro tipo de abordaje, algo así, en palabras suyas, a una «maniobra de judo». Toda vez que estos pacientes reproducen esquemas defensivos perfectamente ensayados, es decir, aplican una serie de resistencias ya probadas en diálogos con amigos y familiares, hay que ensayar maniobras que **provoquen sorpresa**. Imaginemos que el paciente se justifica así:

- A mí no me perjudica beber.
- Yo sé controlarme.
- No voy a tolerar que se metan donde no les importa.
- Etcétera.

Si el profesional activa de manera inocente estas resistencias, los diálogos subsiguientes son **del todo previsibles**, aburridos y de final archiconocido. Toda vez que no hay oportunidad para la sorpresa, tampoco la hay para el cambio. ¿Cómo lograr «otra manera» de dialogar con el paciente? Se basa en cinco principios:

Crear un clima empático propicio

Tenemos que crear un entorno escrupuloso con la autonomía del paciente: «yo sólo voy a influirle hasta donde usted se deje, y en todo caso no espere de mí un sermón». El clima emocional es lo más importante.



Crear la discrepancia

No hay peor enemigo para una de nuestras creencias, apuntaba William James (1997), que el resto de nuestras propias creencias en contradicción con ella. Pues bien, en eso consiste crear discrepancias. Aquí reside la maniobra de judo que nos apunta Miller. Nosotros propusimos el término de **reconversión de ideas** para este mismo proceso, y apuntábamos el siguiente diálogo como esclarecedor (Borrell F, 1989):

Paciente: Soy un esclavo de la insulina.

Entrevistador: ¿No le parece que acudir cada mes a urgencias con una descompensación de su diabetes es ser más esclavo? Tal vez ocurra exactamente lo contrario: la insulina evita que sea usted esclavo de la diabetes.

El concepto clave es encontrar una creencia del paciente opuesta al resto de creencias que intentamos modificar, y una de las frases clave en este tipo de diálogos es: «tal vez ocurra exactamente lo contrario de lo que usted supone».

Las frases que podemos construir son muy variadas. Crear la discrepancia suele ser el punto más difícil del método, y en realidad los entrevistadores expertos tienen una serie de «trucos» que activan para las situaciones-problema más usuales. Por ejemplo, cuando abordan a un paciente que ha dejado la bebida, pero que no es capaz de dejar el tabaco, puede que de manera automática se les ocurra:

– «Me pregunto por qué razón es usted pesimista en relación a dejar el tabaco, cuando en realidad pudo dejar con éxito la bebida.»

- «Usted dejó la bebida, según me contaba, por el ejemplo negativo que daba a sus hijos... ¿es diferente en el caso del tabaco?»
- «Usted se vio bastante mal y reaccionó dejando la bebida. Me pregunto hasta dónde tendrán que llegar las cosas para que reaccione en el caso del tabaco»...

Evitar argumentar

Este principio es coherente con lo que decíamos anteriormente: el entrevistador en realidad «no está» en la elaboración argumental que se produce. El protagonista es el paciente. En realidad, el profesional actúa como facilitador de este proceso argumentativo, eso sí, encauzándolo debidamente. Lo que busca es que el paciente «se convenza a sí mismo».

Absorber la resistencia

Cuando aparecen los argumentos apuntados («yo sé controlarme la bebida») en lugar de seguir por el camino del paciente, absorberemos esta resistencia («sí, cabe la posibilidad de que en parte la controle»), para redireccionar hacia otro aspecto del hábito donde no exista una defensa bien articulada, por ejemplo: «sin embargo, su hígado parece decirnos «¡basta!», si consideramos la inflamación que le vemos. ¿Qué cree que nos están diciendo estas transaminasas tan altas?».

Favorecer el sentido de autoeficacia

El mensaje de fondo es: «¡usted puede hacerlo!», «todo lo que ha hecho hasta ahora es ya mucho», «simplemente por el hecho de venir a la consulta estamos avanzando»...

La pirámide del cambio

El estilo confrontativo puede funcionar para un porcentaje de pacientes, y desde luego requiere menos habilidades y esfuerzo del que pide una entrevista motivacional. Por consiguiente, la figura 4.2 expresa lo que puede ser un enfoque realista de la cuestión. En la base de la pirámide tendríamos una parte sustancial de los pacientes, los cuales sin mayores resistencias están abiertos a un consejo para mejorar su salud, sobre todo si los hábitos que deben cambiar no tienen un componente importante de dependencia psicofísica.

Para estos pacientes suele bastar una enunciación directa como las que hemos estudiado, prefieren consejos explícitos con mensajes de identificación grupal e incluso órdenes tipo modelado de conducta, en pacientes conservadores y con *locus* externo.

En el vértice del triángulo encontraríamos a los pacientes inabordables a cualquier intento verbal de cambio. Eso es importante reconocerlo para evitar expectativas poco realistas por parte del profesional. Hagamos lo que hagamos *meramente con la palabra* no lograremos cambios en este sector de población. Se precisan medidas externas a su propia voluntad para darles un empujón, lo que llamamos modelado de conducta; por ejemplo: un tutor que administra las pastillas, recordatorios, alguien actúa como modelo e induce a una conducta imitativa, etc.

Entre estas dos poblaciones tenemos a los pacientes que, debidamente motivados, serán capaces de cambiar, es decir, serán ellos mismos motor de cambio. Aquí es donde aplicaríamos las técnicas propias de la entrevista motivacional.

Este enfoque que defendemos aconseja que el profesional sepa pasar sin problemas de un estilo confrontativo a un estilo motivacional. Es un **modelo de cambio centrado en la relación**, pues atiende sobre todo a la impresión que el clínico recibe de cuán abierto o cerrado al cambio está su paciente, y tanea la percepción de eficacia del sujeto a medida que avanza la entrevista. Los principios básicos son:

1. El clima emocional del encuentro es más importante que los contenidos verbales que se intercambian. Todos los esfuerzos los encaminaremos a forjar una alianza terapéutica.

2. Un clima emocional de culpa levanta resistencias que difícilmente pueden sortearse, sean cuales sean las habilidades verbales que apliquemos.

3. En un clima emocional de cooperación es posible retar y confrontar a nivel verbal. En realidad es posible casi todo (incluso equivocarnos en los mensajes), a condición de mantener la buena relación.

4. No hay una secuencia preestablecida en el sentido de iniciar una entrevista confrontativa y pasar a una motivacional si la anterior no funciona. Algunas veces es preferible directamente la motivacional, e incluso a veces pasamos directamente a modelado de conducta. En la tabla 4.9 resumimos algunos consejos orientativos.

Un ejemplo clarificará estos principios, por lo demás muy coherentes con las últimas aportaciones de Miller y Rollnick (2002). Imaginemos la siguiente escena:

Entrevistador (tras atender al paciente por un dolor de espalda, y con apenas un minuto más para destinarlo a la cesación tabáquica): Señor Vicente, ¿ha considerado usted alguna vez la posibilidad de dejar de fumar?

Paciente: No creo que sea capaz. Lo he intentado otras veces pero no lo he conseguido.

Tabla 4.9

¿Cuándo usaremos...?

Consejo inoculado: cuando deseamos sortear resistencias que sabemos que existen, con una idea que quedará residente en algún lugar no muy consciente del paciente, movilizándolo discrepando con el resto de creencias predominantes del propio paciente. Ideal para pacientes muy cerrados, «conservadores».

Consejo explícito: cuando deseamos establecer de manera clara dónde está «la realidad» o la «objetividad» de un determinado tema, es decir, «anclamos» al paciente a un diagnóstico para que tenga un norte y un sur hacia el que orientarse. También ideal para pacientes cerrados, para ir preparando futuras intervenciones nuestras o de otro profesional.

Persuasión motivacional: cuando tratamos de que sean las creencias favorables al cambio, que ya residen en el propio paciente, las que logren sorprenderle. Evitamos activar las resistencias «aprendidas y ensayadas» reiteradamente por el paciente. Ideal para pacientes cerrados pero que pueden y saben razonar.

Persuasión confrontativa: cuando pensamos que el paciente no tiene bien estructuradas sus resistencias, o incluso que no tiene aún resistencias al cambio «ensayadas», por lo que reflejamos la situación clínica y proponemos un plan. Ideal para pacientes abiertos al cambio, con percepción de eficacia.

Negociación: cuando adivinamos que el paciente desea algo concreto, y el dilema está en «hacernos los sordos», o bien aproximar posiciones (es decir, negociar), pues de otra manera perdemos la confianza o incluso al mismo paciente. Ideal para pacientes «con posiciones tomadas», en general con percepción alta de eficacia.

Órdenes: cuando la situación clínica exige unas medidas determinadas y no hay obstáculo por parte del paciente, quien desea realizar las medidas que le proponemos. Suelen ser pacientes con locus externo, o que se nos abren a nuestra influencia. Si hay resistencia, nos vamos a modalidades de persuasión o negociación.

Entrevistador: Sería estupendo que se motivara para ello. Sus bronquios empiezan a resentirse...

Paciente: A la presente... no me puedo quejar.

Entrevistador: Observe como el más pequeño constipado deriva en bronquitis.

Paciente (enfadándose): Eso es verdad, pero se debe a que usted no me da nada para aumentar las defensas. ¡Con la de cosas que hay hoy día!

Entrevistador (observa que el clima emocional se ha hecho inestable, por lo que ya no puede proceder en el nivel 1 de la figura 4.2. Ahora bien, si opta por el nivel 2, debe proceder a absorber la resistencia, como en efecto hace): Podría ser, podría ser que en efecto a usted no le perjudicara el tabaco, ¿es eso lo que usted piensa?

Paciente: Me relaja.

En este punto el entrevistador podría fácilmente crear discrepancia. Por ejemplo: «pues si le relaja, ¿le podríamos recomendar un pitillo a su hijo cuando esté nervioso?» Pero eso deterioraría el clima. Una intervención de este tipo sólo sería coherente en un clima de empatía y buen humor, pero no es el caso. Por consiguiente, priorizamos ante todo la alianza terapéutica, por lo que preferiremos:

Entrevistador: Entiendo sus razones. No voy a sermonearle, porque a fin de cuentas es usted quien debe tomar una decisión. Vamos a darle un tratamiento para su espalda, pero si más adelante pensara que vale la pena intentar dejar el tabaco, no dude en pedirme visita.

El modelo de cambio de Prochaska

Prochaska y DiClemente (1983) construyeron un modelo dinámico (figura 4.3) para interpretar cómo se producían los cambios de conducta a lo largo de un período dilatado de tiempo. He aquí algunas de las afirmaciones y consecuencias del modelo:

1. Existe una «fase precontemplativa», en la que el paciente rechaza la expectativa de un cambio porque «ya estoy bien», o porque «acepto los riesgos de continuar fumando», entre otras posibilidades. El sujeto está impermeabilizado al cambio. Podemos hablar con él durante horas y horas, pero no lograremos voluntad de cambio. Tiene que suceder algo importante, una enfermedad, el fallecimiento de un amigo, otra experiencia emocional traumática, o tenemos que aplicar técnicas especiales de persuasión, para que se produzca una fisura (la semilla de la duda) y pueda entrar en fase contemplativa. Por lo general, la fisura la producen hechos que impactan a nivel emocional. Se cumple el aforismo: *sólo nos importa, y nos abre al cambio, lo que nos emociona*.

2. Las personas, por consiguiente, casi nunca cambiamos «de la noche a la mañana» (aunque también hay casos). Experimentamos un período de reflexión y de influencia, la llamada fase contemplativa, en la cual aceptamos que tal vez lo que hacemos no sea lo más adecuado para lograr los fines que deseamos o perseguimos. A esta etapa podemos llegar de manera relativamente rápida (p. ej., un programa de televisión, una charla con un amigo) o de manera extraordinariamente penosa. Pero una vez en esta posición, estaremos receptivos «a cambiar», estaremos «cargando pilas» para dicho cambio.

3. La etapa de cambio es una etapa donde «todo parece moverse», una fase que irradia optimismo y que puede hacernos creer en una fuerza de voluntad que en realidad no existe. Donde sí se pone a prueba esta voluntad es en la fase de mantenimiento. Aquí el sujeto se encuentra frente a frente con el impulso de «volver a fumar», o «beber aunque sólo sea una copa», hasta el punto de magnificar el placer que puede obtener de tales actos.

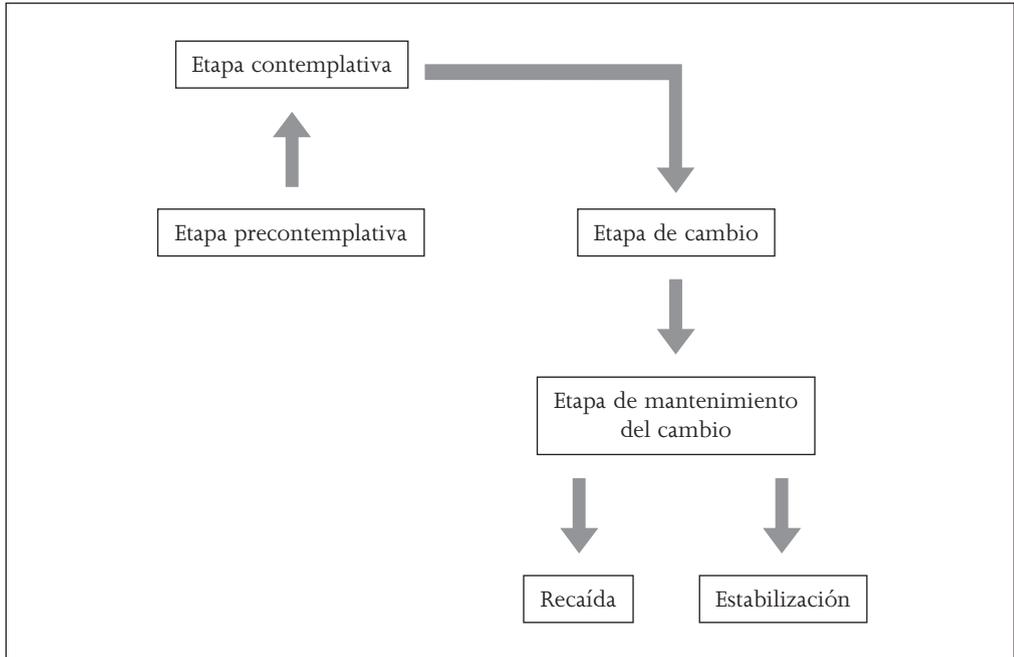


Figura 4.3.
Etapas del cambio conductual

En realidad, en la fase de mantenimiento podríamos considerar que el sujeto «carga pilas» para mantenerse en el cambio conductual, o que «carga pilas» para recaer. *Carga pilas para recaer* si tiene imágenes repentinas en las que se ve fumando, y las permite e incluso las disfruta. *Carga pilas para mantenerse* si las contrapone a imágenes positivas donde se visualiza disfrutando de una naturaleza sin humo, por ejemplo.

En la tabla 4.10 resumimos algunas preguntas adecuadas para averiguar en qué punto se encuentran nuestros pacientes. El profesional de la salud se ve a sí mismo, desde la perspectiva de este modelo, como un facilitador para hacer progresar al paciente de la duda a la certeza, y crear nuevos hábitos (Cebrià J, 2003). Pero la piedra de toque es siempre: ¿qué hacer con los pacientes precontemplativos, con aquellos que resisten cualquier intento de cambio?

Pacientes precontemplativos y pacientes resistentes al cambio

Estamos ya en condiciones de establecer una diferencia importante entre pacientes precontemplativos y pacientes resistentes al cambio. Si sólo tomáramos en cuenta el modelo de Prochaska (figura 4.3) esta distinción no sería tan obvia. Pero si volvemos a la figura 4.2, la pirámide del cambio, convendremos que hay dos perfiles muy evidentes en la clínica cotidiana: el paciente precontemplativo sin grandes defensas (o en vías de formación), que acepta un consejo y trata de seguirlo en la medida de sus posibilidades, y el paciente «resistente», con defensas formadas o una manera imperturbable de «hacer las cosas». Por desgracia, no tenemos un test diagnóstico para distinguir ambos perfiles, y es el fracaso continuado el que nos hará calificar a un paciente de «resistente». ¿Qué podemos hacer con cada uno de estos perfiles?

Tabla 4.10. Preguntas para explorar la motivación

Preguntas de abertura:

- ¿Alguna vez ha pensado en (hacer/dejar de hacer)...?
- ¿Hasta qué punto le preocupa continuar...?

Relación del individuo con el hábito:

- ¿Piensa que esto puede perjudicarlo?
- ¿Hasta qué punto forma parte de su vida, de su manera de hacer?

Profundidad de la motivación:

- ¿Estaría dispuesto a dejarlo?
- ¿Otras veces lo ha intentado o al menos ha pensado en cambiar?
- ¿Qué dificultades prevé?

Tomada de Bosch JM, 1995. (Con permiso del autor.)

Los pacientes resistentes están en el vértice del triángulo. Son personas variopintas. Unas declaran que «hacen todo lo posible», pero a lo sumo han dejado su hábito de manera circunstancial. Aquí encontramos a los drogodependientes que reinciden, y sin duda a los que están en los programas de metadona. Otros pacientes puede que sean incapaces de tomar su medicación de manera metódica, sencillamente porque les falla la memoria. Grandes esfuerzos verbales por parte del entrevistador se siguen de breves períodos de adherencia a los consejos, para volver más tarde a los hábitos que tratamos de erradicar... ¡sencillamente porque se olvidan de sus buenos propósitos! Un entrevistador inexperto puede pensar que «he logrado convencerle», pero en realidad el paciente vuelve a las andadas en poco tiempo.

Este perfil de paciente podría beneficiarse de técnicas de motivación externas, por ejemplo, sistemas de tutorización, recordatorios automatizados, ingresos en clínicas donde se les somete a una determinada disciplina medicamentosa, alimentaria o de otro tipo, etc. Cuando estas técnicas operan durante largos períodos de tiempo, la presión externa puede suavizarse, pero casi nunca desaparecer, como demuestra la experiencia con los centros para drogodependientes. El fundamento ético de una intervención tan enérgica reside en que el mismo paciente nos autoriza a ella, o, si no está en condiciones de decidir, lo harán sus familiares o tutores.

Los pacientes precontemplativos sí están en plena capacidad para decidir. En principio, tienen la puerta cerrada al cambio, pero sólo cuando tratamos de abrirla vemos de verdad con cuánta fuerza la aguantan. No crea que con filigranas verbales se logra «casi todo». He aquí los posibles caminos que se abren:

- Preparar al paciente para que él mismo se percate de los efectos negativos de su hábito:

Entrevistador (aprovechando el final de una entrevista por otro motivo de consulta que ya ha abordado): Si me lo permite me gustaría hablarle un par de minutos de prevención. Observo que es usted un fumador importante... ¿se ha planteado alguna vez dejarlo?

Paciente: No, no. Me relaja mucho, y mi trabajo es de muchos nervios.

Entrevistador: ¿Nunca le han dicho o se ha dicho: «tendría que dejar el tabaco»?

Paciente: Bueno, no sé... tal vez. Pero a mí el tabaco no me perjudica.

Entrevistador (absorbiendo la resistencia): Usted ve al tabaco como su gran amigo, ¿es así?

Paciente: Pues sí, me relaja y me entona para seguir trabajando.

Entrevistador: ¿Nunca se ha visto en una situación como para decirse: «ojalá nunca hubiera fumado»?

Paciente: No, no creo... bueno, hace unos meses quise jugar un partido de fútbol y tuve que dejarlo a los 15 minutos. No podía. Pero supongo que no estoy entrenado.

Entrevistador (absorbiendo y redireccionando la resistencia): Sería una gran idea practicar algún deporte... ¿cuál le gusta?

De manera abrupta, el entrevistador se percata de que no va a lograr mucho en relación al tabaco, pero que si logra que el paciente practique un deporte puede que en un futuro se lo plantee de manera espontánea.

– Gota malaya + consejo inoculado:

Examinemos esta entrevista:

Entrevistador: No intento sermonearle pero si dejara de fumar créame si le digo que vivirá más y mejor.

Paciente: Me lo han dicho otras veces, pero soy duro de pelar.

Entrevistador (absorbiendo la resistencia): Lo curioso del caso es que si usted lo mira como un juego de ganar y perder; precisamente cuando usted cree ganar, y sigue fumando, es cuando en realidad pierde la salud.

Paciente (se encoge de hombros con un mohín de disgusto.)

Entrevistador: Pero pasemos al otro tema, el tema de su azúcar,... etc.

En este caso, el entrevistador es consciente de que no puede tensar la cuerda hasta el punto de romperla. Es preferible dar pequeños mensajes que obliguen a reprocessar, en este caso en forma de consejo inoculado. Los **consejos inoculados** no son objeto formal de discusión. Se administran al paciente para que actúen en un plano semiconsciente. De manera ideal, deben hacer referencia a otro plano de la realidad. Por ejemplo, en el mismo diálogo anterior:

Paciente: Yo creo que he fumado toda mi vida y así acabaré también.

Entrevistador (como para sí, pero lanzando un **consejo inoculado**): ¡Con lo bonito que es ver crecer a los chavales! (Y cambiando rápidamente de tema.) Pase, por favor, a la camilla, que le tomaré la presión.

En este ejemplo, la idea inoculada le dirá al paciente: ¿podrás ver a tus hijos crecer? ¿o antes puede que el tabaco te mate?

– Confrontación + orden:

La puerta está cerrada al cambio, pero el entrevistador aplica una fuerza considerable y... ¡logra abrirla! Esta estrategia está basada en una relación que debe ser no buena, sino excelente. Sobre esta base de amistad, el terapeuta realiza una confrontación muy directa, a la

que sigue un plan de acción que no negocia, sino que ordena (aunque con *amabilidad*). Por ejemplo:

Entrevistador: Señor Vicente, ha llegado un momento en que ya no podemos continuar así. El tabaco le está literalmente destrozando los pulmones. Si seguimos por este camino en menos de cinco años le veo con la bombona de oxígeno en casa. Es el momento de dejar de manera definitiva y radical el tabaco. ¿Se acerca alguna fecha que para usted sea significativa?

Paciente: El próximo 10 de abril es mi cumpleaños.

Entrevistador: Muy bien, pues podemos poner esta fecha para dejar radicalmente de fumar, ¿qué le parece?

Paciente: No, no, si usted dice que tengo que dejarlo y me lo dice tan serio, lo dejo mañana mismo. Mire, tome esta cajetilla, ala, y la tira. Ala, ya está decidido, no fumo uno más.

Entrevistador: Así se habla, me alegra mucho su decisión. Piense una cosa, lo que acaba de hacer es un paso increíble para mantener su salud. Por más pastillas que se tomara jamás podría hacer nada mejor que lo que acaba de hacer. Estoy muy contento.

Este tipo de estrategia puede parecer paternalista o autoritaria, pero el caso es que *funciona*, y funciona con pacientes recalcitrantes. Así pues, ¿no estamos éticamente obligados a probarla, aunque estéticamente desagrada? Suele argumentarse que las apelaciones al miedo pueden activar más la huida que el afrontamiento. Ordoñana (2000) realiza una amplia revisión del tema, distinguiendo entre respuestas de *control del peligro* (conducir de manera más prudente) y de *control del miedo* (no escuchar los anuncios televisivos que me recuerdan la posibilidad de accidente si conduzco deprisa). ¿Qué me cuesta afrontar el peligro? ¿Soy capaz de conducir de manera más prudente? Si con ello renuncio a esta adrenalina tan reconfortante, no me sale a cuenta, luego es mejor controlar las fuentes que tratan de inocularme el miedo (incluso cambiando de canal televisivo). Sin embargo, en un clima relacional presidido por la cordialidad y el apoyo empático, el paciente suele responder de manera positiva. La razón es sencilla: el profesional hace de puente para que el miedo pueda dirigirse hacia una conducta racional. Predomina la motivación por evitar el peligro al simple «enroque» y el profesional actúa como facilitador. Advertencia: la técnica de «confrontación más orden» hay que utilizarla cuando verdaderamente esté justificada. De lo contrario, caeríamos en un estilo histriónico del que sólo se derivan *fuegos fatuos*. Los pacientes acaban por conocer nuestro estilo y, por si fuera poco, *se ajustan* a éste.

¿Confrontar o motivar? La técnica del anclaje indirecto

Lea estos dos diálogos:

Estilo confrontativo:

Paciente: Yo no soy alcohólico. Puedo controlar lo que bebo.

Entrevistador: Usted es alcohólico y cuanto más tarde en admitirlo más tardará en tomar medidas para solucionarlo, y más deterioro se producirá en su salud y en sus relaciones familiares.

Estilo motivacional:

Paciente: Yo no soy alcohólico. Puedo controlar lo que bebo.

Entrevistador: De acuerdo, olvidémonos de esta palabra. A mí lo que me interesa es que hablemos de las cosas que no marchan bien en casa, y de los síntomas que usted me refiere, digestivos y de impotencia sexual.

En este punto encontraríamos defensores a ultranza de ambas estrategias. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, ambas pueden ser correctas... ¡en función de la relación asistencial que hayamos establecido! Será la apreciación que hagamos de las resistencias del paciente, del esfuerzo personal que podamos dedicarle, y del tiempo disponible, la que nos hará inclinarnos por la confrontación (inversión energética superior pero en un plazo de tiempo más corto), o por un abordaje motivacional (mejor eficiencia a medio plazo, pero requiere inicialmente la capacidad de demorar la resolución de la entrevista).

Sea cual sea la estrategia es importante recordar que somos brújulas para los pacientes. Nuestros comentarios les orientarán sobre si «lo suyo es grave» o «puede esperar». Somos un referente «externo» que señala un norte. Por esto insistimos en que un estilo motivacional no debería caer en el relativismo, en un «todo puede ser si así usted lo quiere». En algún momento de la entrevista debemos dejar clara nuestra postura, por ejemplo: «dejar de beber es lo mejor que puede hacer para su salud». El dilema de *poner o no poner una etiqueta* se diluye cuando realizamos un **anclaje diagnóstico indirecto**: «no importa que le llamemos alcoholismo u otra cosa, pero si continúa bebiendo... ¿sabe usted a los peligros que se expone? (...) Pues a eso me refiero cuando digo que le sienta mal beber».

¿Qué nos hace abiertos o cerrados al cambio?

Los trabajos experimentales sobre motivación enfatizan tres conceptos: autoestima, locus de control y percepción de eficacia.

La autoestima es la *batería de la voluntad*. Cuando usted recibe una crítica acerba se nota «deshinchado» y sin fuerzas. Si esta sensación persiste, y todo el mundo se empeña en que es usted el peor profesional del equipo, pongamos por caso, usted llegará a sentirse desmotivado y sin ilusiones. La ilusión y la capacidad por ilusionarnos no se sostienen sin autoestima. La autoestima es el *referente simbólico* que nos sitúa en nuestro mundo, y nos hace creer que somos importantes para algo y alguien. Sin autoestima no merece la pena vivir, porque la buena vida *se fundamenta en la dignidad* (consecuencia final de la autoestima). O nos creemos con todos los derechos de un ser humano, bien situados en nuestro rol social, o nos sentimos desgraciados, repudiados e inútiles (sin que ello, por supuesto, deba ser una verdad objetiva).

El *locus de control* es la llave de contacto capaz de poner en marcha la voluntad. El concepto de *locus de control* es elemental (¡como suele ocurrir tras palabras tan altisonantes!). Hablaremos de *locus de control interno* cuando la persona cree que es capaz de transformar la realidad que le rodea. Hablaremos de *locus de control externo* cuando la persona atribuye los hechos, su propia vida, a factores externos inmodificables, que la manipulan sin poderlo remediar.

En casos exagerados de «locus de control externo», podemos tener un capital notable de autoestima y, sin embargo, no ser capaces de poner en marcha la voluntad porque no se nos ocurre que «transformar X», sea «X» el hábito enólico, nuestras relaciones familiares o laborales, o cualquier otro hábito o situación a modificar, está a nuestro alcance.

En realidad, el *locus de control* está muy relacionado con la percepción de eficacia. Si hemos tenido experiencias de fracaso intentando dejar de fumar es plausible que caigamos en creencias del tipo:

- No seré capaz.
- No sirve de nada esforzarme porque tengo poca voluntad.

- Lo único que consigo es amargarme la vida.
- La culpa la tienen las tabacaleras que hacen propaganda encubierta.

Todo lo cual conduce a reforzar un locus de control externo. En cambio, si nos decimos:

- Otras veces he tenido éxito en empresas más complicadas.
- Si me lo propongo lo haré, porque todos creen que tengo mucha voluntad. No puedo defraudarlos.
- La clave es empezar, y luego luchar día a día, en lugar de plantearme «yo no podré hacerlo».

Estos pensamientos reforzarían el locus interno. Las estrategias cognitivas para reconvertir creencias tienen, por consiguiente, un papel. El primer paso para hacer algo es imaginarlo positivamente, porque el simple hecho de hacerlo activa emociones que hacen imparable la acción. ¡Modificar la voluntad de una persona significa cambiar lo que va a imaginar! En eso consiste lo que llamábamos «cargar pilas» (mantener o preparar un cambio) visualizando escenas positivas. *En la imaginación está la clave de la voluntad.*

Alguien lo dijo con palabras muy sencillas: «si quieres que unos náufragos construyan un barco, no les digas el número de árboles que tendrán que talar; explícales mejor los mundos que podrán visitar aventurándose por los mares». Por consiguiente, la clave para modificar una conducta a veces estriba en una *manera nueva de imaginar.*

¿Es ético influir sobre los pacientes?

Recapitemos. Hemos descrito en profundidad algunas técnicas de persuasión y, sin embargo, persiste una duda: ¿estamos legitimados para usar esta tecnología? ¿No estamos provocando un escenario donde el paciente está en clara inferioridad en relación al profesional? Algunos profesionales piensan: «¿para qué vamos a persuadir a los pacientes, acaso no son mayorcitos para decidir lo que quieren?». Pues sí, somos, entre otras cosas, *profesionales de la persuasión y de la influencia.* Y surge entonces una duda ética... «¿no va eso en contra de la autonomía del paciente?». Vamos a clarificar estos conceptos.

En primer lugar, no podemos ver la autonomía del paciente como algo independiente de cualquier influencia, como un ser abstracto que decide a espaldas de sus amigos, familia, lecturas... y, por supuesto, de los profesionales que pueden asesorarle. En la *relación fiduciaria* propuesta por V. Camps (2001) hay un pacto de confianza que nos lleva a cooperar hacia un fin. La visión romántica de un paciente que coge los datos que se le ofrecen y los procesa como si fuera un ordenador para generar «su verdad» debe dar paso a una visión más humana: somos seres sociables, que vivimos en una comunidad donde *lo más normal* es que nos influenciamos mutuamente.

¿Quiere eso decir que tenemos derecho a tomar decisiones por el paciente, base del paternalismo? Tampoco es eso, aunque, excepcionalmente, deberemos tomar algunas decisiones por el paciente (p. ej., cuando él mismo nos lo pide, y en tal caso deja de ser paternalismo, o cuando está imposibilitado para razonar) y para el paciente (buscando beneficiarle, nunca en provecho propio). Pero, en general, huelga decir que defendemos un modelo basado en un diálogo entre adultos. Ahora bien, este diálogo es asimétrico. Hay que admitir que, por lo general, el profesional de la salud está más próximo al conocimiento científico de la realidad. No sería lógico que nos mostráramos despreocupados u ociosos ante un paciente cargado de factores de riesgo cardiovasculares que manifiesta «pasar del tema». La postura de que nuestros conocimientos son relativos, opinables, y que, en definitiva, «nadie tiene la verdad absoluta», ignora que, a diferencia de una charla

de café, nosotros hablamos por boca de la comunidad científica, y que cuando indicamos a un paciente que tiene un 25 % de riesgo de padecer un accidente cardiovascular en los próximos 10 años, nuestra predicción no puede equipararse a una mera «opinión», sino que, en términos estadísticos, será verdadera. Si admitimos esta diferencia entre «opinión» y «hecho científicamente probado» (con las limitaciones propias de cada momento histórico), convendremos que, éticamente, tenemos el deber de transmitir esta diferencia y este conocimiento al paciente. ¿O es que nos escudamos en el concepto de autonomía para ahorrarnos el esfuerzo de persuasión? Respetar y ser tolerantes con la libertad del paciente no nos autoriza a adoptar una cómoda pasividad.

La clave para entender y situar nuestro papel es aceptar que nosotros somos parte de la libertad del paciente. Somos un elemento más de influencia, de los muchos que tiene (la televisión, el farmacéutico, los amigos, la familia). Nuestras recomendaciones serán siempre eso, recomendaciones. Por consiguiente, no caigamos en la ilusión de creernos tan poderosos como para anular su libre discernimiento. Tendremos el margen de influencia que el paciente nos otorgue. Pocas personas comulgan con ruedas de molino en una sociedad hiperinformada. ¿Y los charlatanes? Claro que los hay, pero estas personas saben que su influencia se dirige a fines deshonestos, en general, a cultivar su interés crematístico. En este sentido, manipula la voluntad de sus pacientes quien dice medias verdades para obtener un resultado (por lo general monetario) poco o nada justificable. No es el caso del profesional honesto al que aludíamos, centrado en las creencias del paciente, atento a que pueda expresarlas (¿recuerda la *respuesta evaluativa*, desarrollada anteriormente?). He aquí, como apuntan también Victòria Camps (2001) y Diego Gracia (1991), que la ética se desarrolla sobre el plano de una comunicación virtuosa y honesta. Apurando el concepto, nosotros hablamos de persuasión virtuosa (tabla 4.11), en una línea similar a la de comunicación racional de Habermas (1987). Apliquémonos a fondo en la tarea de influir éticamente y con responsabilidad: es nuestro papel social, y para ello estamos legitimados (es más, para eso también nos pagan). Puede ser que dentro de 100 años los médicos contemplan nuestros consejos con una sonrisa conmisericordiosa, como en parte hacemos nosotros con nuestros bisabuelos. Pero más allá de los contenidos juzgarán nuestro empeño por acercar a toda la comunidad, sin excepción ni discriminación, lo que el estado de nuestros conocimientos puede ofrecerles, sin dogmatismos pero tampoco con pereza.

Tabla 4.11.
Persuasión virtuosa

-
- Ambos contertulios tratan de «entenderse», es decir, llegar a *compartir* una información para lograr un objetivo (en general, restablecer, mejorar o preservar la salud del paciente).
 - En tanto que profesionales, transmitimos la información de la que tenemos conocimiento fehaciente, y cuando ello no ocurre, indicamos nuestras dudas o las de la comunidad científica.
 - En una línea similar, evitamos transmitir una seguridad que de hecho no tenemos, sobre un diagnóstico o un proceso terapéutico.
 - Nos esforzamos por adaptar un conocimiento científico a la realidad del paciente.
 - El esfuerzo para persuadir siempre se realiza *para* el paciente, no para demostrarnos de manera narcisista cuán poderosos somos persuadiendo.
 - En todo momento se evita tratar de generar una conducta del paciente no destinada a su bienestar (o que incluso pueda perjudicarlo), para lograr nosotros un beneficio económico o de prestigio personal.
-

Sumario

Entrevista semiestructurada para la parte resolutiva:

- Informar sobre la naturaleza del problema. Enunciación.
 - Enunciación simple: «tiene usted»...
 - Enunciación múltiple: «Le encuentro varios problemas»...
 - Enunciación parsimoniosa: «tiene un problema que deberemos ir estudiando...»
 - Enunciación autoritaria: «nos guste o no nos guste a usted le ocurre...»
- Proponer un plan de acción en un clima de diálogo.
 - Delimitar el conocimiento previo: «Tiene usted la presión alta, ¿qué sabe de eso?».
 - Ejemplificar: «Tiene los bronquios como chimeneas llenas de hollín.»
 - Racionalidad de la medida terapéutica: «Estas pastillas hacen que la sangre sea menos espesa.»
 - Instrucciones por escrito.
- Explicar el tratamiento y la evolución previsible.
 - «Le voy a dar XXX ¿Lo ha tomado usted alguna vez?»
 - De forma rutinaria: «¿es usted alérgico/a a...?»
 - «Lo más frecuente es que empiece a notar mejoría en...»
- Comprobar la comprensión y/o aquiescencia del paciente.
 - «¿Podría repetirme como tomará estas pastillas?...»
- Tomar precauciones y cerrar la entrevista.
 - «No dude en volver (o contactar conmigo) si...»

Malas noticias:

- Cuidar el entorno.
- Averiguar qué sabe el paciente y qué desea saber de manera prioritaria.
- Notificación neutra, valorada, compensada y paradójica.
- Acomodación.

Errores en la emisión de información:

- No informar de la orientación diagnóstica.
- Ignorar que el logro de un adecuado cumplimiento terapéutico es un proceso de sucesivas visitas, no una empresa de un solo día.
- No saber trabajar en equipo con enfermería, ni con el farmacéutico comunitario. No delegarles tareas educativas.
- Uso de términos demasiado cultos o de tipo médico (jerga).
- Seguimiento pobre o inadecuado.
- Información no adaptada a las necesidades del paciente.
- Decir lo que otro profesional hará o debiera hacer.
- Valoraciones indebidas.
- Hablar de hipótesis.
- Falsas esperanzas.
- Lanzar el dardo e irse corriendo.
- Ángel de la verdad.
- Notificación paradójica.

Modelo de influencia interpersonal

| Modalidad | ⇒ | Consejo | Persuasión | Negociación | Orden |
|-----------------------------|----------|---------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| La influencia es inaparente | ⇒ | Consuelo inoculado | Persuasión motivacional | Negociación por deslizamiento | Orden: – Amable – Sugerida – Modelado de conducta |
| La influencia es explícita | ⇒ | Consejo explícito | Persuasión confrontativa | Negociación posicionada | Orden explícita |
| Dirección de la influencia | ⇒ | Unidireccional | Bidireccional | Bidireccional | Unidireccional |
| Grados de libertad | ⇒ | Resolución electiva | Resolución electiva | Resolución forzada | Resolución forzada |

Bibliografía

- Bonet A, Navarro J. Efectividad de la relación médico-paciente. En: Merino J, Gil VF, Orozco D, Quirce F. Medpac. Curso de Relación médico-paciente. Madrid: Ergón, 2003.
- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. Med Clín (Barna) 2002; 119(5): 175-179.
- Borrell-Carrió F, Manuel Lázaro A, del Río Fernández J, Santiago Bautista JM, Colas Taugí MI, Trullols Farreny E. CENTEREMETER: cálculo automático de la ocupación verbal del médico en la entrevista clínica mediante un aparato electrónico de bajo coste. Barcelona: semFYC, 2003.
- Borrell F, Prados JA. Comunicar malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas. Barcelona: Doyma, 1995.
- Bosch JM, Cebrià J, Massons J, Casals R, Borrell F. Curso de Técnicas Motivacionales en Entrevista Clínica. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 1995.
- Buckman R. How to break bad news. A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: John Hopkins, 1992.
- Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares, 2001.
- Cebrià J, Borrell F. La entrevista motivacional. En: Merino J, Gil V, Orozco D, Quirce F. Medpac. Curso de relación médico-paciente. Madrid: Universidad Miguel Hernández. Ergón, 2003.
- Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
- Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Buenos Aires: Taurus, 1987.
- James W. Lecciones de pragmatismo. Madrid: Santillana, 1997.
- Jovell A. El Proyecto del paciente del futuro. Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España. Julio 2001. Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.
- Martín Zurro A, Cano F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt-Brace, 1994.
- Miller WR, Rollnick S. La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós, 1999.
- Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2ª. ed. Nueva York: Guilford Press, 2002.
- Ordoñana JR. El uso del miedo en los mensajes de salud. Gac. Sanitaria 2000; 14(Supl): 45-59.
- Pendleton D, Hasler J. Doctor-Patient Communication. Londres: Academic Press Inc., 1983.
- Popper K. Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico. Barcelona: Paidós Básica, 1972.
- Prados JA, Quesada F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC 1998; 5(4): 238.
- Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. J Counset and Clin Psychol 1983; 51: 390-395.
- Sackett DL, Haynes RB, Fuyatt GH, Tungwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. (2.ª ed.) Madrid: Médica Panamericana, 1994.
- Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and non compliance. En: Haynes et al, eds. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979; 11-23.

Schaub AF, Steiner A, Vetter W. Compliance to treatment. *Clin Exp Hypertens* 1993; 15: 1.121-1.130.

Schon DA. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

van den Brink-Muñen, Verhaak PFM, Bensing JM, et al. *The Eurocommunication Study*, Utrecht: Nivel, 1999.

Vallbona C. *El control comunitario de la Hipertensión Arterial*. Comunicación realizada en la Academia de Ciencias Médicas de Catalunya i Balears. Barcelona, 1982.

Wagensberg J. *Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? Metatemas*. Barcelona: Tusquets Editores, 2002.

Capítulo 5

El paciente opina

Ideas clave

- Lo que marca auténticas diferencias entre los profesionales de la salud no es tanto el uso del poder como su compromiso con el sufrimiento del paciente. Discutir, reñir, persuadir, negociar... todo tiene cabida cuando lo hacemos *para* el paciente.
 - Es imposible persuadir en un clima de relación antagónico.
 - Pensar que un buen entrevistador nunca va a necesitar negociar, ni imponer nada, es una visión romántica y peligrosa que dejará en manos de la *improvisación* las situaciones más comprometidas.
 - El paciente tiene derecho a discrepar de nuestro criterio, y no por ello la relación de confianza debe deteriorarse.
 - Antes de justificar e imponer nuestro criterio, permita al paciente que se explique... es decir, *evalúe las creencias* u opiniones del paciente.
 - Saber hasta dónde podemos decir «sí», y cuándo tenemos el deber de decir «no», nos hace más asertivos y, por consiguiente, más dialogantes.
 - No hay actitud de negociación si no estamos en actitud de ceder. Quien tan sólo va a convencer *cuente lo que cueste* no negocia, y posiblemente ni tan siquiera dialoga.
 - Conversión inaparente: el paciente lo niega, pero en el fondo le hemos convencido. Viceversa: conformidad simulada.
 - Listón de la negociación: bajo cuando la persona no demuestra excesivo interés en lograr su objetivo, alto cuando manifiesta una necesidad absoluta de lograr lo que se propone.
 - Casi nunca queríamos negociar. Por ello, cuando el profesional se ve arrastrado a una negociación debe vencer casi siempre un primer movimiento emocional de enojo o pereza.
 - Cuando cedamos, al menos que sea para ganar en *alianza terapéutica*.
 - Siempre tenemos que formarnos nuestra propia idea de lo que le ocurre al paciente.
 - Nada peor para un profesional de la salud que caer en el *síndrome inspectoril*.
 - Casi siempre los acuerdos surgidos de un diálogo honesto son mejores que las propuestas iniciales que habíamos imaginado.
 - Una relación de confianza siempre vale más que el precio de ceder a una exploración complementaria.
 - Casi nunca resulta adecuado ceder en la significación de unos determinados síntomas, pero casi siempre es posible individualizar los tratamientos al gusto del paciente.
-

Habilidades básicas en la persuasión y negociación

El clínico que conversa con sus pacientes ofrece lo mejor de su amistad. Wagensberg cree que conversar «es el mejor entrenamiento que puede tener el ser humano para navegar por la incertidumbre», e incluso que «una buena lección es una buena conversación» (Wagensberg, 2002). Nosotros, los clínicos, somos especialistas en incertidumbre. Pretendemos saber algo de este ser humano que nos entrega su intimidad... pero, ¿no es eso mucho pretender? ¿Acaso muchas veces no nos movemos en el límite de una pantomima, de un teatro donde se nos asigna el papel de *sabelotodo*, de conspicuos interpretadores de la realidad? No podemos aceptar este papel sin una punta de rebeldía, sin recordar de vez en cuando a la sociedad que no tenemos poderes taumatúrgicos. Por ello comunica con inteligencia el profesional que va del consejo a la sugerencia, del imperativo a la opinión. Este profesional con diferentes registros se hace apreciar porque señala dónde hay certeza y dónde ésta acaba, dónde llega la ciencia y dónde empieza la fe, o la buena fe. A veces el paciente busca justamente eso, no tanta ciencia como un poco de *sabiduría*. Sabiduría, una forma de saber tamizada por la *bondad*. Una forma de ejercer el poder de experto, con el *compromiso de no hacer daño al paciente*, y en todo caso, tratar de minimizarlo. Poner el conocimiento al servicio del paciente.

La negociación comparte con la persuasión el hecho de dialogar, pero se diferencia de ella por el hecho de que una de las partes (el paciente, el clínico, o ambos), *desean claramente* lograr algo. No dejamos al albur del paciente que acepte o no un determinado compromiso, como en el caso de la persuasión. Tampoco, lisa y llanamente, «ordenamos» algo, porque sabemos que dicha orden no sería eficaz. Observe el siguiente ejemplo:

Enfermera (*orden amable*): «Esta herida la curará de la siguiente manera. Primero la lavará con agua y jabón, y a continuación...»

Paciente (expresa dudas): No sé, a mí el jabón me pica mucho.

Enfermera (*respuesta justificativa*, sin voluntad de que exista *bidireccionalidad*): ¿No sabe que lo que pica cura? Y después de lavarlo aplicará yodo. Se hace así...

Paciente (se posiciona e impone una *negociación*): ¿No sería mejor que me viera el médico?

Enfermera (*cesión condicionada*): Claro que sí, siempre que sea necesario. En este caso trabajamos de manera conjunta y tiene previsto revisarle la herida la semana próxima. Entre tanto me ha encargado que le controle esta pequeña infección.

Lo que para muchos sería *persuasión*, en realidad ha sido *negociación*. La enfermera no tenía previsto que el médico supervisara la herida. Tampoco deseaba ceder de manera automática, pues lo interpretaba como admitir cierta *desvalorización* de su papel profesional. Si preguntáramos a los protagonistas del diálogo posiblemente no serían conscientes de lo que ha sucedido, pero desde el modelo de influencia (recuerde la tabla 4.8) queda claro que estamos ante una negociación.

Por lo general, damos más consejos y órdenes que persuadimos o negociamos. Sin embargo, los diálogos más difíciles son estos últimos, y en particular cuando negociamos. Poco se habla de negociación en los manuales de entrevista. Se diría que un buen entrevistador no necesita negociar porque antes persuade. Se diría también que negociar y, sobre todo, imponer, es algo que señala el fracaso de una buena relación. Es esa una visión romántica y peligrosa, que deja *al albur de la improvisación* aquellas situaciones más comprometidas.

El profesional no decide cuándo negociar. La mayor parte de veces es el paciente que nos arrastra a ello. Por ejemplo:

E: Y tomará estas pastillas cada 6 horas y...

P (dudando): No sé, no sé...

E (**imponiendo**): Sí, sí, las tomará porque sino esta herida puede complicarse mucho.

El final de muchas discrepancias es la **imposición**... pero la imposición también es una manera de negociar. El primer y más importante mensaje de este capítulo es: «antes de justificar e imponer nuestro criterio, permita al paciente que se explique... es decir, **evalúe las creencias** u opiniones del paciente». Es la que hemos llamado **respuesta evaluativa** (v: «¿Qué le hace pensar esto?»), puerta inexcusable para persuadir y negociar.

Por consiguiente, ésta sería la **entrevista semiestructurada** para la parte resolutive:

- Detectar resistencias.
- Respuesta evaluativa y exploración de creencias.
- Persuadir o negociar, según el caso.
- Acordar un plan.
- Toma de precauciones.
- Cierre de la entrevista.

Es conveniente realizar una primera aproximación a estas habilidades en conjunto, antes de centrar nuestra atención en la negociación.

Cuando el paciente no está de acuerdo

La parte resolutive de la entrevista se inicia casi siempre con la enunciación o propuesta de un diagnóstico (o la caracterización del problema), y la propuesta de un plan de acción. Veamos qué ocurre cuando el paciente expresa dudas, por ejemplo:

Pediatra (después de pesar y explorar al bebé): El niño va creciendo estupendamente. Sería muy adecuado que mantuviéramos la lactancia materna un par de meses más.

Madre (débilmente): No sé, no creo...

En este punto el profesional puede continuar como si nada ocurriera, puede enfatizar sus argumentos (la que llamamos **respuesta justificativa**, de poca efectividad), o bien puede detenerse y evaluar las dudas de la señora (**respuesta evaluativa**, sólo al alcance de profesionales que tienen cierto entrenamiento en comunicación). Ahora bien, la actitud necesaria para realizar una respuesta evaluativa es estar abierto a las sugerencias del paciente, dispuesto a aproximarnos a sus deseos, o incluso a ceder. Veamos cómo prosigue el diálogo:

Pediatra (**respuesta evaluativa**): ¿No lo ves muy viable?

Madre (la madre se **posiciona**): El mes que viene vuelvo a trabajar. Preferiría que me retirara la leche y que pudiera adaptarme al biberón estas últimas semanas.

Pediatra (**legítima la opinión** contraria para abrir un espacio para la negociación o la persuasión): Es razonable que estés impaciente por iniciar el biberón. Pero tal vez tampoco sea una cuestión de todo o nada, ¿no crees?

Madre: Voy a poner una señora que lo cuidará durante las mañanas, o sea que ya me dirá usted lo que puedo hacer.

En este punto hay que **calibrar** bien lo que es por un lado la **confianza** del paciente, y por otro **los fines** que tratamos de conseguir (**balance confianza-fines**). Para no forzar más allá de lo razonable la situación el pediatra opta por decir:

Pediatra (*empatía*): Comprendo tu situación. (*Legítima*) Es lógico que veas más práctico el destete. (*Negocia*) ¿No te sería posible siquiera durante unas semanas mantener por la tarde la lactancia materna?

Madre: Lo veo muy engorroso. No sabe la vida estresada que llevo.

La intervención del pediatra ha sido negociadora, equivalente a: «ni todo ni nada, ¿por qué no ensayar una postura intermedia?». Pero la respuesta de la señora vuelve a ser muy clara, por lo que decide ceder. Ahora bien, incluso en la cesión hay un matiz de la máxima importancia. Si, por ejemplo, dice en tono cordial: «Pues no se hable más. Voy a recomendarte para pasar a lactancia artificial, etc.», es muy distinto que decir, en tono contrariado: «Bueno, tu sabrás. Voy a recomendarte...» La postura más inteligente, ya que cedemos, es hacerlo *ganando en alianza terapéutica*, no como si perdiéramos el envite, estuviéramos enfadados o esperaríamos que más adelante el paciente nos devolviera el favor que ahora le hacemos.

Conceptos de partida relativos a la participación del consultante

En este fragmento analizado observe que:

- El objetivo no es «traer al consultante a nuestra verdad», sino buscar de una manera conjunta, adulta y responsable, el mejor plan de actuación. Todos tenemos que ganar, el paciente y el profesional.
- El punto crucial de la participación del paciente es que el clínico entienda que éste tiene todo el derecho a hacerlo. Para ello hay que *legitimar* sus opiniones, sobre todo las discrepantes: «tiene todo el derecho a no estar de acuerdo conmigo» (v. figura 5.1).
- Permitir la *discrepancia* no significa que debamos actuar de manera contraria a nuestros principios éticos. En concreto, somos más tolerantes y escuchamos con mayor sosiego cuando sabemos con claridad a qué *debemos negarnos*: bajas laborales inapropiadas, diagnósticos inciertos, etc. Pero también hemos de poner en el plato de la balanza lo que vale la confianza del paciente. Por ejemplo: el paciente solicita una prueba que no está indicada, pero notamos que si no la concedemos perdemos a este paciente... ¿cuál es el precio de esta exploración complementaria que nos pide, en relación a romper la alianza terapéutica? Cuando se rompe la confianza el paciente se expone a peregrinar por diferentes servicios de urgencia, y al final la factura sanitaria es incluso superior a la exploración que tratábamos de evitar. Nada peor para un profesional de la salud que encarnar el papel de inspector (lo que hemos llamado *síndrome inspectoril*), pues se arriesga a errores importantes.
- Casi siempre los acuerdos surgidos de un diálogo honesto son mejores que las propuestas iniciales que habíamos imaginado antes de resolver la entrevista. Eso supone adoptar la actitud de estar dispuesto a repensar el plan que nos habíamos propuesto creyendo que el paciente tiene algo interesante para aportarnos, no escuchar meramente para *conformarle*.
- Tenemos todo el derecho (y también todo el deber) de intentar convencer a nuestros consultantes. Pero no olvidemos que muchas negociaciones se ganan sencillamente dando un margen de decisión al paciente, por ejemplo: «si de todas maneras este plan no le convence, prefiero que me lo diga a que lo haga a contrapelo, ¿me sigue? A fin de cuentas el paciente es usted».

Interactuar con las creencias y emociones del paciente

Imaginemos que mediante la *respuesta evaluativa* y las técnicas de apoyo narrativo conocemos las emociones y creencias de un sujeto. ¿Cómo interactuar con ellas?

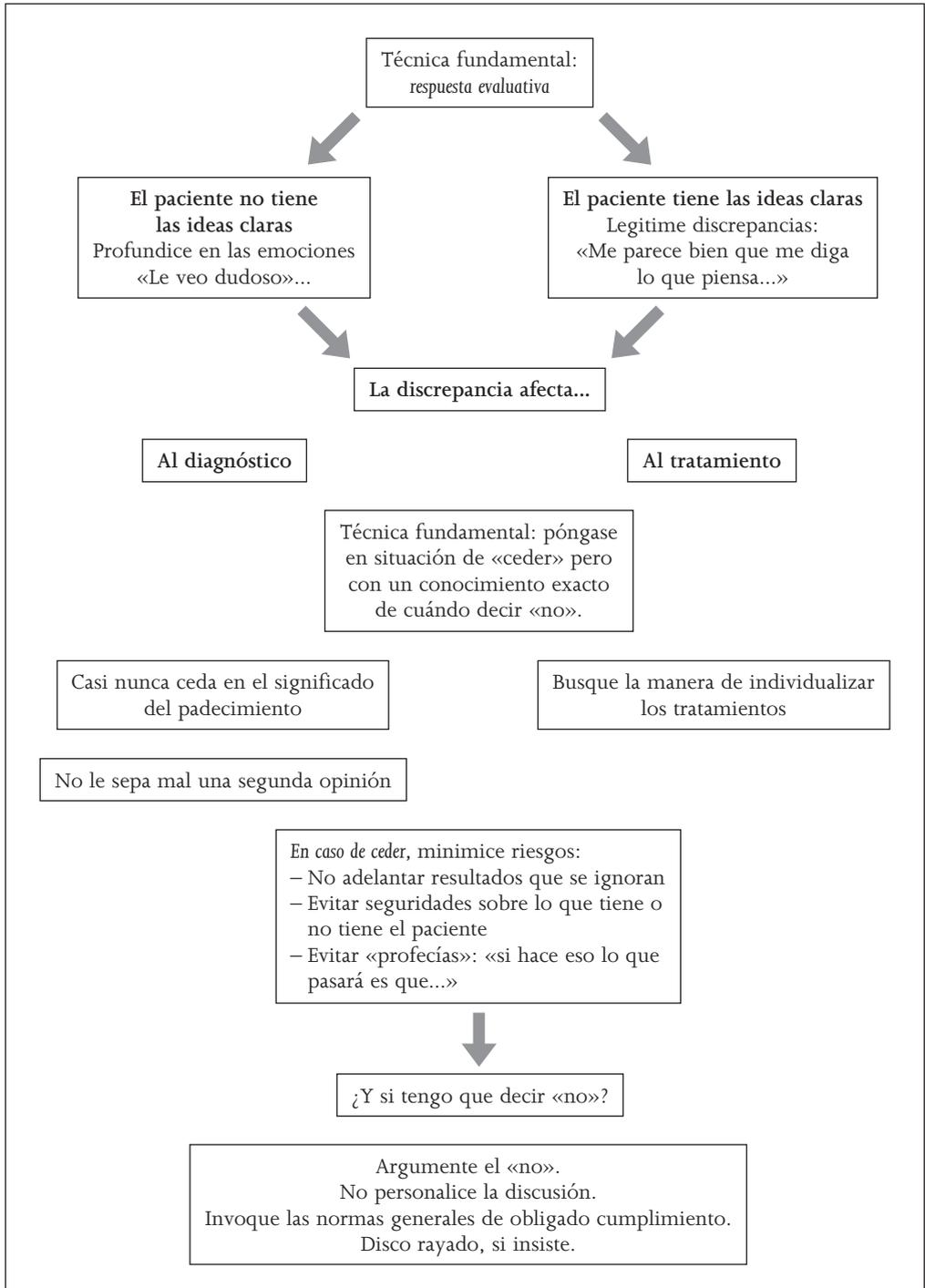


Figura 5.1.
El paciente expresa dudas a nuestro plan

Digamos, en primer lugar, que sólo vamos a intentar transformar aquellas ideas del paciente que puedan interferir con nuestro plan terapéutico o supongan un peligro para su salud. Sería el caso, por ejemplo, de un paciente que nos confiesa que va a un curandero para hacer un tratamiento de aromas e imposición de manos. No vamos a opinar sobre ello *salvo que sea necesario*. Seguiremos la norma de *evitar discrepancias gratuitas* que deterioren el clima de la relación.

Otras veces estamos en la situación inversa: es el paciente el que elude *posicionarse* sobre una propuesta, como si evitara comprometerse. Las conversaciones con adolescentes son clásicas: les pesa más *quién le habla y cómo le habla* que el contenido en sí. Otra posibilidad es que se trate de pacientes muy reservados en los que la indiferencia puede confundirse con escepticismo. Puede ser también que el paciente no se atreva a opinar, o sencillamente algo le bulle en la cabeza, pero no sabe concretarlo. Si tras un «no le veo muy convencido», no obtiene usted una respuesta plausible, evite una *postura detectivesca* y prosiga como si el paciente estuviera de acuerdo.

Es imposible convencer a alguien si el clima de la relación es antagónico. En tal caso, podemos imponer o ceder, pero *casi nunca* reconvertir ideas o creencias. Dando por descontado este clima cooperador he aquí tres niveles de interacción diferentes con las creencias erróneas de nuestros pacientes:

- **Contraoponer:** «está confundido, esta pomada no sólo no cura los hongos, sino que los favorece». La contraposición es la técnica que usan los profesionales sin una especial formación en entrevista clínica, y puede ser suficiente para muchas situaciones.
- **Reconvertir:** también contraopone otra idea a la creencia del paciente, pero lo hace aprovechando alguna idea *propia* del paciente. En el capítulo 4 apuntábamos como ejemplo: «usted cree ser una esclava de la insulina, pero justamente será una esclava de la diabetes si no usa la insulina». La fórmula general para producir este tipo de mensajes sería: «si usted de verdad quiere... lo que debería hacer es... tal como ya sospechaba usted mismo/a».
- **Explorar las últimas consecuencias:** no intentamos convencer al paciente, sino que provocamos un diálogo en el que exploramos a dónde nos conduce (*le conducen*) estas creencias que defiende. La fórmula general sería: «si eso fuera así... a la postre lo que ocurriría es que...», pero en un contexto de diálogo en el que el mismo paciente se da las respuestas.

He aquí algunos ejemplos:

- El paciente afirma que desea inyecciones porque «el medicamento actúa más rápido al pasar directamente a la sangre».

Contraoposición: «está equivocado, no hay razón en su caso para desear una acción tan rápida».

Reconversión de ideas: «esas cápsulas que voy a darle también actúan muy rápido. Fíjese en estas pastillitas de nitroglicerina que se ponen debajo de la lengua las personas que tienen un ataque de corazón: se absorbe más rápido que una inyección. Si es eso lo que desea, estas pastillas son perfectas».

Explorar consecuencias: «¿siempre deseará una acción rápida?... La acción rápida de un medicamento también lo será para sus efectos indeseables, como es una reacción alérgica, ¿estaría dispuesto a asumir una reacción alérgica más fuerte de lo normal para ganar en rapidez?»

– El paciente afirma que las únicas medicinas que le van bien son las hierbas, porque son productos naturales.

Contraposición: «esta medicina que le doy le irá mejor que las hierbas».

Reconversión de ideas: «la mayor parte de medicinas provienen de plantas o sustancias naturales, lo único que cambia es que en vez de medirlas a pellizcos lo hacemos con miligramos, y las sustancias son más puras y con controles de calidad».

Explorar consecuencias: «¿en toda y cualquier circunstancia desea usted evitar la ingesta de productos químicos?», «¿se da cuenta de que, en tal caso, debería dejar de comer muchos de los alimentos cotidianos?»

Una pregunta que surge a menudo es: ¿y cuándo debemos utilizar el miedo? El siguiente ejemplo nos brinda la oportunidad de estudiarlo.

| UNA EXPLORACIÓN NECESARIA | DIÁLOGO |
|---|--|
| Abreviaturas: P: paciente; E: entrevistadora. | |
| TAREA | |
| El paciente se posiciona en sentido negativo | E: El otro día le expliqué la necesidad de que se realice usted la prueba de la colonoscopia. Usted parecía muy reacio... ¿ha podido meditar la decisión? |
| Legitima la posición del paciente | P: Sí, y continúo pensando que es mejor no hacerla. |
| Empatiza | E: Respeto su opinión, pero me gustaría saber qué motivos tiene. |
| Reconversión de ideas | P: Es una prueba muy dolorosa. Tengo un amigo al que se la han hecho y continúa teniendo molestias. |
| Utilizando el miedo para acto seguido contrastarlo con la perspectiva de ganancia | E: La verdad es que le entiendo, como hacer gracia desde luego no hace... |
| | E: ...pero me temo que más molesto va a ser si usted no se la hace, porque tarde o temprano podemos vernos obligados a hacer algo, y ese algo pudiera ser entonces incluso peor. |
| | P: ¿Peor? |
| | E: Sí, hay muchas cosas que son peor que la colonoscopia, se lo aseguro. Pero no miremos la parte negativa, miremos todo lo que ganamos si hacemos la prueba ahora: por un lado, podremos sacarle el pólipo que le vimos, el que le causa la anemia, y además podremos analizar si es bueno o es malo. |
| | P: Eso es lo que me da miedo, que sea malo. |

continúa

| | |
|--|--|
| <p>Nuevo intento de reconversión de ideas</p> | <p>E: En esto se equivoca completamente. Lo que más miedo tendría que hacerle es no saber nada de nada, como ahora. Porque si resulta malo se puede operar y tomar pastillas.</p> <p>P: Con la mala suerte que acostumbro a tener...</p> <p>E: Usted cree que por fuerza tiene que ser malo...</p> <p>P: Seguro que será malo, a mí siempre me toca lo peor...</p> |
| <p>Interpretando la aprensividad del paciente</p> | <p>E: Déjeme que le diga algo: usted en el fondo piensa que si se olvida del pólipo el pólipo se olvidará de usted, ¿es así?</p> <p>P: Pues sí... más o menos.</p> |
| <p>Nueva reconversión de ideas, pues usa creencias del propio paciente</p> | <p>E: Pero el caso es que si es malo, malo es, lo toquemos o no lo toquemos. Y si es bueno usted puede quedarse tranquilo.</p> <p>P: Sí, supongo que esto es lo normal de pensar...</p> |
| <p>Persuasión identificativa del tipo «como la mayoría de personas»</p> | <p>E: No lo dude. Muchas personas pasan por esto cada año y, en el peor de los casos, se les extrae el pólipo y hay que darles un tratamiento, pero ya se pueden quedar tranquilos.</p> <p>P: Pero es que a mí me da la impresión de que me quedo más tranquilo si no me hago nada.</p> |
| <p>Reinterpreta los sentimientos del paciente</p> | <p>E: No lo crea. Antes de saber que tenía el pólipo es posible que sí, pero ahora sólo se quedará tranquilo si acaba por hacérsela... ¿O me equivoco?</p> <p>P: No, no, si en el fondo tiene razón.</p> |

Usar el miedo. Ejemplo práctico

El ejemplo anterior trata de un paciente afecto de rectorragias al que hemos detectado un pólipo. Le habíamos recomendado sin éxito una exéresis de dicho pólipo.

El uso del miedo tiene una limitación: si el paciente no visualiza una conducta concreta que cambiar, y un beneficio asociado, hay el peligro de que desplace este miedo a la fuente de donde ha partido, eso es, la consulta y el profesional. Lo que, por cierto, no debería aminorar un buen uso del miedo, a saber, un mensaje negativo en contraste con un plan de acción y el beneficio que se puede obtener. Por ejemplo:

Enfermera (*mensaje negativo con complemento visual*): Si no te lavas los dientes vas a tener caries y tendrás la boca como la de esta foto. (*Plan de acción*) En cambio, si te lavas cada día los dientes, al menos por la mañana y por la noche, tal como te he explicado (*Expone beneficio*) vas a mantener unos dientes tan blancos como los de esta otra foto. (*Facilitando el compromiso*) Así que... ¿qué vas a hacer?

Enfermera (*mensaje negativo*): Al ganar peso el azúcar se ha disparado, y también la presión y el colesterol. Todo eso perjudica las arterias del corazón y la retina. (*Plan de acción*) Sin embargo, si se toma muy en serio el plan de ejercicio que voy a comentarle (*Expone beneficio*) podría volver a su peso en cuestión de un par de meses. (*Facilitando compromiso*) Vale la pena, ¿no cree?

El mismo ejemplo pero ejecutado de manera algo más dramática:

Entrevistador (*mensaje negativo usando palabras de alto contenido emocional*): Señora Gertrudis, este último análisis resulta contundente. Su riñón empieza a flaquear, y ello es por la diabetes mal controlada. (**Plan de acción**) Resulta del todo imprescindible que se lo tome en serio, y el primer paso es ponerse la insulina por la noche, tal como le enseñamos, y tomarse las pastillas bien tomadas. (**Exigencia de compromiso**) Para asegurarnos le haremos controles semanales, ¿está de acuerdo?

Este tipo de estrategia transmite al paciente nuestro interés por elevar el nivel de compromiso en la relación asistencial. Sin embargo, evite un estilo histriónico, pues fácilmente puede caer en **charlatanismo**. En la tabla 5.1 resumimos las habilidades para contrastar opiniones en un clima de diálogo.

Tabla 5.1.

Claves para contrastar opiniones en un clima de diálogo

Nivel emocional: sin vencedores ni vencidos, en un **clima empático** donde predominen las cesiones y la **legitimación** y **normalización**.

Nivel técnico:

- Propuesta del profesional:
Ejemplo: «a mi entender lo que deberíamos hacer es...»
- Detectar expresiones de dudas, respuesta evaluativa y exploración de creencias:
Ejemplo: «creo que esto que le he dicho no acaba de convencerla...»; «me interesa mucho su opinión».
- Legitimar y normalizar la discrepancia:
Ejemplo:
 - Legítima: «ha hecho muy bien en decírmelo».
 - Normaliza: «eso lo piensan muchas personas».
- Crear un espacio para contraponer argumentos:
Ejemplo: «le he escuchado con atención; permítame ahora que le exponga mis argumentos, y luego si le parece los discutimos».
- Cesión real, diferida, condicional e intencional:
Ejemplo (cesión real): «Me parece bien hacer...» (Cesión diferida), «es una buena idea hacer un análisis pero esperaremos a que le vea primero el endocrino». (Cesión condicionada), «no me parece mal hacerle una TC si en un par de semanas no mejora» (Cesión intencional), «tendré en cuenta su sugerencia».
- Trabajar con creencias: contraste, reconversión y exploración de consecuencias:
Ejemplos:
 - Contraste: «hoy día pensamos más bien...»
 - Reconversión: «sí usted de verdad quiere... lo que debería hacer es... tal como ya sospechaba usted mismo/a».
 - Exploración de consecuencias: «sí eso fuera así... a la postre lo que ocurriría es que...».
- Denegar/ceder/acomodar:
Ejemplo (denegar): «Resulta del todo imposible hacerle este certificado médico y no tiene objeto que continuemos hablando del tema». (Ceder) «sí, de acuerdo, ha llegado la hora de enviarle al especialista». (Acomodar) «vamos a tratar de complacerle sin por ello dañarle el estómago».
- Acuerdo y cierre:
Ejemplo: «Quedamos, por consiguiente, que usted... y si de todas maneras no acabara de encontrarse bien no dude en...».

Negociación por deslizamiento y negociación explícita

La *negociación implícita o por deslizamiento* tiene gran importancia en todos los ámbitos de nuestra vida. La definimos como aquella negociación en la que no se persigue un acuerdo explícito, sencillamente una de las partes pide algo y deja al albur de la otra la resolución del conflicto. Se produce de manera característica en dos pasos:

Primer paso. En algún momento de la entrevista uno de los protagonistas muestra una expectativa. Se trata de una expectativa que en el fondo tiene miedo de que no sea atendida correctamente por la otra parte. Sin embargo, se abstiene de insistir en ella.

Segundo paso. La otra parte (muchas veces es el profesional) no la aborda directamente, pero en un momento determinado cede a ella o da por sobreentendido que ambos actores han llegado a un acuerdo (aunque no hayan hablado del asunto). Por ejemplo:

Paciente: Esta espalda me mejoraría mucho si me pusieran corrientes (refiriéndose a ser enviado a un servicio de rehabilitación).

Profesional (en otro momento de la entrevista): Vamos a darle unos ejercicios de gimnasia para que haga en casa y estos masajes. Si no mejora, tal vez le mande a un servicio de rehabilitación.

Las discrepancias o las expectativas son insinuadas y se espera de la otra parte (en general, la que detenta el poder), que haga una propuesta constructiva, a fin de evitar al máximo que la relación se erosione.

Cualquier *negociación por deslizamiento* puede devenir explícita si una de las partes se *posiciona*, eso es, manifiesta con suficiente claridad lo que pretende conseguir del encuentro. En tal caso, va a ser necesario un acuerdo o un desacuerdo. Hay dos barreras para una negociación provechosa: a) el profesional tiene miedo a que si realiza una cesión puede incurrir en mala praxis, sin embargo, ¿de qué sirve el mejor de los consejos si no es aceptado por quien debe ponerlo en práctica?, y b) por parte del paciente a veces no sabe distinguir entre pedir y exigir: «¡quiero esto y se acabó, y usted me lo da!». ¿Se debe a una simple falta de buenos modales? Por un lado, algunas personas tienen tendencia a aplicar el viejo aforismo: «para qué vamos a discutir si nos podemos pelear». Pero también pesan décadas de relación autoritaria. En este clima el paciente aprende a que su opinión sólo es tomada en cuenta si exige, y por consiguiente planifica un diálogo «duro». Le invitamos a que observe los muchos pacientes que en el momento de solicitar algo se muestran nerviosos y tensos. Puede que lleven cierto plan en la cabeza: «si me dice que no, le diré tal cosa y le amenazaré con tal otra». Esta *expectativa de enfrentamiento* les hace pedir mal las cosas. Al estar prematuramente tensos, su tensión es recibida por la otra parte como una amenaza. Es algo así como una *profecía de autocumplimiento*: creen que su petición será desatendida y su misma manera de pedir favorece una respuesta negativa.

La expectativa previa, eso es, la previsión de qué ocurrirá con las demandas que tengo preparadas, configuran la estrategia que va a utilizar el paciente. Un concepto fundamental es el que llamamos listón de negociación. Consiste en el énfasis que ponemos para conseguir algo. Cuán diferente resulta un determinado paciente coja el alta laboral diciendo:

Respuesta 1 (casi con suavidad): Preferiría estar unos días más de baja laboral...

Respuesta 2 (bruscamente): ¡A mí no me dé el alta de ninguna manera! Yo no estoy para trabajar...

En el segundo caso nos dice: «si no hace lo que le digo tendremos una discusión». La respuesta del profesional marca otro listón de negociación, como mínimo igual de importante. Considere en el ejemplo anterior cuán diferente hubiera resultado:

Propuestas con el listón bajo: Yo creo que usted ya podría trabajar..

Propuestas con el listón alto: Tengo buenas noticias para usted. Le veo perfectamente para trabajar, por lo que procederé a darle el alta.

Con la segunda intervención el profesional le dice: «si quiere nos discutimos, pero mi decisión es firme, y de nada le va a valer». Es importante que el profesional sepa con claridad en qué situaciones tiene que decir «no» y en cuáles puede transigir, ajustando su propio listón para no alargarse innecesariamente. Suele ocurrir que el paciente inicia una petición con suavidad y a medida que encuentra resistencia del profesional, eleva el listón. En tales casos, para evitar la progresión, es preferible declarar: «esto lo tenemos completamente prohibido».

Decir que no, decir que sí

Por desgracia, son bastantes las situaciones que deben ser zanjadas con un «no». Sin ánimos de exhaustividad:

- Cuando nos solicitan un certificado médico con datos inexactos o falsos.
- Cuando nos solicitan un medicamento adelantado por la farmacia, y no resulta correcto o indicado para el paciente.
- Cuando nos solicitan un certificado médico para una tercera persona, y dicha persona no está presente o no nos lo solicita de forma directa.
- Cuando un empresario nos solicita un informe médico de uno de sus empleados.
- Cuando un paciente nos solicita una baja o alta incorrecta.
- Cuando una madre acude para que le informemos del resultado de la prueba del VIH de su hijo mayor de edad.
- Cuando un cónyuge pide un informe psiquiátrico de su pareja, con la excusa de «ayudarle» o para solicitar ayudas oficiales, sin conocimiento de la persona afectada, ni estando ella presente.
- Cuando cualquier familiar nos pide el resultado de una prueba sin la presencia del paciente, excepto en el caso del menor de edad.

En la página siguiente analizaremos una petición inadecuada de psicotropos.

Dicha entrevista parece que acabe mal. En realidad, acaba bien: el profesional marca con toda claridad el correcto uso que el paciente debe realizar de sus servicios, y *no se deja manipular*. Observe el esquema para resolverla:

- En primer lugar, que quede clara la demanda. A veces acuden mujeres de edad avanzada a las consultas de urgencias con peticiones de psicotropos que, obviamente, no son para ellas, sino para un hijo drogadicto. No tendremos la menor duda en negárselo: «lo siento, no nos autorizan a pasar este tipo de recetas en urgencias». Y si insiste: «verá usted, esta receta que me pide coincide con un producto muy utilizado por personas que están enganchadas a drogas. ¿Está usted tratando de ayudar a alguna persona con problemas de este tipo?» Si la respuesta es positiva le haremos entender que ésta es una mala manera de ayudar, y que lo que debe hacer es contactar un servicio especializado en rehabilitación. En todo caso, el primer paso es clarificar la demanda.
- El segundo paso puede iniciarse **mostrando las propias emociones** (*self-disclosure*) («te agradezco que seas sincero conmigo»), o incluso una **empatía** («supongo que esta situa-

Abreviaturas: P: paciente; E: entrevistador.

TAREA

DÍALOGO

Delimita y clarifica la demanda del paciente

E: Hola Luis, tú dirás.
 P: Vengo por poca cosa. Este par de recetas, solamente.
 E: Ajá... ¿sólo eso?... Bien, vamos a ver, esto es para la presión y eso es para los nervios... ¿quién se lo toma?
 P: Mi madre. Me ha enviado porque ya se le habían acabado.
 E: ¿Tu madre? (Consultando el historial) El antihipertensivo es correcto, pero esta otra medicina no se la da.
 P: Bueno, en realidad es para mí. Estoy otra vez tratando de desengancharme de las drogas, y eso me ayuda mucho.

Descubre emociones propias al paciente

E: Te agradezco que hayas sido sincero conmigo, Luis, pero de todas maneras continúo sin poderte dar esta medicina.
 P: No lo entiendo, esto me va muy bien para el mono, a usted no le cuesta nada, y en cambio yo me lo paso muy mal...

Argumenta la negativa y pone condiciones para un hipotético plan terapéutico

E: Mira, Luis, vamos a hablar seriamente. Si tu vienes aquí para que te dé este tipo de recetas, lo único que consigues es que yo me convierta en un camello más, ¿estamos de acuerdo? Si lo que quieres es desengancharte ya sabes que el camino es acudir a un centro especializado, y allí te tratarán. En cualquier caso, si tienes que tomar alguna de estas medicinas siempre tengo que dártela bajo la supervisión de tu padre o tu madre.
 P (con sorna): Yo ya soy mayorcito, ¿eh?

Negativa argumentada

E: Estoy de acuerdo. Por eso estoy convencido de que me has entendido con claridad.
 P: ¿O sea que no me lo quiere hacer?
 E: No. Quiero pedirte que me utilices para ayudarte a curar, no para empeorar la situación.
 P: No me marcharé si no me hace esta otra medicina. La necesito.

Sigue su propio plan ignorando las amenazas

E (extendiendo una receta): En cambio sí te voy a hacer esta medicina para tu madre, y es importante que se la dejes de dar...
 P (recoge la receta y en tono implorante...): A usted no le cuesta nada hacerme la receta.

Negativa no argumentada: disco rayado

E: No te la voy a hacer.
 P (algo violento): ¡Para mí es un problemón y para usted una chorrada!
 E (impávido, niega con la cabeza)
 P (se levanta enfadado): Todos ustedes están «podríos» y son unos hipócritas del carajo.

- ción no es cómoda ni para ti ni para mí»), para a continuación negar la petición con autoridad (*listón de negociación* muy alto), por ejemplo: «lo siento, pero no te lo puedo dar», y a continuación *argumentar la negativa* («si te diera estas pastillas me convertiría en un camello; te pido que me utilices para mejorar y no empeorar tu salud»). Es conveniente hacer una referencia a un hipotético plan basado en un centro especializado en drogodependencias: («si de verdad quieres solucionar el tema ya sabes que debo enviarte al centro X especializado en drogas»).
- Si el paciente persiste en su actitud, el tercer paso es negarnos y aplicar «*disco rayado*». Existe cierta confusión sobre lo que es o no es disco rayado. Por ejemplo, si decimos: «no se lo puedo hacer por tal y tal razón», y ante la insistencia del paciente volvemos a argumentar más razones, o *cambiamos nuestro tono emocional*, mostrando consternación, enfado, o prisa, no estamos haciendo disco rayado. El paciente pensará: «mientras se enfade hay posibilidades de lograr lo que quiero, porque al final se cansará y cederá». En cambio, cuando nos ve «monocordes», ejecutando una habilidad que de inmediato reconoce como aprendida y muy «profesional», sus expectativas decaen completamente: «es como una roca», pensará. Puede que se enfurezca y chille antes de marcharse, pero es un mal menor que hay que aguantar. Otra cosa es que nos amenace. En tal caso, estamos obligados a ceder, pero entonces ya estamos hablando de un delito. Lo primero es nuestra seguridad personal, nada de heroísmos. En la tabla 5.2 resumimos las técnicas de negociación más importantes.

Listón y campo de negociación

Hemos hablado del listón de negociación, pero vale la pena detenernos un poco más, toda vez que, en ocasiones, es la clave de la entrevista en su conjunto. Por ejemplo:

Paciente: Vengo otra vez por el dolor de cabeza, pero se lo advierto, no me voy a ir sin que me pida una resonancia.

No hay que dejarse impresionar por este tipo de entradas. Nosotros basamos nuestras decisiones, sobre todo, en criterios clínicos. Por consiguiente, hay que realizar un acto clínico *lex artis* y decidir en consecuencia. En suma, lo que pretenderemos será formarnos primero una idea del problema del paciente, y *abrir así un acto clínico*. Para evitar una confrontación innecesaria puede ser muy oportuna una cesión intencional seguida, directamente, de una anamnesis focal:

Médico (*cesión intencional*): Por supuesto, vamos a hacer todo lo necesario para llegar a un diagnóstico de su dolor de cabeza, incluida una resonancia si fuera el caso. Veo que es hoy la segunda vez que se queja de este dolor de cabeza... (*Reconducción por objetivos* mediante un *menú de sugerencias* que centra la atención del paciente en los síntomas) Desde el último día que nos vimos, hace tres meses, ¿el dolor de cabeza ha sido semanal, diario o algunas veces al mes?...

Observe de qué manera pueden complicarse las cosas:

Médico: Vamos a ver, Sr. Federico, yo lo puedo visitar, pero no pido una resonancia como quien va a un supermercado y coge una bolsa de patatas, ¿me entiende?

Con esta intervención, sin duda, estamos abocados a una discusión de tintes dramáticos. Evite entrar al trapo. Usted sabe comunicación y usted decide el *campo de negociación*. El

Tabla 5.2. **Técnicas básicas en la negociación**

1. Decir que no, decir que sí

Concepto: El profesional tiene claros los márgenes de negociación, y sabe conceder o denegar sin vacilaciones.

Ejemplo: «Por acuerdo de todo el equipo no hacemos recetas de antibióticos adelantados por la farmacia.»

2. Listón de negociación

Concepto: Grado de compromiso que mostramos en la consecución del objetivo.

Ejemplo:

- Alto: «le voy a pedir un favor, y se lo ruego, no me diga que no, porque me juego mucho en ello.»
- Bajo: «yo quisiera pedirle unas radiografías, claro, si usted lo veía bien, porque a fin de cuentas usted manda.»

3. Campo de negociación

Concepto: Contenidos sobre los que al menos una de las partes desea llegar a acuerdos. Para ello se requiere que al menos uno de los contertulios se posicione, declarando cuáles son sus intereses.

Ejemplo: «A mí no me interesa su plan de dieta, yo lo que quiero es que me dé estas pastillas nuevas que se comen la grasa.»

4. Acomodar las expectativas del paciente

Concepto: Respuesta evaluativa por la que averiguamos las expectativas y creencias, tras la cual aplicamos una cesión (real, intencional, diferida o condicionada).

Ejemplo: «¿Qué le hace pensar eso?... Me hago cargo de su interés por hacerse una radiografía, y si más adelante resulta conveniente no dude que la haremos; de momento, sin embargo...».

5. Doble pacto

Concepto: Ofrecemos ceder en un punto a cambio de otra cesión. Puede tener un valor muy concreto («le hago este análisis pero a cambio empiece usted a tomar estas pastillas»), o un valor simbólico («yo me tomo en serio su dolor de barriga, pero usted considere el tema de esta depresión que yo le observo»). En este último caso, puede llegarse a una situación posterior que hemos llamado «ruptura del doble pacto».

Ejemplo: «Yo consideraré su punto de vista, pero usted debería considerar también la posibilidad de que existiera un aspecto emocional en su enfermedad.»

6. 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 no haya estudiado más su problema», etc.

7. Reconducción por objetivos

Concepto: Desviar el campo de negociación de aspectos periféricos a las cuestiones centrales: cómo mejorar el estado de salud del paciente.

Ejemplo: «No discutamos más si tuvo o no razón, vayamos a lo más importante que es pensar en lo que podamos hacer para mejorarle ahora.»

8. Negativa argumentada seguida de disco rayado

Concepto: Primero argumentamos la negativa, tras lo cual, si el paciente insiste, nos posicionamos en un «no» sin añadir nuevos argumentos, ni tampoco cambiar nuestro tono emocional, que debe ser plano. En algún sentido es una técnica final pues damos a entender que ya no vamos a permitir ser convencidos, ni variar nuestra postura.

Ejemplo: «no puedo hacerle esta receta pues empeoraríamos la situación en lugar de mejorarla... no, no te la haré... no, lo siento... no... no...».

(continúa en la página siguiente)

Tabla 5.2. (Continuación)

| | |
|-----|---|
| 9. | Transferencia de responsabilidad <i>Concepto:</i> Deriva la petición del paciente a otros profesionales o personas responsables. <i>Ejemplo:</i> «Lo siento, eso no nos permiten hacerlo»; o bien: «en relación al tratamiento para sus ardores de estómago, le remitiré al digestólogo y preferiría no interferir en lo que él le ha dado». |
| 10. | Propuesta de nueva relación <i>Concepto:</i> Indica una condición necesaria para proseguir con el contrato terapéutico. <i>Ejemplo:</i> «Sin su confianza no puedo seguir siendo su médico/enfermera.» |
| 11. | Toma de precauciones <i>Concepto:</i> El entrevistador advierte al paciente de una posible evolución desfavorable, y le invita a una nueva consulta si se produjera tal situación. <i>Ejemplo:</i> «Si notara que estas molestias aumentan, no dude en volver a visitarme.» |

paciente deberá visitarse, claro que sí, pero conduzca el proceso con tacto. ¿Y si aún así el paciente no acepta una visita? En tal caso usted está en su derecho de negarse a hacer una prueba que, de momento, no tiene criterio médico, pero ¡cuidado!, valore tres cosas: a) el valor de la relación; b) la posibilidad de que el paciente tenga razón, y c) la posibilidad de que la misma irritabilidad del paciente forme parte del diagnóstico (considere, p. ej., el trastorno conductual por un síndrome cerebral orgánico, o la irritabilidad del paciente depresivo, entre otras posibilidades).

Una resonancia tiene, desde luego, un precio, pero la *relación de confianza* y ganarnos esta confianza tiene también un precio. Como decíamos más arriba, un paciente *instalado en una relación de confianza* es un paciente que, por más hipocondríaco que sea, reducirá el coste social de su patología.

Una vez valorado *lex artis* el paciente, podemos pensar que se trata de una cefalea benigna, debida, por ejemplo, a aspectos tensionales. Sin embargo, puede que también creamos que si no concedemos la exploración no nos vamos a ganar la confianza del paciente. Ya que vamos a pedir una «psico-TC», ¿cuál va a ser la estrategia más inteligente para que sirva al fin que pretendíamos, a saber, ganarnos la confianza del paciente? Compare:

Opción 1: Dr.: Bueno, le pido la TC pero es un tanto inútil porque nos saldrá normal.

Opción 2: Dr.: Vamos a realizar la TC, no tanto porque crea que vamos a encontrar algo malo, sino para tener la seguridad de que todo está en orden.

En el primer caso, el profesional asume **riesgos innecesarios**. Ya que pedimos la prueba no adelantemos pronósticos... a fin de cuentas, ¿y si después encontramos una malformación congénita? La medicina es demasiado complicada para hacer de adivinos.

Ante una exigencia de «listón muy alto», domine usted al menos el **campo de la negociación**: «sí, claro que consideraré las radiografías, pero pase a la camilla, que deseo primero analizar su problema». E incluso proceda a una **reconducción por objetivos**: «está bien que me pida la TC, pero usted sobre todo lo que quiere es mejorarse de estos dolores de cabeza, ¿verdad? Por consiguiente, le propongo que ahora le visite y evalúe su caso... pase a la camilla por favor».

Y ya en el final de la entrevista: «Mientras esperamos el resultado de la prueba le propongo empezar con este tratamiento. Con un poco de suerte puede que cuando me traiga el resultado esté medio curado».

En resumen:

- Cuando el paciente se presenta con un listón muy alto, usted puede presentar también un listón alto, con el riesgo de enfrentamiento (a veces es inevitable), o bien puede **ceder** (cesión real, intencional, diferida, condicional...) para **reconducir por objetivos**.
- Aunque haya decidido ceder, trate de reconducir por objetivos, y practique *lex artis* una visita. Demore la resolución de la negociación al final de la entrevista, cuando tenga todos los datos en la mano.
- Evite asumir **riesgos innecesarios**: «vale, le pido estos análisis pero ya verá que serán normales». Por el contrario: «está bien que le hagamos unos análisis para estar más seguros, pero no es necesario que nos esperemos a ver el resultado para empezar a aliviarle esta molestia».
- Si ha decidido ceder, al menos que su cesión se traduzca en ganar la confianza del paciente y mejorar la relación asistencial.
- Tenga muy claro a lo que va a decir «sí» y a lo que dirá «no». Ello aumenta su confort y genera automáticamente un «listón alto» que desanima a los pacientes a discutir. Por ejemplo (**transferencia de responsabilidades**): «¡Uy, no!, eso no lo hacemos de ninguna manera, está completamente prohibido».

Derivación del paciente a otros profesionales de salud

En el curso de nuestra práctica asistencial inevitablemente nos vemos obligados a realizar consultas con otros profesionales de la salud. Algunos profesionales entienden la derivación como el fracaso de su propia capacidad, y ello les lleva a retener innecesariamente a los pacientes, retardando medidas preventivas o terapéuticas. También se da lo contrario: derivar con prontitud a fin de encubrir una falta de interés o tiempo.

En el momento de proceder a la derivación deberíamos justificarla y dar la oportunidad al paciente de expresar su opinión (Strull WM, 1984). Es precisamente en esta tesitura cuando pueden surgir algunas resistencias que vamos a estudiar.

Tomemos por ejemplo las resistencias a ser derivado a otro profesional, en este ejemplo de la enfermera al médico de cabecera:

Enfermera (en un control habitual de pacientes crónicos): Creo, Sra. Carmen, que es necesario que la vea su médico de cabecera.

Paciente: ¿Tan mal me ve?

En estas circunstancias, si el profesional responde con un «sí» puede desencadenar la alarma del interesado. Si responde con un «no», la paciente se extrañará de la propuesta («¿entonces por qué me envía?»). Lo mejor es *describir la situación*:

Enfermera: En realidad, no he dicho que la situación fuera grave. El motivo por el que la envío al médico es porque precisa un ajuste en su medicación. Los últimos controles han salido alterados y no sería prudente continuar igual que hasta ahora.

Normalmente esta respuesta es suficiente, pero a efectos de ejercitarnos en situaciones problemáticas, vamos a suponer que la señora presenta nuevas resistencias:

Paciente: Pero yo estoy muy contenta con usted. Puedo tomarme la dieta más en serio, o deme usted misma alguna cosa. ¿Cree que unas hierbas podrían irme bien? Yo estoy muy contenta con usted.

Una intervención así estimula nuestro narcisismo, hasta el punto de que podemos sucumbir a ella. Sin embargo, la profesionalidad debe obligarnos a una nueva aclaración, como pudiera ser:

Enfermera: Le agradezco la confianza que me tiene, pero estamos hablando de su salud, y si yo creo que el médico tiene que indicarle un tratamiento mejor, ¿no cree que tengo obligación de pedirle una consulta? Eso no quiere decir que me desentienda de su caso. Al contrario, yo misma hablaré con él, y si quiere comentaremos lo que le haya dicho.

Algunos estudios indican que a mayor calidad asistencial más y mejor información existe entre el profesional que deriva y el que recibe al paciente. Ello concierne especialmente a los equipos de Atención Primaria de Salud, toda vez que son los que deberán derivar con mayor frecuencia hacia otros niveles asistenciales. Resulta muy conveniente disponer de un listado completo de los recursos sanitarios y sociales existentes en el área de salud, y tener contactos periódicos con aquellos servicios a los que se remitan un mayor número de pacientes.

Gestión del tiempo y cierre de la entrevista

Hay mucho de *negociación* en el uso del tiempo: «eso lo dejaremos para otra visita, ¿le parece?»; hoy lo que me interesaría que tratáramos es...». Con esta sencilla frase recogemos el *doble nivel* inaparente de negociación en el que siempre nos movemos: a) negociación de lo que se va a hablar, y b) negociación del flujo verbal, es decir, de quien habla y sobre qué.

El profesional tiene que averiguar el motivo de consulta, pero a la vez tiene que formarse, de manera autónoma a las expectativas del paciente, sus *propios objetivos asistenciales* para este paciente. Jamás podemos admitir como buen uso del tiempo un profesional que satisfice las *demandas* del paciente sin abordar sus *necesidades*. Por ejemplo: paciente que acude para alivio de un resfriado, y que desde hace varios meses no acude a controlar su hipertensión arterial. Correr mucho, y dar algo para aliviar este resfriado, no significa hacer un buen uso del tiempo, si, como en el caso anterior, no somos capaces de detectar que la verdadera necesidad de salud consistía en controlar la presión arterial.

Los retrasos en la cita previa no equivalen forzosamente a una mala gestión del tiempo, sobre todo cuando el volumen de demanda es superior al tiempo disponible. A la luz de los estudios de que disponemos, entre 10 y 15 minutos parece una media razonable y mínima para la mayor parte de especialidades clínicas. Los profesionales que se perciben como «los mejores», dan tiempo a sus pacientes para que puedan *explayarse* (Arborelius E, 1992), e interpretar sus silencios (Huby G, 1997). La presión ejercida para aumentar la productividad tiene un *impacto* en la relación asistencial, y en la manera de realizar las tareas en la entrevista clínica (Camasso MJ, 1994). La adquisición de datos por parte del profesional se ve *influida*, en primer lugar, por el tiempo disponible (Ridderikhoff J, 1993), y la falta de tiempo repercute en el incumplimiento de protocolos preventivos (McCormick WC, 1992). Los pacientes difíciles son aún más difíciles cuando no disponemos de tiempo (Doring LA, 1992), y la satisfacción (Anderson LA, 1993) e *incriminación* del profesional en los aspectos psicosociales están completamente relacionadas con la disponibilidad de tiempo (Marvel MK, 1993). Menos tiempo conlleva casi siempre *insatisfacción* del paciente y *desgaste profesional* (Gross DA, 1998; Cebrià J, 2001 a,b; 2002). Por consiguiente, la primera tarea es procurarnos suficiente tiempo en *agendas flexibles e inteligentes* que permitan una distribución óptima de la carga asistencial (tabla 5.3).

Tabla 5.3. Agendas inteligentes

Todas las siguientes son características de las agendas inteligentes:

- Disponen de espacios para recuperar retrasos producidos en las franjas iniciales de citación (agenda acordeón).
- Según los días de la semana, disponen de espacios de reserva para atender a pacientes urgentes o forzados.
- Hacen una previsión del tiempo necesario para atender al paciente en función de sus características demográficas e historial previo de consulta.
- Evitan el efecto alud: muy poca carga asistencial a primera hora (incluso con el profesional parado debido a pacientes que han fallado a la visita), y acumulación a última hora, y reparten así la carga asistencial de la manera más homogénea posible.

Un uso eficiente del tiempo significa abordar el mayor número de necesidades de salud en el tiempo disponible, con un nivel de satisfacción aceptable. En los sistemas nacionales de salud el tiempo del profesional pasa a ser un bien escaso. El paciente lo sabe y trata de rebañar cada minuto. Eso lleva a la **paradoja de la prisa** (Borrell F, 2001): cuanto más atraso lleva el profesional, menos éste puede dinamizar la consulta. «Ya que me he esperado tanto al menos aprovecho», se dice el paciente. Bien es verdad que algunos se muestran empáticos («hoy ya no le digo más, porque tiene mucha gente»), pero serán los menos. ¿Venganza sibilina? En absoluto. Las personas quieren preservar una relación que juzgan importante, y procuran salir «satisfechas» de la consulta. «¿Tarde y mal?», se dicen. «No, la visita tendrá retraso, pero al menos saldré contento», se contestan. Es una consecuencia de lo que los psicólogos sociales llaman **disonancia cognitiva**: nos esforzamos para justificar que «estoy en buenas manos», y «contento» con este profesional, y que el esfuerzo de esperar merecía la pena.

Tengamos también en cuenta que una cosa es el tiempo de reloj y otra distinta el **tiempo subjetivo del paciente**. Nos acercáramos a este último si preguntáramos al paciente: «¿le ha parecido suficiente el tiempo de visita de hoy?» En la respuesta sin duda influiría el tiempo que hemos dejado hablar al paciente (**ocupación verbal del paciente**), si ha podido sacar todos los temas que llevaba preparados (lo que a veces no ocurre en consultas objetivamente largas), y la presencia de **espacios de elaboración**. Lo que hemos llamado **punto de fuga** de la entrevista es un espacio de elaboración que siempre debe dejarse al inicio de la entrevista. Un entrevistador experto sabe cuándo tiene que frenar y provocar **silencios funcionales**, cuyo valor es el de facilitar la elaboración de materiales por parte del paciente. En este sentido, el control de la **reactividad** (tiempo entre la intervención del paciente y la nuestra) es fundamental. Podemos conducir la entrevista como **bulldozers** (lentos pero implacables, sin la suficiente sensibilidad para recoger materiales que no estaban de antemano previstos), como **tractores** (lentos pero sistemáticos, trabajando cada palmo del terreno), como **motoristas** (rápidos y esquivando los obstáculos que encontramos) o como **todoterrenos** (lanzados con la quinta marcha sobre una autopista, pero también con la versatilidad de poner la reductora si entramos en un pedregal). Lo más difícil para un entrevistador es lograr esta **versatilidad del todoterreno**. Se diría que conducimos vehículos de una sola marcha: o corremos o vamos lentos, más lo primero que lo segundo, en todo momento y *para todo paciente*. Sin embargo, saber parar en momentos concretos de la entrevista, cuando aparecen emociones profundas, cuando aflora el sufrimiento, o cuando el paciente dice algo que nunca antes

se había atrevido a decir, marca otra calidad de la entrevista. Ahí reside una de las claves en la percepción del tiempo subjetivo.

El *entrevistador-moto* (que va como una moto), difícilmente llega al fondo de los pacientes complejos. Se aplica con inteligencia para sacárselos de encima, pero le falta este otro tipo de inteligencia que es la *paciencia*. Sólo con *paciencia* y las técnicas abordadas en el capítulo 2, entre ellas la *patobiografía*, logrará entrar en su mundo. Balint (1961) ya advertía de la necesidad de acumular los minutos dispersos e inútiles que destinamos a estos pacientes en visitas más largas. Opinaba que estos pacientes dejaban de ser hiperfrecuentadores una vez habíamos comprendido su mundo. Posiblemente sea más exacto pensar en el *modelo de la esponja*: cada paciente es como una esponja que precisa llenarse con la *querencia* de los demás. No todas las esponjas son iguales. Hay personas que absorben y dan mucho de esta *querencia* (si no la obtienen se sienten mal y la buscan activamente), otras que pasan por la vida con muy poca (ya sea porque se conforman, o porque asumen que no van a encontrarla). La presencia de padecimientos aumenta nuestras necesidades, y una fuente de atención es el profesional. Si *damos poca querencia a los pacientes, la consulta también se simplifica: ¡vienen menos!* Si nos preocupamos por los pacientes, vendrán más y querrán más tiempo, porque además de consejos se notan queridos. Eso deriva en la *paradoja del gestor ingenuo*: desea el mejor uso posible del tiempo profesional, pero fácilmente penaliza a los que más dan. *Atrasarse sobre el horario nunca es cómodo para el profesional. Nada más fácil que devenir un entrevistador-moto. No vayamos a favorecerlo con pretendidos indicadores de eficiencia que no tienen en cuenta esta dimensión psicológica del acto clínico.*

Todo ello no es óbice para que nos preocupemos por un uso adecuado del tiempo, es más, para que incluso enseñemos a nuestros residentes y estudiantes a «correr» cuando ello es necesario. Cada día, cuando iniciamos nuestra jornada, tenemos un tiempo limitado para realizar dos tipos de tareas: *habituales* y *especiales*. Las primeras son problemas bien estandarizados: sabemos cómo actuar. Las segundas requieren darnos tiempo para obtener buenos datos y reprocesar (desmentirnos), las primeras hipótesis que se nos ocurren, o permitir que afloren emociones. Como vamos lanzados (con la quinta marcha), la tentación de esquivar el problema o solucionarlo *como si fuera habitual*, es muy grande. Por ello recomendamos una mentalización inicial: «si surge un problema importante, o un paciente que no sé exactamente qué le pasa, o que precisa un espacio de *querencia*, tengo que detenerme. Debo detectar y cultivar mi *punto de perplejidad*, y la *paciencia*».

Dificultades prácticas

Veamos a continuación algunos comentarios que suelen hacer los entrevistadores, y algunas estrategias que pueden ayudar:

1. «¡Hoy tengo muchas visitas!»
 - Repítase de vez en cuando: «Lo principal es no agobiarme, hacer cada cosa bien y a su ritmo».
 - Evite que las primeras visitas se alarguen (pues ello equivale a tener que acortar las últimas).
 - Asegúrese bien de hacer un mapa de demandas a cada paciente.
 - Prosiga la anamnesis en la camilla de exploración, o incluso haga pasar el paciente directamente a la camilla (ley del correccaminos, véase tabla 5.4).
2. «Estoy muy tenso durante toda mi jornada laboral»

Tres causas: retraso sobre horario previsto, sobrecarga emocional y sobrecarga cognitiva. Veámoslas:

Tabla 5.4. **Las 5 leyes de la eficiencia**

Primera ley o ley del estratega

La mejor manera de usar nuestro tiempo de manera eficiente no es corriendo mucho, sino solventado todo lo posible el problema del paciente.

Segunda ley o ley de los vasos comunicantes

Debo procurar que sea todo mi equipo de salud quien mejore la gestión del tiempo y la resolución de los problemas, porque cualquier ineficiencia la pagará la persona más eficiente del equipo.

Tercera ley o ley del correccaminos

La manera de mejorar los tiempos medios de consulta con menor esfuerzo por parte del entrevistador y sin asumir riesgos de mala praxis, es haciendo pasar a los pacientes a la camilla de exploración lo antes posible, y completar allí la anamnesis.

Cuarta ley o ley del parsimonioso

Me interesa más estar seguro del diagnóstico de cada paciente que correr mucho. No dude en reconocer que no sabe, y exponga sus dudas como virtud, no debilidad, pues demorar una decisión puede reportar mayor seguridad para el paciente.

Quinta ley o ley del ladrón de momentos

En una jornada laboral perdemos muchos momentos: a) en las transiciones de la silla a la camilla; b) en las transiciones de un tema a otro; c) cuando dudamos sobre lo que debemos hacer a continuación. El ladrón de momentos es capaz de minimizar estas transiciones, o sacarles provecho.

- a) Retraso sobre horario: ponga en marcha una agenda inteligente (tabla 5.3) con una previsión realista del tiempo.
- b) Sobrecarga emocional: identifique si hay «culpa» en la relación establecida; ¿hubiera sido posible un curso de acción sin estas emociones negativas? Planifique estrategias futuras para evitar transacciones emocionales negativas: teoría del eco, sonría y recibirá sonrisas. Estudie el concepto de flujo emocional y emocionalidad proactiva.
- c) Sobrecarga cognitiva: dese un respiro. No importa perder 5 minutos. Relájese, tome algún refresco o un café hacia la mitad de la jornada. Ya recuperará el tiempo perdido.

Ahora bien, ¿cómo podemos actuar cuando tengamos que «ir rápido»? He aquí algunos consejos:

1. Lectura de los datos del historial: *técnica «resumen-lista de problemas-último curso clínico»*.
2. Buena *delimitación de la demanda* y realizar el *mapa de quejas y demandas*. Conocimiento profundo de la tabla 2.3.
3. Diversificar antes de focalizar nuestra atención. *Anamnesis extensiva y técnica del informe clínico*.
4. Aprender a realizar transiciones rápidas (ley del ladrón de momentos, véase tabla 5.4). Tener en la cabeza el plan de entrevista y, sobre todo, el siguiente paso que realizar, en especial las maniobras de exploración física.
5. Reconducir la entrevista cuando se producen divagaciones (materiales redundantes sin valor relacional o semiológico). Aprovechar los puntos muertos para escribir.

6. En ocasiones, sobre todo con pacientes ancianos, haremos pasar al paciente directamente a la camilla. Ello puede resultarles más cómodo. En general, evitaremos que el paciente vuelva a vestirse antes de asegurarnos de que ya no será necesario volver a examinarle.

7. También ocasionalmente deberemos **negociar las expectativas**, sobre todo cuando a pesar de que hemos aplicado correctamente todas las técnicas el paciente realiza un «por cierto, ya que estoy aquí». Por ejemplo:

P: Por cierto, ya que estoy aquí, ¿por qué no me mira este dolor de espalda?

E: Este problema merece una visita completa, ¿qué le parece si me pide hora para...?

El **cierre de la entrevista** suele descuidarse. Un buen cierre provoca un refuerzo en la alianza terapéutica, minimiza riesgos y regula la carga asistencial y el seguimiento del paciente. Observe las tres características en el siguiente cierre:

E (**refuerza la relación**): Sr. Vicente, ha sido un placer volverle a ver. (**Toma de precauciones**) Por favor, si tiene fiebre a pesar de tomar estas pastillas pasados dos días, tiene que contactar conmigo por teléfono. Si todo va bien en unos 5 o 7 días estará muy mejorado. Si no acaba de sentirse bien, tiene tos o problemas digestivos, tiene que volverme a pedir visita. (**Regula la carga asistencial** y el **seguimiento**) Si se recupera del todo no es necesario que me vuelva para control, y en tal caso nos veríamos para su análisis del colesterol en julio, ¿le parece bien?

A veces nos encontramos con pacientes que no saben despedirse. En tal caso podemos acompañarles a la puerta con una frase amable: «ha sido un placer volverle a ver».

Errores que evitar

Estudiaremos los errores que resumimos en la tabla 5.5.

Tabla 5.5.

Errores al afrontar las discrepancias de los pacientes

-
- Ceder en el significado del padecimiento
 - Tirar la toalla. Ceder de buenas a primeras: «sí, sí, le doy las vitaminas, el análisis, el volante, todo lo que quiera».
 - No escuchar. Enfadarse: «si no le gusta lo que le propongo puede cambiarse de profesional».
 - Interpretar las intenciones del paciente, como si se tratara de descubrir «razones ocultas»: «¿qué busca con todo esto?»
 - Impugnar o castigar la conducta del paciente: «usted está nerviosa aunque no lo quiera reconocer, y lo que tendría que hacer es enviarla al psiquiatra, más que pedirle radiografías».
 - Asumir riesgos innecesarios: «por supuesto que usted no tiene nada de nada. Eso se lo garantizo».
 - Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad: de acuerdo, vaya al especialista, pero por favor, no me vuelva en una temporada».
 - Intentar que se cambie de profesional: «usted es muy complicado para mí, ¿por qué no se cambia a otro profesional que sepa más?».
-

Ceder en el significado del padecimiento

Algunos profesionales entienden por negociar el no enfrentarse a los pacientes, cediendo siempre a sus sugerencias explícitas (como p. ej.: «hágame unos análisis»), o implícitas (como el deseo de ser diagnosticado de una enfermedad concreta). Estos profesionales pierden con frecuencia el rigor diagnóstico y terapéutico. El caso más extremo es la que llamamos *enfermedad autógena* (cuadro 5.1).

Cuadro 5.1.

Iatrogenia por excesiva complacencia. Enfermedad autógena

El Sr. Conrado, de 53 años, obtuvo la baja por un cuadro de polialgias, aunque las radiografías sólo mostraban una espondiloartrosis normal para la edad. En visitas posteriores el paciente se quejó de sus dolores lumbares insoportables, y recibió siempre una respuesta más o menos similar del profesional: «no me extraña, ¡con la artrosis que tiene!». Al cabo de unos meses el paciente estuvo persuadido de que su enfermedad era invalidante. La revisión del caso por parte de otro médico reveló un probable síndrome depresivo inicial, clínicamente superado, que se expresaba con polialgias, y una encapsulación de los síntomas invalidantes debido a su nuevo estatus de «enfermo crónico» y baja laboral.

Este tipo de situación clínica en que el paciente tiene que persistir en sus achaques para mantener su estatus sociofamiliar (¡y llega a creérselo!), lo hemos llamado enfermedad autógena. No confundamos el cuadro con una mera simulación: en la enfermedad autógena el sujeto *deja de controlar* los síntomas. Vive instalado en la creencia de su enfermedad, y actúa en consecuencia.

Cuando el paciente tiene ideas muy fijas sobre el origen de su padecimiento, el profesional debe negociar con habilidad su propia visión de los hechos, siendo muy honesto en sus limitaciones, y sin perder en ello la seguridad o *asertividad* descrita anteriormente. Por ejemplo, será adecuado ir repitiendo en cada visita: «en efecto tiene usted unos dolores importantes, Sr. Conrado, pero no debe amilanarse, porque otras personas en su estado y aplicándose a fondo, logran mantener una vida casi normal». Suele existir mayor margen en la negociación de las terapias. Casi siempre resulta posible individualizarlas en algún sentido (tolerancia, comodidad de la posología, etc.), aunque siempre estaremos atentos a que nuestro espíritu negociador no traicione el principio de realidad aludido anteriormente: *tenemos el derecho y el deber* de transmitir al paciente la visión que nos hemos formado de su perfil de enfermedad y riesgos, por encima de las *conveniencias* o intereses puntuales. Los profesionales de salud no debemos confundir negociar con hacer dejación de responsabilidades. Si por ello acabamos perdiendo al paciente siempre nos queda el consuelo de pensar que otros profesionales sensatos insistirán en el mismo mensaje, y que la fuerza de la coincidencia tendrá la persuasión de la que nosotros hemos carecido.

No escuchar. Enfadarse: «si no le gusta lo que le propongo puede cambiarse de profesional»

Algunos profesionales se irritan con facilidad. En cuanto se les contradice se muestran contrariados y apelan a la confianza. Si el paciente exige algo, enseguida les proponen, «si no le gusta como actúo se puede cambiar de profesional». Estos profesionales en realidad *aquejan una baja autoestima* que les impide encajar la discrepancia. Estudie en la figura 5.1 los pasos claves para ceder o «decir no».

Interpretar las intenciones del paciente, como si se tratara de descubrir «razones ocultas»: «¿qué busca con todo esto?»

Los profesionales de tono suspicaz y conspirativo buscan razones ocultas para las discrepancias, por ejemplo: ¿no será que desea una consulta con el traumatólogo para preparar una baja laboral? Estos pensamientos, aunque no se expresen en la relación, siempre tienen repercusión sobre ella. Por otro lado, asumir una posición de «inspector» del paciente significa ponernos a riesgo de importantes errores. Dicho de otra manera: aunque un paciente esté de baja por un dolor vago, nosotros nos lo tomaremos en serio y perseguiremos un diagnóstico antes de asumir que pudiera tratarse de un caso de *rentismo*, y si aún así hay dudas, *compartiremos riesgos con otros colegas* (p. ej., presentándolo en sesión clínica y reflejando el debate y las conclusiones en el historial clínico).

Impugnar o castigar la conducta del paciente

Por ejemplo: «usted está nerviosa aunque no lo quiera reconocer, y lo que tendría que hacer es enviarla al psiquiatra, más que pedirle radiografías». Seamos parsimoniosos. Aplique la estrategia «un síntoma, un tratamiento», y espere a que los acontecimientos le sean más propicios. Tal vez deba crear un colchón de confianza para que el paciente se note seguro y pueda abrirse. En todo caso, no tenga prisa, ni se culpabilice por hacer una medicina sintomática.

Asumir riesgos innecesarios

Intervenciones en esta línea serían: «bueno, ya que lo pide vamos a hacerle unos análisis, pero seguro que saldrán normales». ¿Y si después descubrimos una parámetro alterado? Tampoco es conveniente: «por supuesto que usted no tiene nada de nada. Eso se lo garantizo». O bien: «usted haga eso y ya verá como esta molestia desaparece en tres días». Resulta más prudente:

- Me parece bien hacerle unos análisis (aunque la iniciativa de los análisis haya sido del paciente).
- Por el momento no le encuentro nada, pero toda vez que usted continúa con molestias vale la pena que le sigamos viendo (o que lo remita a otro profesional para una segunda opinión o para una prueba).
- Este antibiótico en dos o tres días suele mejorar la situación; de todas maneras, es normal que las molestias se alarguen unos 10 días, yendo todo bien.

Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad

Por ejemplo: «de acuerdo, vaya al especialista, pero por favor, no me vuelva en una temporada».

Intentar que se cambie de profesional

Por ejemplo: «usted es muy complicado para mí, ¿por qué no se cambia a otro profesional que sepa más?». Sólo es una intervención honesta si la hacemos no por comodidad, sino porque pensamos que es lo mejor para el paciente.

Galería de situaciones

Proponemos los siguientes casos para proceder a su análisis:

1. No quiero hablar de este asunto.
2. El paciente que no confía en nosotros.

3. El paciente que desea otra opinión.
4. El paciente que no quiere coger el alta médica.

No quiero hablar de este asunto

En ocasiones, la negociación se desarrolla en un plano simbólico. Sería el caso de una mujer de 48 años, que perdió a su hija de 19 años en un accidente de circulación. Desde entonces ha realizado múltiples consultas a diferentes profesionales por dolores etiquetados como funcionales o psicósomáticos. Hoy le atiende por primera vez una enfermera que sabe sortear algunas resistencias. He aquí una síntesis del diálogo:

- /1/P: Estoy fatal de la espalda. Me dijeron que usted me enseñaría unos ejercicios, pero no se qué tengo peor, si la espalda o el sistema digestivo.
- /2/E: Sí, ya veo, en su historial le hicieron una resonancia magnética de la espalda.
- /3/P: Dijeron que tenía protrusiones, pero yo no he encontrado alivio. Por la noche me saltan las lágrimas de dolor.
- /4/E (*técnica aditiva* que demuestra comprensión empática de cómo se encuentra el paciente): No descansa y el dolor se hace más presente que nunca.
- /5/P: Exactamente. Y después, cuando me coge el hipo y los eructos, me tengo que ir a otra habitación porque no dejo dormir a mi marido. Y cuando duermo me rechinan los dientes.
- /6/E (*señalamiento emocional*): Parece que está usted sufriendo mucho.
- /7/P (se pone repentinamente a llorar. La entrevistadora le ofrece un pañuelo. Tras unos minutos, se sosiega).
- /8/E (*interpretación sugerida*): Algo hay, ¿verdad?, algo así como una pena muy grande, ¿no?
- /9/P (sollozando): No se por qué me he acordado de mi hija. Murió hace cuatro años de un accidente, así, de golpe, desnucada al dar una vuelta de campana. ¿Usted se da cuenta? Pero no quiero hablar de eso, no me hace bien. No quiero que hablemos de eso. Yo vengo aquí para ver qué podemos hacer con estos dolores de artrosis, y éste es otro tema.

El profesional recibe una importante revelación que, en buena parte, explicaría la clínica abigarrada de síntomas. Pero a la vez recibe una prohibición expresa: «eso es tabú, de eso no podemos hablar en lo sucesivo». ¿Qué hacer? He aquí la intervención del profesional que se comenta más adelante:

- /10/E: Si usted quiere no lo volveremos a hablar, pero tenga en cuenta que todos los síntomas digestivos y artrósicos arrancan justamente de hace cuatro años. En otras palabras, su vida parece que dio un giro hace cuatro años. A veces un dolor tan importante como el que me cuenta se expresa a través del cuerpo, y debidamente tratado por un especialista en salud mental podría mejorar mucho. ¿Ha considerado alguna vez esta posibilidad?

Comentarios

1. ¿En qué sentido ha existido en este fragmento una negociación inaparente?

Lazare A. (1995) define *negociación* como un proceso de al menos dos personas, en las que se establece una relación voluntaria, ambas partes con intereses contrapuestos en relación a algún aspecto, pero con el deseo de llegar a un acuerdo. Eso ocurre en este fragmento. Tenemos un conflicto soterrado en relación a los dolores. Ambas partes desean lle-

gar a un acuerdo sobre cómo aliviarlos, pero hay una discrepancia de fondo. El entrevistador dirige al paciente hacia aspectos psicológicos, y cuando eclosiona un duelo encapsulado, le dice: «lo ve, ahí tenemos la causa de sus síntomas». El paciente, por su lado, afirma: «esto que yo le confieso no tiene nada que ver con mis síntomas, y no deseo volver a tratarlo».

2. ¿Cree que la última intervención del entrevistador es la más adecuada? ¿Se le ocurren otras posibilidades?

En el marco de negociación expuesto anteriormente la intervención del profesional resulta prematura, aunque sin duda cargada de buenas intenciones. La paciente ha levantado un monumento a su duelo: ¡nada menos que su dolor corporal! Ahí lo tiene como expiación o como homenaje a su hija fallecida, o como ambas cosas a la vez, y el entrevistador, en una primera visita y sin contar con una confianza asentada, quiere «resolver» el caso mediante una derivación. Parece un tanto ingenuo pensar que la paciente renunciará a tanto dolor por una mera conversación mantenida con un profesional, por muy hábil que haya sido. Lo más probable es que, aun aceptando la derivación, se presentará al especialista en salud mental con un «no sé qué hago aquí, porque lo mío son los huesos».

Otra posibilidad sería, aprovechando que la puerta está entreabierta, apuntalarla con una interpretación sugerida del tipo:

/10/E (*cede y legítima*): Por supuesto, sólo hablaremos de lo que usted guste, pero ha sido muy positivo que usted me comentara este suceso para comprenderla un poco más. (*Interpretación sugerida*) A veces, no sólo nos duele la artrosis, también un dolor moral muy profundo puede afectarnos el sueño, la musculatura, el sistema digestivo, en fin, todo el cuerpo. Ha sido muy positivo que se atreviera a decirme esto, pienso que ahora se encontrará un poco mejor. Y no volveremos a hablar de ello hasta que usted lo estime oportuno.

Tras esta intervención el entrevistador cierra la puerta con delicadeza, y deja que sea la paciente la que escoja por dónde continuar la entrevista. Lo más natural es que la paciente, en coherencia con lo que ha expresado, vuelva a encerrarse en el mundo de sus síntomas.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

El profesional ha realizado una magnífica entrevista hasta /10/. Ahora tiene grandes posibilidades de trabajar con la mujer, a condición de tener paciencia. Un aspecto que puede angustiarse es la prohibición de «no volver a hablar del tema» realizada por la paciente. Sin embargo, le queda un recurso de enorme calado: **la comunicación simbólica**. Puede utilizarla siempre que desee, a condición de hacerlo con sensibilidad. Por ejemplo, en una visita sucesiva la paciente se queja:

P: Estos dolores no se me van con nada. Todo lo que me dan no me sirve.

E: El sufrimiento que tiene usted es muy grande, y las pastillas es como apagar un fuego con un vaso de agua.

P: Pues entonces... ¿qué puedo hacer?

E: Puede que este dolor tenga para usted un significado importante... ¿ha considerado esta posibilidad?

P: No le entiendo...

E: Me pregunto si este dolor le está diciendo a usted alguna cosa... No es neces-

rio que me lo responda ahora, sencillamente quisiera que reflexionara sobre ello y me lo comenta en una próxima visita. Es decir, ¿qué significado tiene para mí este dolor, que me hace pensar o me impide pensar, qué me hace sentir o me impide sentir?

De nuevo, aparece un *plano inaparente de negociación*, donde el entrevistador pergeña para dirigir la atención del paciente hacia el núcleo del duelo. Por su parte, el paciente desplaza de manera muy típica su malestar psicológico hacia la misma relación asistencial: «¡yo vengo aquí con toda mi buena fe, y usted no es capaz de solucionar nada!». El profesional responde a eso: a) llamando la atención del paciente sobre cómo vive el dolor, y b) con el uso del lenguaje simbólico no defrauda la promesa que le hizo a la paciente, pero en cambio es perfectamente capaz de negociar de manera efectiva la significación de los síntomas, de una manera que, además, resulta *sorpresiva* para el paciente, y por tanto, sin encontrar una resistencia verbal organizada (y previamente planificada).

En resumen, ante un paciente que no quiere entrar en lo psicológico:

- Respete su decisión pero cree otro plano de comunicación simbólico.
- Integre los síntomas en la biografía del paciente. De vez en cuando trate de que el paciente nos narre su vida (y la interpretación que hace de su vida).
- No tenga prisa por realizar un salto a lo psicológico. Cada cosa a su tiempo.

El paciente que no confía en nosotros

En ocasiones pueden ser comentarios como:

Paciente (observe el tuteo): Eres muy joven, ¿no?, para ser doctora...

Paciente (con cara de duda): ¿Esto me da?... ¿ya me irá bien, usted cree?...

O bien el más agresivo:

Paciente: Usted haga el favor de enviarme al especialista que al menos estaré en buenas manos.

El primer efecto de este tipo de intervenciones es la reacción emocional de enojo que suscitan. El profesional puede quedar colapsado por la rabia, y balbucear cualquier cosa sin saber cómo responder. Otras veces este enojo se traduce en un claro enfrentamiento o en una erosión de la relación asistencial. Por ejemplo:

/1/Familiar: Le traigo a mi esposa para que nos dé un volante para el psiquiatra.

/2/E: Ya, pero a ver si nos entendemos, yo no hago volantes sin antes visitar al paciente... ¿qué le ocurre?

/3/Familiar: Está fatal y no quisiéramos que se perdiera un tiempo precioso probando cosas que luego tal vez no nos funcionen, para tener que acabar en el especialista, o lo que es peor, en un médico de pago.

/4/E: Verá usted, si no me tiene confianza lo mejor es que se cambien a otro profesional. Yo estoy acostumbrado a hacer las cosas de una manera y como comprenderá no voy a hacerlas de otra por el simple hecho de que ustedes tengan prisa.

/5/Familiar: Usted puede que sepa de medicina, pero es muy joven y los que peinamos canas sabemos lo que nos decimos.

/6/E: Pues mire, en este punto decidan ustedes si quieren que visite al paciente o desean consultar el caso a otro compañero. Un volante no se lo voy a hacer sin visita.

Comentarios

1. ¿Era inevitable un enfrentamiento de este tipo?
Esta situación, en realidad, es muy fácil de resolver. Por lo general, basta para ello con una **reconducción por objetivos** del tipo:

/1/Familiar: Le traigo a mi esposa para que nos dé un volante para el psiquiatra.

/2/E (dirigiéndose a la paciente): ¿Qué le ocurre señora?

Y si el familiar hubiera opuesto resistencias:

/3/Familiar: Pero a ver, lo que queremos es un volante, ¿estamos?, porque está muy mal y no podemos perder el tiempo.

Sin perder la compostura, hubiera bastado una cesión intencional con o sin empatía:

/4/E (**empatía**): Me doy cuenta de su ansiedad... (**Cesión real**) Desde luego no hay problema con su petición, pero siempre va a sernos de gran utilidad tener unos datos para facilitar el trabajo del especialista, o que incluso nos permita seleccionar un tratamiento inicial mientras espera la visita... (**Reconducción por objetivos**) ¿Qué le ocurre, señora?

2. ¿Acaso no hay pacientes o familiares muy desagradables? Pues entonces, ¿no se merecen una lección? O en todo caso, ¿no tenemos derecho los profesionales a cuadrarnos y dejar las cosas en su lugar, aunque sea de vez en cuando?

Desde luego hay personas muy desagradables e incluso muy desagradecidas. De todo hay en la viña del señor. Por ejemplo, en pediatría:

Padre: Supongo que usted hace lo que puede con el chaval, pero si es sólo eso lo que puede, me parece que haría mejor dedicándose a otra cosa.

Pediatra: No le entiendo, Sr. Ramiro, creo haber tratado a su hijo con toda la corrección de este mundo.

P: Usted me da eso (receta) y yo lo cojo, pero piense una cosa, como no le funcione prepárese porque le mandaré llamar para que me venga a casa y no una ni dos veces, sino las que haga falta, como si me tiene que venir cada día, ¿estamos?

Pediatra: Por supuesto que no tendré inconveniente en venirle a casa, pero no creo que sean estas las maneras de conversar de manera civilizada, francamente...

Padre: Usted le ha venido dando porquerías porque las medicinas buenas esas son para los ricos, y ahora me manda al especialista cuando se lo he pedido yo porque ya no podía más. Pues mire lo que le digo, que si el chaval coge una pulmonía o algo peor, prepárese, porque nos veremos pero nos veremos en los juzgados, eso es lo que le digo.

El profesional está demostrando una gran paciencia. Lo más normal del mundo hubiera sido explotar, pero el profesional sabe el coste que tienen estas explosiones. ¿Quiere decir que hemos de tolerar todo lo que nos venga del paciente? No, claro que no. Pero siempre una *respuesta profesional* tiene ventajas sobre una *respuesta pasional*. La diferencia entre

ambas no es tanto lo que decimos como las emociones que exhibimos. Si nos descontrolamos llegaremos a un enfrentamiento. Si mantenemos el control a la postre tendremos la satisfacción de que no nos hemos ido al terreno al que nos invitaba el paciente. Contraviento y marea hemos logrado ser en *todo momento* profesionales.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En el primer ejemplo podemos considerar una buena respuesta profesional:

P: Es usted muy joven, ¿no?, señorita, para ser una médica (sic)...

E (con una sonrisa): No, qué va, ya soy doctora, ¿no lo sabía?, pero tengo la suerte de que no se me notan los años.

P: Pues se la ve a usted muy jovencita...

E: Ya, pero estoy segura de que usted no es de las personas que sólo juzgan por las apariencias, ¿verdad? Pasemos al tema de su dolor de espalda...

El tono y la sonrisa con que desenvuelve la doctora este diálogo es tan importante como lo que dice. En el caso de las amenazas descritas anteriormente debemos, en primer lugar, considerar si este padre tiene una ansiedad extrema o una enfermedad psiquiátrica. Lo más probable es que estemos frente a un trastorno de personalidad que se ha descompensado, y necesita una persona con la que enfrentarse (un **profesional-desagüe**, con el que desaguar su agresividad). El profesional debe tener muy claro que perder la compostura es ir al terreno que desea el paciente. Una técnica posible es la llamada **técnica contraproyectiva** (Shea SC, 2002, pág. 539). Consiste en manifestar similares sentimientos a los que lanza el paciente, y ofrecer otro tema de atención. Por ejemplo:

Padre: Supongo que usted hace lo que puede con el chaval, pero si es sólo eso lo que puede, me parece que haría mejor dedicándose a otra cosa.

E (manifiesta similares sentimientos): Pues a mí también me fastidia mucho darle un tratamiento y no aliviarle en la medida en que quisiera. (Deriva a otro tema) ¿Ha utilizado los *sprays* por la noche, últimamente?

El paciente arroja una patata caliente. El entrevistador no la ignora, sino que se da por aludido, indica que él también es capaz de sentir algo semejante, y propone que la entrevista transcurra por un derrotero más positivo.

Veamos la técnica en otro ejemplo, cuando ya se acaba la entrevista:

P: Supongo que usted hace lo que puede conmigo, pero si es sólo eso lo que puede, me parece que haría mejor dedicándose a otra cosa.

E: Es muy lamentable que un paciente tenga que gastar su tiempo con un profesional que no le merece su confianza, y también para el profesional, claro. Mire, aquí le doy esta receta, y las instrucciones para tomárselo. (Se levanta de la mesa y con amabilidad pero muy decidido le da la mano mientras abre la puerta.) Ahora pasará con la enfermera para que le explique con detalle el uso de este inhalador, y yo le veré si así usted lo desea en 15 días. Buenos días.

En este caso el paciente arroja una patata caliente y el entrevistador también se la devuelve. Sin embargo, prefiere dar por acabado el encuentro y con agilidad le da la mano, en señal de despedida, mientras que le invita de manera subliminal a que reconsidere el pacto terapéutico. Obviamente, en este punto también hubiera podido utilizar la **técnica de**

nueva relación. Consiste en evidenciar los pros y contras de continuar la relación asistencial que se ha establecido. Por ejemplo:

- P: Estoy muy enfadado con usted porque no me quiere hacer el papel que le solicité.
 E: Verá, Sr. Fernando, no es la primera vez que esta conversación se produce. Ya hemos comentado que este tipo de informes no los hago. Tal vez le sería más cómodo reconsiderar si le convengo como profesional porque las normas de mi consulta no las voy a cambiar.
 P: No me da la gana cambiar de médico. Usted tiene que hacer lo que los pacientes le digamos, faltaría, que para eso cobra.
 E: Pues por este camino no nos vamos a entender. No olvide que siempre tengo la potestad de cambiarlo a otro profesional si veo que la falta de confianza es un peligro para su propia salud.

Finalmente, el profesional puede aplicar la **técnica notarial** para documentar los extremos en que se está desarrollando una entrevista particularmente difícil. Veamos cómo funciona:

- P: Usted me ha venido dando porquerías porque las medicinas buenas son para los ricos, y ahora me manda al especialista cuando se lo he pedido yo porque ya no podía más. Pues mire lo que le digo, que si cojo una pulmonía o algo peor, prepárese, porque nos veremos pero nos veremos en los juzgados, eso es lo que le digo.
 E: Permítame que apunte lo que acaba de decir en su historial. Si no me equivoco ha dicho que si cogía una pulmonía nos veríamos en los juzgados, ¿es así?
 P: Bueno ¿y qué?
 E: ¿Puedo apuntar en su historial que en caso de que coja usted una pulmonía me denunciará al juez?
 P: Lo que yo haga es de mi incumbencia y ya está, faltaría más.
 E (aplicando la **técnica notarial**): Claro, claro que sí, pero cuando recibimos amenazas estamos obligados a apuntarlo en el historial del paciente y notificarlo al director del centro. Creo que usted me acaba de amenazar.
 P: Yo no le amenazo, lo que le digo es que pobre de usted si me pasa algo.
 E: He apuntado en su historial: «el paciente me dice que me denunciará en el juzgado si coge una pulmonía», ¿es eso correcto o debo entender que se ha expresado usted mal o que yo lo he entendido mal?

Con esta intervención el profesional da una oportunidad al paciente para que rectifique, oportunidad que no aprovecha:

- P: No, lo ha entendido perfectamente, y pobre de usted que pille una pulmonía.
 E: Perfectamente. Quedo enterado. Notificaré al director del centro estas amenazas y le comunicaré mi deseo de que sea usted cambiado a otro profesional. (**Propuesta de nueva relación**) Como puede comprender, no puedo atender correctamente a un paciente que sin motivo justificado se expresa de esta manera.

Otra situación frecuente es el paciente que desea otra opinión.

- P: Doctor, usted con la mejor voluntad me ha dado estas pastillas, y después este jarabe, y como la cosa no iba bien, añadió estas ampollas bebidas, pero yo así no puedo estar.

Dr.: Bueno, tiene un eccema un poco rebelde, pero poco a poco está mejorando.

P: Doctor, no se moleste conmigo, pero yo pienso... usted ya ha probado de solucionar el problema, pero por lo que sea no da en el clavo... ¿y si pedimos opinión al dermatólogo?

Dr.: Estas cosas de piel van poco a poco. Además, el dermatólogo tiene una lista de espera horrorosa, y total le va a decir lo mismo que yo.

Lo más probable es que la relación se erosione. ¿Por qué razón el médico se resiste a derivar al paciente? Posiblemente piensa que puede solventar de manera ventajosa la situación clínica. También puede ocurrir que interprete el hecho de derivar como cierto fracaso, o que, en palabras de Gracián, «a más doctores, más dolores», o «un médico cura, dos dudan, tres muerte segura». Posiblemente el miedo a que el paciente caiga «en malas manos» pueda mitigarse si conoce y confía en el dermatólogo de referencia.

Hoy día la segunda opinión se admite como un derecho del paciente. En este sentido podemos recomendar o sugerir, pero nunca oponernos frontalmente, excepto cuando de ello pueda derivarse un mayor daño para el paciente. He aquí el anterior diálogo partiendo de estas premisas:

P: Doctor, no se moleste conmigo, pero yo pienso... usted ya ha probado de solucionar el problema, pero por lo que sea no da en el clavo... ¿y si pedimos opinión al dermatólogo?

Dr.: Sí, claro, no hay ningún problema. Tenga en cuenta, de todas maneras, que tiene un tipo de eccema bastante rebelde. Si le parece, toda vez que el dermatólogo tiene lista de espera, le daré un tratamiento para que vaya haciendo mientras espera la visita. Si el tratamiento le funciona y queda completamente limpio, anule la visita para que otra persona pueda beneficiarse de ella, ¿le parece bien?

Recuerde, ante un paciente que no confía en nosotros:

- Prefiera siempre una respuesta profesional a una respuesta pasional.
 - Ante un juicio de valor referente a su persona, contrárréstela con rapidez y sin enojo con un juicio opuesto («no se lo crea, no soy tan joven, ya soy doctora/ tengo mucha experiencia en su enfermedad»).
 - Acceda a una segunda opinión sin entenderlo como fracaso personal.
 - Cuando ceda no lo haga a regañadientes... ¡que al menos sirva para ganar en confianza!
 - La técnica contraproyectiva puede evitar que seamos usados como «profesionales-desagüe».
- No olvide tampoco la técnica notarial y la propuesta de nueva relación.

El paciente depresivo que no acepta el diagnóstico

Observe el siguiente diálogo:

/1/Entrevistador: Tiene usted una depresión.

/2/Paciente: ¿Una depresión? ¡Pero si a mí lo que me pasa es que me duele la espalda!

/3/Entrevistador: No importa, la depresión puede manifestarse con dolores.

/4/Paciente: Bueno, pero yo no tengo depresión.

/5/Entrevistador (sin mostrar enfado, con suavidad): De acuerdo, no tiene depresión, ¿entonces qué tiene usted?

/6/Paciente: Me duele la espalda. Supongo que tengo mucho desgaste de huesos.

- /7/Entrevistador: Es verdad, eso también lo tiene. ¿Se le ocurre algo que debiéramos hacer al respecto?
- /8/Paciente: Hace mucho que no me envía a rehabilitación.
- /9/Entrevistador: Es cierto. Es algo que, sin duda, le va a ir bien. Pero además de su dolor de espalda se quejaba usted de insomnio, de abatimiento, de no tener ganas de hacer nada, de no disfrutar con las tareas de jardinería, que a usted siempre le había gustado... ¿Qué haremos con todo esto?
- /10/Paciente: ¿No tiene usted algún tipo de vitaminas para darme un poco de ánimo?
- /11/Entrevistador: Sí que lo tengo. Precisamente tenemos un tipo de pastillas que se llaman antidepresivos y que suelen tener buenos resultados en pacientes como usted. ¿Quiere que se las dé?
- /12/Paciente: ¿No me darán sueño?
- /13/Entrevistador: Éstas que le recomendaré no suelen dar sueño.
- /14/Paciente: Tengo una vecina que toma pastillas de esas y me dijo: «no las tomes, porque si empiezas a tomarlas ya no se pueden dejar».
- /15/Entrevistador: No lo preveo en su caso. Es verdad que hoy día nos inclinamos por tratamientos largos, pero después la mayor parte de pacientes lo dejan sin problema alguno.
- /16/Paciente: ¿Y servirá para algo?
- /17/Entrevistador: En unos 20 días podremos ver los primeros efectos. En principio, tiene que mejorar el sueño, las ganas de hacer cosas también, pero poco a poco. De hecho, la mejoría es tan progresiva y se siente como algo tan natural que cuesta atribuirlo a las pastillas.
- /18/Paciente: Bueno, pues podemos probarlo.

Comentario

1. ¿Cuáles son los puntos fuertes de esta entrevista?

El entrevistador ha seguido la estrategia del junco, que se deja doblar con el vendaval para después recuperarse. En lugar de persistir en sus ansias de justificar el diagnóstico y la terapia que había planificado, ha tomado riesgos y ha entrado en la vivencia de enfermedad del paciente. Su tarea ha sido, aparentemente, sencilla. La verdad es otra: pocas veces un profesional es capaz de olvidarse de su agenda, e incorporar la del paciente. La actitud de base es la que mencionábamos anteriormente: entra en flujo emocional con el paciente. Más importante que negociar (y por ende, ver quién gana en una entrevista), resulta hacernos en algún sentido amigos, establecer una alianza terapéutica al nivel que se pueda. Este último punto es importante: un profesional centrado en lograr una buena relación con el paciente no renuncia a sus objetivos terapéuticos, pero sabe que de nada sirven si no establece alianza terapéutica, y que dicha alianza sólo funciona si está anclada a un nivel más profundo que las palabras, en el nivel de la cordialidad, de la empatía, de las cesiones (*intencionales o reales*) del ir haciendo camino con el paciente, no arrastrando al paciente.

2. ¿Puede mejorarse esta entrevista?

Cuando introducimos los aspectos psicosociales en la entrevista, tenemos que tener una cierta previsión sobre cómo van a ser recibidos por el paciente. En la parte exploratoria habremos observado si el paciente está abierto o cerrado a lo psicosocial. Posiblemente, en el caso que nos ocupa el paciente podría haber dicho:

E: ¿Se nota más triste de lo habitual?

P: No sé, problemas no tengo... no tengo razón... para estar triste.

E: ¿Pero de vez en cuando siente una tristeza que incluso le hace llorar sin saber por qué?

P: Pues sí. A veces me pasa, pero no vaya a pensar que todo eso son nervios, ¿eh?

En tales casos algunos autores abogan por una aproximación gradual al diagnóstico. Lo llamábamos anteriormente **enunciación parsimoniosa**: «parecería que tuviera un amago de depresión (o un «poquito» de depresión)». En algunos casos, puede ser correcto, y sin duda puede adecuarse al estilo dubitativo de algunos profesionales, una voluntad *deliberada* para mostrarse flexible y dialogante en los diagnósticos que emite. Debemos respetarlo y admitir que mostrarse accesible es una variante de la fortaleza. Sin embargo, en general nos inclinamos por los diagnósticos positivos, más que aproximativos, eso sí, con margen para la flexibilidad y la persuasión. Éticamente, no podemos transmitir más seguridad de la que de verdad tenemos en el diagnóstico, pero *tampoco menos*:

/1/Entrevistador (**enunciación múltiple**): Señora Raquel, usted se queja de dolores por todo el cuerpo y un cansancio muy grande. Creo que, en efecto, tenemos dos problemas. Por un lado, los dolores de huesos. Ya le dijimos en otra ocasión que tiene algo de artrosis, y parece que ahora se nos ha activado. El otro problema es este insomnio, que la levanta a las tres de la madrugada, junto a esta dejadez, este lloro espontáneo, cuando no hay razón para ello, este verlo todo de color oscuro... ¿se da cuenta?

/2/Paciente: ¿No puede ser por la artrosis?

/3/Entrevistador: La artrosis, cuando duele, duele donde está, en las cervicales, en las manos, como es su caso... Pero a usted además le duele todo el cuerpo...

/4/Paciente: La cabeza, la cabeza es terrible...

/5/Entrevistador: Exactamente. Cuando hay todos estos síntomas juntos, nos señalan un diagnóstico que me parece bastante claro en su caso. Creo que padece usted una depresión leve o distimia, ¿sabe usted algo de las depresiones?

Con esta entrada, la mayor parte de pacientes con síndromes depresivos aceptan el diagnóstico. ¿Y si a pesar de ello aún muestran resistencias? Nos mostraremos comprensivos, respetando sus opiniones, pero no cederemos en la significación de los síntomas. Considerar las creencias del paciente *no debe confundirse* con renunciar a los diagnósticos que establezcamos, porque una de nuestras obligaciones éticas es *hacer contactar al paciente con la realidad*. Para una discusión ética de esta perspectiva, véase «Conceptos avanzados» en este mismo capítulo.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En la figura 5.2 resumimos los aspectos diferenciales entre un abordaje centrado en el paciente y un abordaje centrado en el profesional.

Imaginaremos que hemos seguido todas las recomendaciones apuntadas anteriormente, pero el paciente muestra una fuerte resistencia a tomar antidepresivos. Reemprendemos el diálogo en la intervención /5/:

/5/Entrevistador: Creo que padece usted una depresión, ¿sabe usted algo de las depresiones?

/6/Paciente: No, sólo sé que una vecina tiene depresión y le han dado unas pastillas que ya no las puede dejar de por vida, y me comentó: «no dejes que te las den porque ya no te las podrás sacar de encima».

| Centrado en el médico | Centrado en el paciente |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – El médico valora como resultado satisfactorio de la entrevista que su plan haya sido aceptado por el paciente. – El médico sólo está preocupado por sus responsabilidades asistenciales – El médico se marca unos objetivos educacionales para cada enfermedad. – El médico evita la expresión de sentimientos. – El médico ofrece un plan terapéutico. – El médico evita conocer las expectativas del paciente. | <ul style="list-style-type: none"> – El médico valora como resultado satisfactorio establecer una alianza terapéutica con el paciente. – El médico procura que el paciente refiera con libertad sus preocupaciones. – El médico adapta sus objetivos educacionales a los intereses y creencias del paciente. – El médico procura la expresión de sentimientos del paciente. – El médico implica al paciente en un plan terapéutico. – El médico quiere conocer las expectativas del paciente. |

Figura 5.2.

Aspectos diferenciales entre un abordaje centrado en los intereses del profesional y el abordaje centrado en el paciente

- /7/Entrevistador: Cuando tiene dolor de cabeza, ¿tiene miedo a quedarse enganchada a las aspirinas?
- /8/Paciente: No, a eso no porque las aspirinas ya sé cómo me sientan.
- /9/Entrevistador: Entonces, ¿cómo sabe de antemano cómo le sentarán los antidepresivos?
- /10/Paciente: ¿Y no me puede dar unas vitaminas?
- /11/Entrevistador: Los antidepresivos vienen a ser como unas vitaminas especiales que refuerzan el cerebro.
- /12/Paciente: Pero prefiero no tomar antidepresivos.
- /13/Entrevistador (en este punto el profesional *prefiere ceder y mantener la alianza terapéutica, a forzar la situación*): Usted manda. Es preferible que si no lo ve claro no lo tome, porque entonces le cogería manía a las pastillas. ¿Hay alguna vitamina que usted hubiera tomado con anterioridad y que le haya ido bien?... De acuerdo, aquí tiene. Pero por favor, no dude en venir si no acaba de mejorar. El tratamiento que le propongo es muy eficaz.

Una buena técnica de entrevista prioriza una buena alianza terapéutica por encima de «conseguir lo que nos proponemos».

Recuerde, ante un paciente depresivo que no acepta su diagnóstico:

- Haga un listado de los síntomas que usted detecta e invítele a que opine sobre su significado.
- Explique la enfermedad a partir del modelo de «las pilas agotadas», o de «un agotamiento tras un período de estrés prolongado». Normalice la enfermedad: «hay muchas personas con depresión».

- Razone el tratamiento explicando lo que hace: «recargar pilas», «dar un punto de serenidad», «animar poco a poco», etc.
- Prevenga una mala adherencia: el medicamento actúa de una manera tan natural que nos da la impresión de que nos vamos encontrando bien sin que se deba a la medicina, y podemos pensar que ya no la necesitamos.

El paciente que no quiere coger el alta médica

El tema de las bajas es de los que más preocupan al médico de familia, por lo que vamos a estudiarlo con cierto detalle. Veamos, en primer lugar, dos peticiones de baja no justificadas a criterio del médico. En la primera la paciente no tiene historial de abuso de bajas, en tanto que en la segunda sí lo hay.

Petición de baja en un contexto de no abuso:

1. Dr.: Tiene un resfriado por fortuna no muy fuerte, que podemos tratar con las siguientes medidas...
P: Doctor, todo esto está muy bien, pero yo necesito la baja.
2. Dr.: ¿Cuál es su trabajo?
P: Trabajo en una carnicería. Tengo que entrar en la cámara frigorífica... ya me dirá.
3. Dr.: Normalmente un resfriado de este tipo suele pasarse haciendo vida normal...
P: Yo me conozco y sé que en un par de días voy a estar fatal.
4. Dr.: Bien, puede que tenga razón... ¿Le parece bien que le dé tres días de baja? De acuerdo, pues el alta la recogerá usted directamente el día 3 de octubre en las admisiones de esta planta. No es necesario que me coja visita excepto en el caso de que no se encuentre bien para trabajar...

Petición de baja en contexto de abuso:

1. Dr. (acabando la explicación): Por fortuna, señora Milagros, en esta ocasión el dolor de cervicales es muy leve. Le propongo un relajante muscular y...
P (interrumpiendo nerviosa): Doctor, usted y yo sabemos que no estoy para trabajar. En realidad usted me tendría que dar la invalidez, porque con todo lo que llevo trabajado en esta vida... ¡yo empecé a los 14 años a hacer faenas por las casas!, ya ve, y ahora usted me niega una baja que sabe perfectamente que la necesito.
2. Dr. (en este punto el médico teme que si le da la baja va a ser muy complicado volverle a dar el alta. Pondera tres posibilidades: no dar la baja, darla con reparos en el contexto de una negociación, o dar la baja sin más. Al final escoge la segunda opción): Verá, Milagros. Yo con gusto le daría varios días de baja, como otras veces le he dado, pero recuerde que la última vez lo que tenía que ser una baja de cinco días fue una baja de tres meses. ¿Entiende usted mi posición?
P: Es que yo, doctor, estoy para una invalidez. Otras con menos la tienen.
3. Dr.: Este punto ya lo analizamos, y ni yo ni el reumatólogo apreciamos suficiente enfermedad para que se la den. Sí que hay un poco de desgaste de las cervicales, pero lo normal para su edad, o sea que hemos de ir tirando, mal que nos pese.
P: Pues al menos deme usted una semana de baja.
4. Dr. (pondera en este punto la dureza del trabajo, la injusticia de una baja no plenamente justificada, y el peligro de romper una buena relación asistencial, con las consecuencias de cambio de médico, polidemanda y dificultades para contener a esta paciente que tendría otro médico): Bien, estoy de acuerdo pero le cojo la palabra, o sea le doy una semana, ¿estamos de acuerdo?

- P: Claro, claro.
5. Dr.: Voy a dejar firmada su alta con fecha del próximo 5 de noviembre. Eso quiere decir que el día 6 tiene que estar trabajando, porque el alta ya estará firmada y no se podrá tocar ¿lo entiende?
- P: Sí, doctor. Lo entiendo.
6. Dr.: ¿Es usted persona que le guste cumplir con los tratos?
- P: Claro, doctor, sólo faltaría.
7. Dr.: Pues entonces me fío de usted. (**Descubre emociones [selfdisclosure]**) Espero que no me tenga que disgustar. Por otro lado, le recomiendo que siga el siguiente tratamiento...

Comentarios

1. ¿Se aplican técnicas correctas en estas dos entrevistas? ¿Pueden mejorarse?

Ambas entrevistas son, básicamente, correctas. En la primera el profesional aplica el aforismo (v. tabla 5.6): «el paciente que no abusa de la baja y la solicita de manera puntual, debe tener un voto de confianza». En la segunda el dar o no la baja depende del criterio clínico, que debe formarse a partir de los datos orgánicos y psicosociales. En este caso, debemos suponer que posiblemente el médico ha ponderado más aspectos de estrés

Tabla 5.6.
Aforismos que ayudan a la decisión

-
- Siempre formarnos nuestra propia idea de lo que le ocurre al paciente (independientemente de otros especialistas o informes que aporte el paciente), y a partir de ahí, decidir si debemos o no dar la baja, o alargarla.
 - Los casos difíciles tiene que estar documentados antes de forzar un alta: como mínimo una exploración física registrada correctamente en el historial, y a veces exploraciones complementarias y la opinión de otro colega o especialista.
 - El paciente que no abusa de la baja y la solicita de manera puntual debe tener un voto de confianza.
 - Ante todo somos médicos, no inspectores. Por ello no damos de alta a un paciente que no acabemos de ver claro. En caso de dudas, beneficiaremos al paciente.
 - Cuando está claro que el paciente abusa de la baja, forzamos el alta por respeto al resto de ciudadanos que confían en cómo administramos esta prestación sanitaria, y porque es de justicia hacerlo así.
 - Algunos pacientes deben ser derivados al especialista, no tanto porque supongan una duda diagnóstica, sino para **compartir el riesgo** de una evolución desfavorable.
 - En caso de discrepancia con un especialista en los plazos de alta, quien firma la baja es el responsable, ya sea a efectos de alargarla o reducirla.
 - Cada episodio de enfermedad tiene que juzgarse de manera independiente a los anteriores. Podemos equivocarnos fácilmente en pacientes que abusan de la baja, pero que en un momento determinado tienen un padecimiento grave. ¡Incluso un rentista acaba muriéndose de enfermedad orgánica!
 - Nada peor que pensar que un paciente viene para pedirnos la baja, pues no daremos crédito a los síntomas que nos cuente. Éste tiene que ser un juicio final, jamás inicial.
 - Todo el equipo actúa con una pauta similar, para evitar diferencias de trato, que nos llevaría a situaciones injustas.
-

psicosocial que los datos propiamente orgánicos. Su estrategia consiste en aflorar sus dudas para compartirlas con el propio paciente.

2. ¿Cuál es la evolución más previsible de ambos casos?

Por lo general, no hay problemas con el primer caso, e incluso diríamos más, si el paciente regresa diciendo que no se encuentra bien, es probable que tenga razón, y deberemos analizar su caso sin prejuicios, aplicando otro aforismo de la tabla 5.5: «ante todo somos médicos, no inspectores. Por ello no damos de alta a un paciente que no acabemos de ver claro. En caso de dudas, beneficiaremos al paciente».

Por el contrario, es muy posible que en el segundo caso la paciente se muestre renuente a coger el alta. En algunos casos tratará de ir cogiendo el parte de confirmación sin pasar por consulta, o si eso no le resulta posible, tratará de negociar la prolongación del alta con el médico.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En el segundo caso, analizado anteriormente, imaginemos que la paciente trata de forzar la continuación de la baja... ¿qué haremos? En la tabla 5.6 resumimos algunos aforismos que nos ayudarán en la toma de decisiones, y en la tabla 5.7 las técnicas de negociación más importantes. A partir de estas ideas...

P: Yo no estoy para trabajar, me tiene que alargar esta baja.

Dr. (siempre exploración física y «**hacernos nuestra propia opinión**»): Ante todo quiero volver a valorar sus cervicales, por favor, pase a la camilla.

(Pasan a la camilla de exploración física, y cuando regresan):

Dr. (**listón de negociación alto**): Bueno, Sra. Milagros, tengo buenas noticias para usted. La veo francamente recuperada, siempre puede tener cierto dolor residual, pero nada que le impida trabajar...

P: Doctor, pues yo no sé lo que me pasa, porque cuando hago este gesto tengo un dolor que me parte la cabeza...

Dr. (**normaliza y atribuye emociones positivas al paciente**): Esto es normal en casos como el suyo. Algo de molestias tendrá al menos una temporada. Pero esto no va a ser obstáculo para que se reincorpore al trabajo, que es en definitiva lo que usted desea.

P: Doctor, claro que quiero volver al trabajo, pero no en estas condiciones. Creo que si me da al menos un par de semanas más me podré recuperar.

Dr. (mientras extiende el alta): Lo siento, Milagros, pero ya no le puedo mantener más tiempo de baja sin que llamemos la atención del inspector. Lo más prudente para usted misma es que ahora le dé el alta.

En resumen, ante un paciente que no desea coger el alta:

- Asegúrese de que no tenga un proceso orgánico grave.
- Proceda siempre a la exploración física antes de tomar una determinación.
- Atribuya al paciente sentimientos de cariz positivo: «Tengo buenas noticias para ti/usted». Y: «tu/usted lo que quiere/s es volver a trabajar y por fin eso será posible».
- Normalice la situación: «es normal en casos como el t/suyo que aún tenga molestias».
- No excluya más exploraciones o terapias: «claro que proseguiremos con más pruebas, pero ahora ya se puede reincorporar al trabajo».

- En algunos casos use la persuasión que llamamos normativa: «tengo que cumplir normas, lo siento», viene a decir. En ningún caso lance mensajes de culpa («¿no habíamos quedado que usted cogería el alta?, ¿lo ve como no me puedo fiar de usted?, etc.»).
- Otras situaciones relativas a la gestión de bajas pueden consultarse en Borrell F, 1995, 1999, 2001.

Conceptos avanzados

El Health Belief Model

El Health Belief Model (HBM) propone unos factores (motivación, vulnerabilidad, gravedad, coste-beneficio...) que predecirían los cambios conductuales de una persona concreta en una situación concreta (tabla 5.7). En los estudios de campo, este modelo explica desde un 15 % (Yarbrough SS, 2001) a un 75 % de la variabilidad (Ali NS, 2002), y en ellos aparece la percepción de eficacia y las barreras percibidas como las variables más predictivas (Scott J, 2002; Hanson JA, 2002; Wdowik MJ, 2001; Wallace LS, 2002; Nyland J, 2002). Los estudios que mejor se adaptan al modelo son aquellos en que los pacientes están en una situación clínica más grave. En estos casos los pacientes son más propensos a seguir las instrucciones o adherirse a las terapias (Fernández A, 2003). Sin embargo, cabe preguntarse qué ocurre con el porcentaje de las conductas «no explicadas» por el modelo. Y aunque no lo sabemos con certeza, podemos imaginarlo: pereza, falta de creencias bien definidas en la

Tabla 5.7.

Técnicas básicas en la negociación de las incapacidades temporales

1. Propuesta de baja:
 - ¿Cómo se ve para trabajar?
 - ¿Qué tipo de actividad lleva en el trabajo?... ¿cree que podrá trabajar tal como se encuentra?
 - Voy a darle la baja para ... días. Si se encontrara bien antes, solicite el alta en el mostrador/consulta ... Si el día ... no estuviera para trabajar, tiene que venir a la consulta, porque la baja ya no le cubrirá.
2. Valoración de resistencias y de expectativas:
 - Entiendo que coger la baja le resulte difícil, pero de todas maneras si no la coge se arriesga a que el cuadro se le complique... ¿Entiende la situación?... De acuerdo, por supuesto su decisión la respeto, registraremos en su historial que no ha querido coger la baja.
 - Es posible que tenga estas molestias durante meses, sin embargo eso no le debería impedir trabajar... Debería mentalizarse de que algo de molestias tendrá.
 - Muchas personas trabajan con similares o peores molestias.
3. Técnicas de negociación:
 - a) Imposición:
 - Lo siento pero no puedo darle la baja por eso. Si no se acaba de encontrar bien puede volver...
 - Buenas noticias: le veo muy recuperado. Ha llegado el momento de que le demos el alta, que es en definitiva lo que deseaba usted.
 - Ahora es peor la baja que el alta, porque tanto desde un punto de vista psicológico como de la enfermedad lo mejor que podemos hacer es que empiece a trabajar para acabarse de recuperar.
 - No queda más remedio que darle el alta, porque sino llamaremos la atención del inspector.
 - b) Gota malaya (incapacidades largas que no justifican una invalidez definitiva):
 - Bueno, le mantendré una semana más, aunque de hecho le tendría que dar el alta hoy mismo, pero vamos a dejar que se recupere un poco más y se adapte a la idea de volver al trabajo.
 - c) Contrato/pacto
 - Le doy la baja con las siguientes condiciones... ¿Acepta?

comunidad en torno al problema tratado, azar de las influencias (como de hecho admite el modelo), presencia de pensamiento mágico, y un largo etcétera que ignoramos (cuadro 5.2).

Cuadro 5.2.

Pereza para afrontar el miedo

Una mujer conoce los beneficios de la mamografía preventiva, tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, y además ella misma se ha notado un pequeño bulto en una mama. Sin embargo, no hace caso a una carta de su centro de salud que la invita a un examen preventivo, porque piensa que «si no me tocan la mama lo que tenga (aunque sea malo) estará como dormido». Es decir, asimila su propio olvido del bulto a que la enfermedad también se comportará olvidándose de ella, en un paralelismo típico del pensamiento mágico. Pero sería ingenuo pensar que éste es el motivo de su conducta. En el fondo tiene miedo y *pereza para afrontar este miedo*.

La conducta de esta paciente cae en el porcentaje no explicado por el modelo resumido en la tabla 5.8, porque el concepto de *pereza para afrontar el miedo* aún no ha entrado en la bibliografía. Los desarrollos de campo del HBM se han centrado en operativizar el concepto de vulnerabilidad como «percepción de eficacia», y el coste-beneficio como «percepción de barreras para el cambio». En cambio, el concepto de motivación no se ha sabido apreciar, a nuestro entender, de manera suficiente. Proponemos el concepto de *inercia de hábitos que requieren esfuerzo* para caracterizar el estilo con el que una persona es capaz de incorporar nuevas pautas o rutinas a su vida cotidiana. Tal vez este concepto pueda incorporar las emociones ilustradas en el cuadro 5.2 y otras similares, ampliando la variable «motivación» del Health Belief Model.

Modelo de influencia interpersonal: campo de búsqueda y locus de control

Partimos de la base de que, en cada momento biográfico, intentamos ser coherentes y previsibles, lo que resulta una condición necesaria para que los demás confíen en nosotros. Pero por debajo de esta aparente coherencia la mayoría somos un tanto caóticos, y podemos sostener creencias paralelas e incluso contrapuestas sobre la realidad que vivimos... dependiendo de nuestro interlocutor y, de manera más genérica, de la presión que ejerza la comunidad en la que vivimos. Así somos de influenciables. Estamos en una constante negociación con el entorno, y otorgamos a determinadas personas una posición pri-

Tabla 5.8.

Health Belief Model

- *Motivación*: cada persona tiene un nivel de voluntad que puede movilizar para un cambio de hábitos. Nosotros precisamos este concepto con el de «inercia de hábito».
- *Vulnerabilidad*: cada persona tiene su propia percepción sobre si el padecimiento que tiene es más o menos vulnerable a la acción de un fármaco. En los estudios esta variable se operativiza como «percepción de eficacia».
- *Gravedad percibida*: cada persona tiene su propia percepción sobre si su padecimiento es importante o banal.
- *Coste-beneficio*: cada persona tiene sus propias ideas acerca del coste material, emocional, etc. que puede tener un determinado plan terapéutico. Esta variable aparece en los estudios como «barreras» para el cambio.
- *Nuevas creencias*: constantemente fluyen nuevas creencias, fruto del contacto de la persona con su ambiente.

vilegiada sobre nuestras vidas. Personas privilegiadas son el profesional de la salud, el maestro, el político... pero también aquel amigo que sabe mucho, aquel otro que superó tal enfermedad, etc. Un médico difícilmente puede tener a sus propios padres por pacientes porque nunca ocupa este lugar de privilegio, y sus consejos caen en saco roto.

El modelo de influencia interpersonal nos propone que la persona responde a los retos de la vida cotidiana «buscando» una conducta idónea para responder a dicho reto. Su *campo de búsqueda* (figura 5.3) es el siguiente:

Cada persona hace o puede hacer = lo que cree que debe hacer + otras conductas que hace (sin conceptualizarlas éticamente o a sabiendas de que no son correctas) y que le proporcionan gratificación o placer + conductas que anteriormente ha hecho y que había abandonado + conductas que ve hacer a otras personas, medios de difusión, etc., o que se le indican que debe hacer.

El modelo incorpora el concepto de *locus de control* pero en un sentido muy dinámico. El paciente aceptará influencias externas o buscará soluciones por sí mismo según si ha vivido situaciones semejantes, su grado de autonomía y percepción de eficacia. Si predomina la influencia (*locus de control externo*) aceptará ser persuadido, recibir órdenes o consejos. Si predomina el *locus de control interno*, flecha de búsqueda, preferirá encontrar

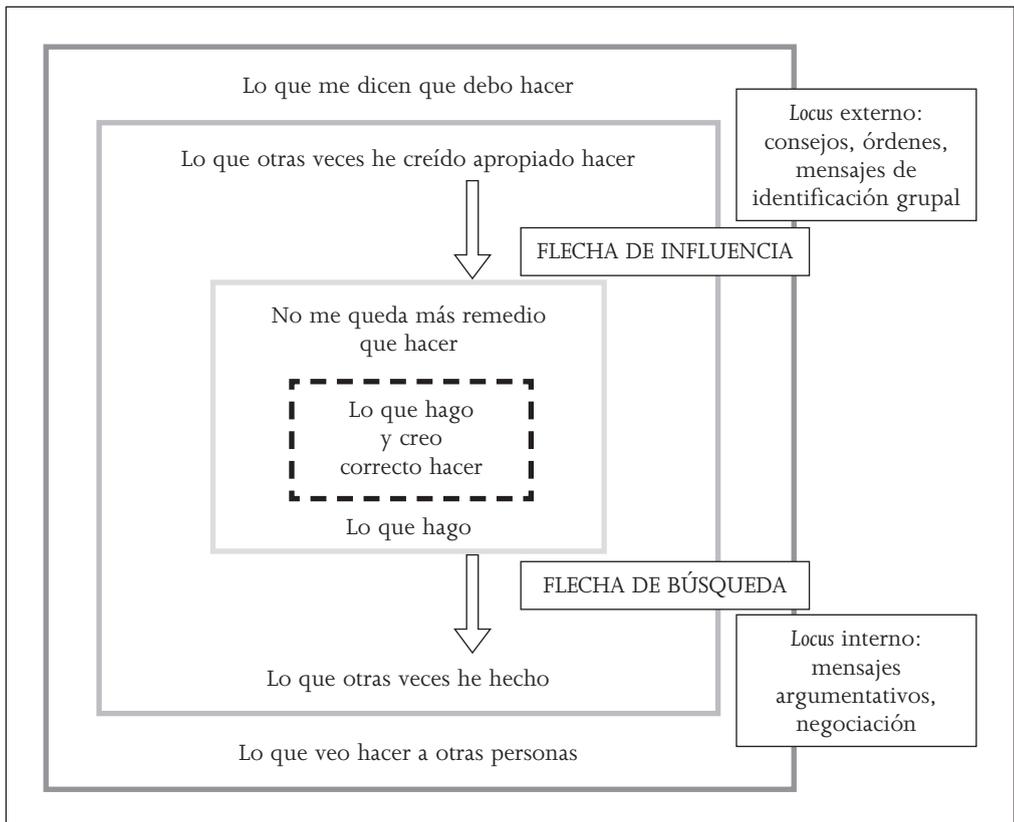


Figura 5.3. Modelo de influencia interpersonal

Conceptos avanzados

sus propias soluciones y negociarlas con el profesional de la salud. Ahora bien ambas estrategias, dejarse influenciar o buscar soluciones, están en cada una de las personas, y lo que hacemos aquí es buscar «tendencias». Hay personas que pasan por fases de mayor abertura a la influencia de otros, muchas veces en función del grupo al que pertenecen, o la situación clínica en la que se encuentran. Analicemos los cuatro cajones de la figura 5.3. El modelo propone que las conductas más alejadas del cajón central, son menos probables. También de estos cajones se derivan cuatro ases de la persuasión (tabla 5.9):

Lo que cree que debe hacer

Cada día redefinimos aspectos significativos de nuestra vida: lo que los demás piensan de nosotros, lo que debo pensar de mi cuerpo (p. ej., «¿cómo debo interpretar este dolor que siento en el hombro?»), las oportunidades que tengo en mi trabajo, etc. Muchos han sido los autores que se han percatado de las negociaciones y conflictos encubiertos que se generan en el proceso asistencial en muy variadas condiciones (Roth, 1962; Davis, 1963; Glaser & Straus, 1965; Frankel, 1989; etc.) Todos estos conflictos derivan del sentido que cabe dar a la realidad que vivimos. Por consiguiente, si queremos persuadir a un paciente para que deje de fumar, antes debemos entrar en la visión que tiene de sí mismo, su estado de salud, vulnerabilidad a enfermedades, etc. Siguiendo a James W, trataremos de llevar a esta posición privilegiada otras creencias que también tenga el sujeto, y que ocupen alguna de las áreas más periféricas del dibujo (figura 5.3).

Mensaje fundamental en esta línea: «Usted tiene un problema y sólo va a ser coherente consigo mismo si lo admite».

Tabla 5.9.
Procesos de influencia aparente

1. Pacientes muy razonables y razonadores:
Estrategia: enfatizar lo correcto. Potenciar su locus interno.
Mensaje fundamental: «usted tiene un problema y sólo va a ser coherente consigo mismo si lo admite». Por ejemplo: «Entrevistador: A usted le da miedo admitir que tiene este problema, pero en realidad le debería dar más miedo no hacer nada para afrontarlo».
2. Pacientes que temen ser una carga o temen sufrir:
Estrategia: enfatizar la ganancia en autonomía como el mayor beneficio.
Mensaje fundamental en esta línea: «usted puede evitarse problemas y obtener un mayor beneficio/placer si adopta tal conducta». Por ejemplo: «E: Tiene usted un problema y si no se mentaliza de que lo tiene, no podremos evitar las consecuencias, a saber... En cambio, si adopta este plan, los beneficios son...».
3. Pacientes hedonistas, que no acaban de renunciar a antiguas fuentes de placer:
Estrategia: seleccionar las fuentes de gratificación. Estimular la imaginación de un mejor beneficio, en convergencia con nuestras recomendaciones.
Mensaje fundamental en esta línea: «trate de evitar recuerdos seductores y active su imaginación hacia donde usted de verdad desea caminar». Por ejemplo: «E: Si se permite pensar lo mucho que disfrutaría con un pitillo después de comer, no lo dude, acabará por volver a fumar; trate de pensar en las ventajas de haberlo dejado, en lo bien que se encuentra, el ejercicio físico que ahora es capaz de hacer, los años de vida que, sin duda, ha ganado, etc.».
4. Pacientes influenciables:
Estrategia: favorecer el contagio del entorno social.
Mensaje fundamental en esta línea: «Está usted en buenas manos, déjese aconsejar». Por ejemplo: «E: En este servicio tenemos una amplia experiencia en problemas como el suyo».

Ejemplo: La persona cambia cuando se enfrenta a un problema y percibe la necesidad de este cambio. Si cree que no hay problema (aunque en verdad lo haya), predomina la pereza. Puede que niegue la presencia de alcoholismo simplemente porque no tiene capacidad para vencer la inercia de sus conductas cotidianas (lo que anteriormente llamábamos pereza para vencer el miedo). Considere, por tanto, mensajes del tipo: «Entrevistador: A usted le da miedo admitir que tiene este problema, pero en realidad le debería dar más miedo no hacer nada para afrontarlo. Hasta que no lo admita tendrá la intranquilidad de estar mintiendo. Es la pereza de admitirlo contra la inquietud de no hacer nada.»

Es ésta una estrategia para personas razonadoras y que desean ser coherentes.

Conductas que le proporcionan gratificación o placer

No son infinitas las fuentes de placer. Partimos de unas pocas experiencias primordiales que nos enseñan de dónde viene el cariño, el placer corporal y el intelectual. Estas fuentes seguras de gratificación, tal como proponen Berne E (1961, 1972), y Steiner (1975), van a desempeñar un importante papel en nuestra vida. Puede incluso que hayamos experimentado placer mediante el dolor, y busquemos este dolor, como hace el masoquista. Un observador externo se preguntará: ¿acaso no es ésta una conducta irracional? Pero el sujeto está anclado a esta fuente segura de gratificación, y no va a soltarla hasta que no tenga una experiencia continuada con otra fuente de gratificación que le proporcione mayores frutos, y que también pase a considerarla segura. Un caso extremo es el adulto que busca el castigo; tal vez aprendió de niño que ésta era la única manera de conseguir la atención de sus padres, y no abandonará esta tendencia sin un esfuerzo muy continuado que le demuestre los beneficios de una forma de estima más constructiva.

Mensaje fundamental en esta línea: «Usted puede evitarse problemas y obtener un mayor beneficio/placer si adopta tal conducta».

Ejemplo: «E: Usted hasta la fecha no se ha cuidado la salud, pero a partir de ahora la cosa cambia. Tiene usted un problema y si no se mentaliza de que lo tiene, no podremos evitar las consecuencias, a saber... En cambio, si adopta este plan, los beneficios son...».

Buena estrategia para personas que temen ser una carga para los demás («imagínese si tiene una trombosis y le tienen que cuidar»), o temen sufrir.

Conductas anteriores abandonadas

Siempre subsiste una añoranza. El alcohólico nunca deja de serlo, en algún sentido, por este recuerdo siempre latente. Igual podemos decir del fumador, o el ludópata. Ver el placer que experimentan otras personas en situaciones familiares, puede ser suficiente para recaer. Y viceversa: ver los perjuicios puede reforzar su abstinencia.

Mensaje fundamental en esta línea: «Trate de evitar recuerdos seductores y active su imaginación hacia donde usted de verdad desea caminar».

Por ejemplo: «E: Si se permite pensar lo mucho que disfrutaría con un pitillo después de comer, no lo dude, acabará por volver a fumar; trate de pensar en las ventajas de haberlo dejado, en lo bien que se encuentra, el ejercicio físico que ahora es capaz de hacer, los años de vida que, sin duda, ha ganado, etc.».

Buena estrategia para personas hedonistas, que no dejan de pensar en el paraíso perdido.

Conductas por contagio

El contagio puede ser muy variado: televisión, cine, amigos... Los profesionales de la salud somos un elemento más, pero relativamente potentes si sabemos combinar técnicas y flexibilidad. Recuerde los mensajes personalizados, la racionalidad de la medida terapéutica, ejemplificación, etc.

Mensaje fundamental en esta línea: «Está usted en buenas manos, déjese aconsejar».

Por ejemplo: «E: En este servicio tenemos una amplia experiencia en problemas como el suyo».

Buena estrategia para personas sensibles a la influencia de los demás.

Las tres modalidades de **consejo**, **persuasión** y **orden**, no deben excluirse *a priori*, ni debemos suponer que la persuasión de tipo motivacional es más eficaz que la orden simple y llana. En realidad, la eficacia depende de lo que este paciente en concreto esté acostumbrado a aceptar como influencia. Algunos dicen: «si usted me lo manda, yo lo hago». Otros se muestran remisos hasta que ven «tan serio» al profesional que deciden hacerle caso (predominio de las emociones por encima de los argumentos).

Ahora bien, ¿qué hacer ante pacientes con múltiples y bien probadas resistencias al cambio? Algunos de estos pacientes serán sensibles a un *proceso de influencia inaparente* del tipo: modelado de conducta, persuasión motivacional, negociación por deslizamiento o consejo inoculado (tabla 5.9). Los pacientes que nos ven investidos de autoridad pueden aceptar órdenes cuando esta imagen de autoridad para ellos es positiva; en cambio, otros pacientes visualizan cualquier autoridad en términos de oposición o amenaza, y en tales casos aceptarán mejor los procesos inaparentes resumidos en la tabla 5.10, o bien buscarán por sí mismos soluciones, y deberemos saltar a las habilidades de negociación.

Conflicto y cambio. Una discusión algo más profunda sobre las bases del modelo

El modelo que proponemos, coherente con el HBM, debe mucho a las corrientes constructivistas. Desde esta perspectiva el ser humano está construyendo y deconstruyendo a diario «aquello que es», lo que piensa de los demás y de sí mismo. Estamos tan envueltos en conflictos aparentes y no aparentes que vemos una pequeña parte del torbellino que envuelve nuestras vidas. Los valores y creencias son guías para ordenar este aparente caos. Indiquemos en este punto que hablar de creencias también es una simplificación. En reali-

Tabla 5.10.
Procesos de influencia inaparentes

-
1. Consejo inoculado:
Concepto: emitimos un consejo en un momento de la entrevista en que parece un comentario nuestro casual.
Ejemplo: antes de despedir a un paciente: «¡me gustaría mucho que el próximo día que nos veamos pueda decirme que ha tomado todas las pastillas!».
 2. Persuasión motivacional:
Concepto: mensajes que promueven en la otra persona las ganas de cambiar, a partir de sus propias creencias.
Ejemplo: «me pregunto por qué razón fue capaz de dejar el tabaco y ahora en cambio no se atreve con la bebida».
 3. Negociación por deslizamiento:
Concepto: una de las partes muestra una expectativa dejando a criterio de la otra su satisfacción.
Ejemplo: «le veo muy bien para coger el alta, que es lo que en el fondo usted desea».
 4. Modelado de conducta:
Concepto: en lugar de emitir una orden verbal, mostramos (haciéndolo nosotros) lo que queremos que haga la persona.
Ejemplo: «voy a mostrarle cómo se hace esta gimnasia y a partir de ahora la hará usted cada mañana».
-

dad, los hábitos, las actitudes, las opiniones y las creencias son partes de un iceberg del que sobresale la punta que queremos mostrar. El resto permanece escondido a las miradas ajenas, y en parte también a nosotros mismos. Aquello que creemos de los demás y de nosotros mismos queda fijado cuando lo hacemos público en un diálogo real. En esta interacción con el otro hay el compromiso tácito de honestidad, y los sentimientos que se despiertan e intercambian los almacenamos en una parte privilegiada de nuestra memoria, aquella parte que William James (1890) llamaba *memoria biográfica*. Un taxista comentaba: «lo más interesante de mi trabajo es que me puedo inventar una personalidad con cada cliente que entra en mi taxi». Los diálogos que producía no le comprometían a ser coherente con las ideas o valores que manifestaba. Pero incluso así sabía que esta *deshonestidad* era un juego controlado. Siempre hay un *diálogo genuino* con alguien donde se anclan aquellos propósitos y compromisos que guiarán nuestras vidas, pero en realidad por debajo hay emociones y fantasías absurdas, caóticas e incluso salvajes.

Los tónicos de la voluntad y el aprendizaje de la gratificación

Por debajo del nivel de flotación de este iceberg las contradicciones y ambigüedades del sujeto sólo se contrarrestan mediante una decidida y persistente voluntad de coherencia, gracias a la cual la persona es como es y hace lo que hace de manera previsible. Pero esta voluntad no ahoga el diálogo interior. En los *diálogos interiores*, esos que mantenemos con personas significativas pero de manera completamente imaginada, exploramos la realidad en todas las facetas: «¿y si tal persona intentara perjudicarme?», «¿y si cambiase de trabajo?», «¿y si probara de hacer o decir tal cosa?». Estamos en una constante experimentación... ¡*imaginada!*, de la realidad. ¿Y cómo se resuelven estas fantasías? Lo que decide a la persona a probar una nueva conducta, o a ceder a una influencia, es (desde nuestro punto de vista) la gratificación emocional que cree que obtendrá. Para decirlo de manera más exacta: la emoción que nos despierta esta fantasía. Y junto a ella la inercia para incorporar hábitos de esfuerzo, inercia que en buena parte ha adquirido en su educación y socialización.

Abundemos por un momento en esta idea. Los seres humanos necesitamos gratificarnos varias veces al día y de manera física y psíquica. No es otro el fundamento de las dependencias, sean éstas el juego, la comida, el sexo, el tabaco o el trabajo. Pero de manera polar a las conductas adictivas, el ser humano llega a hacer virtud del esfuerzo, y logra así una gran versatilidad a la hora de gratificarse: lo logra el monje con interminables rezos, el alpinista que sube montañas o el joyero que engarza diminutas piedras. El ser humano llega a experimentar placer con las tareas más penosas. Los tres ejemplos comparten el fundamento del psiquismo humano: buscar y controlar una fuente de placer. Lo logra, en parte, gracias a producir diálogos interiores para persistir en su esfuerzo, los *tónicos de la voluntad* a los que aludía Ramón y Cajal. ¿No es eso mismo lo que hace un trabajador de una cadena de montaje cuando se repite «ya sólo faltan 10 minutos para el bocadillo»? En el caso de Ramón y Cajal era levantar un país intelectualmente anémico.

Maslow A (1990) trató de estructurar estas ideas en una pirámide de necesidades, de las fisiológicas a las éticas, y si le hiciéramos caso hablaríamos de personas que se gratifican de una manera más primitiva que otras. Kholberg L (1981) va en una línea similar al proponernos una etapa que él llama de *ética posconvencional*. Para Kholberg el ser humano pasa por una etapa en la que actúa según los premios y castigos que recibe, para poco a poco interiorizar como código de conducta lo que está bien (etapa convencional) y posteriormente (y sólo algunas personas, no todas) fundamentar este código de conducta en unos principios filosóficos o éticos. Sería la etapa *posconvencional*.

El modelo de Maslow y Kholberg parece adaptarse bien al patriotismo de un Ramón y Cajal, o a la actitud humanista de tantos pensadores. Sin embargo, por nuestra parte cree-

mos que el común de mortales es más caótico que estos modelos. Hay un **aprendizaje de la gratificación** desde la infancia hasta la muerte. En cada momento, nos orientamos hacia la consecución de nuestras necesidades físicas pero también morales, dando pero recibiendo, capaces de sacrificios y solidaridad, pero también buscando recompensas y gratificaciones. Algunas personas son más generosas, y otras buscan sobre todo la propia satisfacción. En ello influyen un poco las creencias filosóficas o éticas, y un mucho, entre otros factores, la experiencia de cariño que se recibe en la primera infancia, así como el estilo emocional de sentir (carácter). Lo que consideramos «bueno» para nosotros no siempre coincide con lo considerado «moral o éticamente» bueno. No somos tan racionales. Eso ya lo adivinó Pascal cuando hablaba de las *razones del corazón*, contrapuestas a las de la cabeza. Nuestras necesidades físicas y afectivas cambian a lo largo de la vida, y tal vez por ello podemos detectar en cada una de nuestras biografías un vaivén del egoísmo a la generosidad, de la certeza a la duda, del amor al desamor. Nuestro ser ético se asienta sobre las emociones que tenemos y que deseamos provocar(nos). Actuamos movidos un poco por la razón y un mucho por lo que sentimos, y aunque hacemos esfuerzos para que ambas cosas coincidan (éste sería el ideal de Kohlberg), no siempre lo conseguimos.

La inercias de la voluntad: tendencia al placer o compromiso con la renuncia

Maslow y Kohlberg defienden una concepción rígida y poco realista del ser humano. Lo entienden excesivamente «racional» y «razonador», excesivamente en busca de una perfección moral. Ven al ser humano movido «hacia su bien» cuando «sabe» lo que le conviene. Algo de esta concepción idealista se cuela cuando pensamos que bastan buenos argumentos para cambiar a nuestros pacientes. Pero, por desgracia, estamos a mucha distancia de tanta racionalidad. El camino hacia una conducta cada vez más racional puede que sea, en el mejor de los casos, un proceso generacional. El ser humano considerado como individuo se estanca en un *mapa de gratificaciones* (las cosas que le gusta hacer, las emociones que desea recrear) fruto del azar de su biografía. Dos inercias van a mover este mapa: las *inercias adictivas*, y las *inercias al esfuerzo*. El drogadicto y el místico son los productos extremos de cada tendencia. La libertad de que gozan ambos posiblemente sea inferior a la que tenemos el resto de mortales, el drogadicto porque acepta como única recompensa la inmediatez del placer, y el místico porque se compromete en exceso con la renuncia. Cuando renunciamos a casi todo en pos de un ideal religioso (o de otro tipo), es difícil admitir que este ideal es erróneo. El místico es el caso extremo: ha idealizado su «tónico de la voluntad» al punto de renunciar al placer de «concretarlo en algo». Lo de menos es obtener algo, pues el placer reside en el sacrificio de la búsqueda.

Tenemos más grados de libertad para decidir qué hacemos «ahora y aquí» si nuestro compromiso con el placer o el esfuerzo no difumina la capacidad para *contactar con la realidad*, es decir, escuchar nuestras emociones «resonar» con la realidad, y disponer de una voluntad educada en el esfuerzo, pero abierta también a gratificarse (al menos de vez en cuando). Sin este balance entre esfuerzo y gratificación perderíamos la salud mental. Por el contrario, si miramos en primera instancia la realidad a través de unos determinados valores morales, siempre estaremos simplificando esta realidad. En realidad, caeríamos en una rutina ideologizada de nuestra cotidianeidad, brillantemente criticada por Rubert de Ventós X (1996). La única manera de enriquecernos es con un esfuerzo continuado de razonar esta realidad, y también nuestras emociones, con cierta dosis de riesgo y creatividad. Y ello no debe hacernos caer en un predominio de «las razones del corazón»; (el lector interesado en una crítica del emotivismo puede consultar Rachels J, 2000; y la visión coincidente de Mosterín J, 2003).

La crisis como oportunidad de cambio

Por lo general, actuamos por proyección emocional. Cuando escogemos estos zapatos marrones y no estos negros, nos imaginamos llevando unos u otros, y recibiendo el eco emocional que esta fantasía nos provoca. Este eco emocional (lo que Damasio llama *marcador somático*, y que William James ya llamaba *huella corporal*) será fundamental para decidir el camino que tomo. A lo largo del día provocamos este eco emocional muchas veces. Cuando un profesional de la salud nos invita a «dejar de fumar», proyecta al paciente sobre una fantasía: una vida sin tabaco. Si sabe colorear esta fantasía de manera conveniente («¿se imagina usted sin la carga de tener que comprar cada día una cajetilla de tabaco?»), y llega a compartir las emociones que éstas despiertan, será persuasivo. Ahora bien, hay otro elemento clave en el proceso: que dicha persona perciba la necesidad de cambiar su mapa de gratificación. ¿Por qué tendría yo que dejar a éste mi mejor amigo llamado tabaco? Sólo hacemos un esfuerzo semejante si estamos en crisis. Crisis, como apunta García S (1997), se representa en chino con un ideograma compuesto por el signo de caos y esperanza. Si queremos afrontar las crisis con ánimo de superarlas lo primero es convencerse de que son oportunidades de crecimiento.

La enfermedad propia o de un amigo es una de estas crisis. Resulta relativamente fácil abordar un fumador que tiene una reagudización de su bronquitis: en tales ocasiones, escogeremos una de las modalidades de influencia (consejo, orden, persuasión...) en función del paciente y el contexto clínico (tablas 5.9 y 5.10). Siguiendo el HBM, a mayor gravedad de la enfermedad, mayor eficacia de la intervención, como se demuestra en el estudio de Fernández A (2003). El problema reside cuando hay una *discrepancia* entre la visión del profesional y la del paciente. Ésta puede revestir todas las formas enumeradas en la tabla 5.11.

Estas discrepancias, si se mantienen, nos conducen necesariamente a una negociación. Bien es verdad que tratamos, en primer lugar, de *negociar la negociación*, es decir, tratamos de convencer al paciente de que debe compartir los términos de la crisis tal cual se la presentamos. Si tenemos éxito puede que no sea necesario negociar, puede que el paciente no llegue a *posicionarse*, y ceda. Pero puede que insista, y en tal caso debemos saltar de la mera persuasión a las habilidades de negociación. Para hacer un juego de palabras: negociada la negociación, y empecinado el paciente o el profesional en su demanda, acabaremos imponiendo, cediendo, aparcando el tema o esquivándolo con la esperanza de retomarlo con ventaja. Pero todas estas opciones no dejan de ser «negociación». Y justamente una *caracte-*

Tabla 5.11.
Discrepancia entre profesional y paciente

-
- En la naturaleza del problema. Ejemplo: el paciente define su problema como *articular*, y el profesional como *depresión mayor*.
 - En los objetivos que conseguir. Ejemplo: el paciente desea incorporarse al trabajo y el profesional saber cuál es exactamente la arteria coronaria obstruida.
 - En los métodos que usar para afrontar el problema. Ejemplo: el paciente desea un *braguero* y el profesional quiere intervenir *quirúrgicamente*.
 - En la relación establecida. Ejemplo: el paciente desearía un profesional más cordial y que le diera más explicaciones, y el profesional un paciente más conformado a sus indicaciones.
 - En los roles que cada uno quiere desempeñar. Ejemplo: el profesional quiere «mandar» y el paciente sólo quiere un consejo y decidir por su cuenta.
-

rística del entrevistador es la agilidad para reconocer que ya no está en la modalidad persuasiva, sino que se ha impuesto la de negociación.

Y aún así, ¿de verdad negociamos en las consultas?

Hay una resistencia psicológica para reconocer los conflictos. Preferimos imaginar que estamos en buena concordia, porque asimilamos conflicto a enfrentamiento, y enfrentamiento a hostilidad. Por esta razón se producen negociaciones por deslizamiento que en realidad son claudicaciones. Le llamamos *fenómeno de la expectativa insinuada*. Por ejemplo, el paciente insinúa que desea un ansiolítico para dormir, y el profesional se lo facilita para evitar una situación que prevé tensa. Le produce pereza y/o miedo activar sus emociones, «tensar la cuerda». El fenómeno también se da en sentido inverso: el profesional manifiesta reticencias y el paciente deja de insistir, para no enojarle.

Uno de los propósitos confesos de este libro es precisamente dar confort al entrevistador en este tipo de situaciones. Ello puede lograrse con unas técnicas concretas bien asimiladas, algo así como protocolos de conducta ampliamente abordadas en este libro. Pero todo falla si no se integra con las emociones correctas que deben acompañar, o mejor, presidir, el proceso de negociación.

En primer lugar, el entrevistador debe estar imbuido de que el paciente tiene derecho a discrepar. Debe activar su paciencia y curiosidad ante las muestras de duda, lo que llamábamos *respuesta evaluativa*. Esta curiosidad debe ser genuina. Una vez el paciente puede expresar sus opiniones y, mejor aún, si éstas son legitimadas por el profesional («ha hecho muy bien en decírmelo»), el paciente estará más abierto a un diálogo provechoso. No olvidemos otro fenómeno: el *conflicto desplazado*. El paciente se opone a una determinada medida terapéutica pero en realidad está quejándose de una relación interpersonal insatisfactoria (Lazare A, 1995). Otro conflicto desplazado sería el paciente crónico que decide suspender la ingesta de pastillas porque en el fondo está enfadado con su enfermedad. Conocer estas posibilidades debiera hacernos más pacientes.

En segundo lugar, el entrevistador tiene que tener una predisposición a ceder, a buscar el «todos ganan» (Fisher R, 1999), distinguiendo lo que él/ella cree fundamental, de lo que cree accesorio. Hemos insistido en que debe poner en la ecuación el precio de la confianza, un intangible cuyo valor a lo largo del tiempo puede empalidecer cualquier cálculo.

En tercer lugar, tiene que distinguir el tema objeto de negociación de la persona con la que discrepa. El paciente no tiene por qué ser el «buen» paciente que nosotros idealizamos, dócil, educado, de verbo claro y conciso. Debemos aprender a estimar, o al menos a respetar, a las personas como éstas son.

Todas estas normas persiguen algo muy sencillo: negociar de manera relajada. Justamente lo contrario de lo que sucede en la vida cotidiana.

Trabajar con las emociones y sentimientos del consultante

Hemos mencionado en diversos lugares la importancia de la empatía, la paciencia como condicionante de la respuesta empática, y el hecho de que cualquier negociación se desarrolla sobre un fondo emocional que lo condiciona de manera decisiva. Sin embargo, con estos comentarios no tenemos aún suficiente profundidad. Resulta que a veces los contenidos formales que discutimos con los pacientes carecen totalmente de importancia, y que, en realidad, estamos dilucidando emociones y sentimientos soterrados.

Las emociones son juicios rápidos sobre la realidad (Marina JA, 1996, 1999). Vemos una serpiente y nos asustamos. Los sentimientos, en cambio, son reacciones fisiológicas que dotamos de contexto. Puede que sintamos una activación fisiológica cuando nos rela-

cionamos con una persona del sexo contrario, y a eso algunas veces le llamamos amor (o, según el tipo de reacción, simpatía, odio, irritación o rechazo, entre otras posibilidades). Toda relación humana está bañada en sentimientos a veces ambivalentes, a veces de duración inapreciable, otras veces (por el contrario) tan importantes que marcan nuestras biografías. Es necesario tener algo así como una sistemática de análisis, y aplicar una voluntad (testaruda) para percibir estas emociones y sentimientos que se dan en la relación asistencial. Lo que pudiéramos llamar comunicación formal (las palabras), son un fuerte ruido que a veces esconde los sentimientos que la originan.

Un ejemplo interesante de ello es este momento mágico en que una enfermera se dispone a extraer una muestra de sangre a un paciente. El paciente entra temeroso, tratando de adivinar si «esta» enfermera que le ha tocado en suerte es suficientemente ducha. La enfermera capta la mirada del paciente y sonríe, y de inmediato empieza a hablar en tono amable y seguro. Hay un forcejeo inaparente para ver cuál es la emoción que se instalará, si el miedo o la confianza en esta sonrisa. Pero todo sucede tan rápido que el paciente piensa: «me relajaré y este instante pasará como si fuera un paréntesis en mi vida». El profesional, mientras tanto, continúa imperturbable, y en ello reside buena parte de su capacidad para generar confianza. Sabe cómo debe sentirse para inducir este sentimiento en el paciente.

Por todo lo dicho el primer interrogante que despejar es: ¿qué siento ahora con este consultante? Por supuesto no siempre esta pregunta es relevante, pero cuanto más discomfort tenemos, tanto más importa entender su origen. Puede ser el contenido de la relación, lo que nos pide el paciente, o lo que supone(mos) que debemos darle y no somos capaces de darle (p. ej., algo que le cure), entre otras posibilidades. También ocurre que esta relación despierte en nosotros el recuerdo de otras relaciones desagradables. Es lo que Freud llamaba, en sentido estricto, *transferencia*, aludiendo a que transferimos sentimientos pasados a la relación presente a veces por simple asociación de ideas. Pero también a veces nos contagiamos de la tensión o las emociones del propio consultante, o el paciente activa en nosotros sentimientos de culpa, miedo o compasión, entre otros, de manera consciente, deseando reproducir en nosotros estos sentimientos.

El segundo interrogante que despejar es, precisamente: ¿se originan estos sentimientos de manera primaria en mí, o son un reflejo/contaminación de sentimientos que me vienen del paciente? Marcar una frontera entre «lo mío» y lo del otro preserva nuestra manera de estar. «El paciente está nervioso/triste/irritable, pero yo no tengo por qué estarlo, es más si me contamina de dicho sentimiento podré ayudarlo menos.» He aquí lo que Salzberg-Wittenberg I (1970) define como distancia terapéutica: este no reaccionar de manera inmediata, simpática, para darnos la oportunidad de pensar con mayor claridad.

Una vez hemos reconocido los sentimientos míos y del otro debemos proceder a dos movimientos simultáneos: legitimarlos y redefinirlos (en la literatura inglesa: *reframing*).

Todo el mundo tiene derecho a tener los sentimientos que tiene, y no hay nada más absurdo que negarlos, porque una y otra vez irrumpirán en la vida psíquica de la persona. Quien por el contrario está dotado de una sinceridad o transparencia, hacia sus propios sentimientos, tiene mucho de ganado, porque podrá elaborarlos. El pudor o vergüenza suele ser una fuerte barrera para este reconocimiento (he aquí el concepto freudiano de represión cultural), y la persona se defiende con artimañas: negando, sublimando estos sentimientos hacia una tarea con un significado simbólico contrapuesto, creando incluso malestares somáticos, etc. Cuando de manera parsimoniosa (incluso cariñosa), el clínico da permiso al paciente para que estos sentimientos puedan ser hablados, aquella ansiedad oscura y que tanto desasosiego nos producía deviene ansiedad concreta, algo tal vez desagradable, pero que al menos puede asirse y cambiarse. Este afloramiento de lo oculto produce una repentina serenidad, aunque el problema subsista.

Viene entonces el segundo movimiento: redefinir o reencuadrar (*reframing*) el sentimiento. Para ello debemos preguntarnos: ¿es esta manera de afrontar la situación, o una experiencia vital, la única posible?, incluso: ¿sería ésta la manera como yo respondería? A veces el propio paciente puede recordar otros momentos de su biografía en los que fue capaz de responder de otra manera. Estas experiencias tienen un valor enorme: es la propia biografía del paciente quien le muestra otras maneras de responder o de estar en la vida. Por el simple hecho de recordarlas, o de imaginarlas, estamos dando al paciente un grado de libertad del que no disponía, y le damos la posibilidad de convertir las dificultades en oportunidades (Arranz P, 2003).

Negociar la naturaleza de los síntomas: pacientes aprensivos

Una de las situaciones más delicadas se produce cuando médico y paciente tienen una visión distinta del problema que tratar. Esta situación se produce con pacientes aprensivos o francamente hipocondríacos. En ocasiones el profesional enfatiza su seguridad clínica de esta suerte:

Dr.: Te he mirado, Antonia, con toda la mala idea de encontrarte alguna cosa, y la verdad es que estás llena de salud por los cuatro costados.

Esta intervención pretende tres cosas:

- Dar garantías al paciente de que el proceso evaluativo ha sido escrupuloso.
- Indicarle la voluntad inicial de «encontrarle algo».
- Afirmar con la misma rotundidad que «todo está normal».

Sin embargo, no recoge el sufrimiento del paciente, más bien parece que lo niega. No puede extrañarnos que obtenga la siguiente respuesta:

P: Doctor, yo no digo que tenga nada malo, pero alguna cosa habrá para que me encuentre como me encuentro.

En este punto de la entrevista el médico tiene que tener las ideas muy claras. Si persiste en esta línea, puede que intente interpretar las ansiedades del paciente de esta suerte:

E: «Vamos a ver, en el fondo tú si piensas que puedes tener algo malo, no nos engañemos». Para más tarde aplicar un modelo de enfermedad mental muy primitivo, según la cual: «Estas manías puedes quitártelas de la cabeza con sólo proponértelo».

Este mismo modelo conduce a decir cosas del tipo: «si cada día salieras a dar un paseo mejoraría de la depresión».

Observemos esta otra secuencia:

Dr.: Te he mirado, Antonia, con toda la mala idea de encontrarte alguna cosa, y la verdad es que estás llena de salud por los cuatro costados.

P: Doctor, yo no digo que tenga nada malo, pero alguna cosa habrá para que me encuentre como me encuentro.

Dr.: En efecto, hay cosas que duelen y molestan sin que sean malas. Hemos de tomarnos en serio lo que nos dices, porque además algo así ya nos comentabas hace 10 años.

P (extrañada): ¿Hace 10 años?

E: Sí, casi lo mismo (leyendo del historial): «mucho dolor en la barriga y en todo el cuerpo, con miedo a tener una enfermedad grave».

El entrevistador inicia la entrevista de la misma manera. Hubiera sido preferible evitar una negación de enfermedad, como hemos comentado más arriba, pero hemos querido ponerle en las mismas condiciones para demostrar la plasticidad de cualquier entrevista. En efecto, es posible «salvar» y reconvertir una mala entrevista en otra de buena (Platt F, 1992). En esta ocasión, el entrevistador salva la entrevista al legitimar los síntomas, empatizar y crear un espacio para poder negociar la significación de los mismos. Es imposible negociar en un clima de tensión. El primer deber de un buen negociador es crear el clima pertinente.

Al reinterpretar y desdramatizar las molestias del paciente en función de su historial previo, de nuevo ensancha su margen de maniobra. Observe la siguiente maniobra:

E: En realidad entonces, y también ahora, encontramos algunas causas para estas molestias. Por un lado, algunos tipos de alimentos no te acaban de sentar bien, y por otro lado la falta de elasticidad de las fibras musculares. Ahora bien, estas molestias que otras personas aguantan más o menos bien, en tu caso activan la ansiedad, el miedo a la incertidumbre, el «¿qué será?». A este miedo o ansiedad le llamamos aprensividad.

P: O sea, que soy aprensiva.

E: Eso me parece... ¿no te lo parece a ti?

El miedo acostumbra a amplificar cualquier molestia corporal hasta el punto de hacerlo insoportable. Los pacientes acuden al médico no sólo para aliviar estas molestias, sino también para una suerte de exorcismo moderno que mantiene una de las claves del pensamiento mágico: **dar nombre al padecimiento**, y por extensión, dar controlabilidad. Cuando damos nombre al padecimiento hasta cierto punto lo estamos dominando (o en todo caso nos parece que le ponemos el cascabel al gato, en un sentido simbólico profundo), como sería el caso en la entrevista que analizamos. Evite mencionar la palabra «hipocondría», pues es un término con connotaciones negativas.

El abordaje de este perfil de pacientes puede incluir otras varias maniobras que son específicas del abordaje de la hipocondría:

- Identificar factores de mejora que en otros momentos de la vida puedan haber funcionado de manera espontánea.
- Proponer estrategias para redireccionar la atención, esto es, provocar menos «atención hacia dentro», y más «atención hacia fuera».

En resumen, este perfil de pacientes requieren siempre una amplia abanico de técnicas de negociación y reatribución, entre otras:

- Necesidad de crear un clima adecuado de negociación.
- Abstenerse de negar los síntomas.
- Acordar un nombre para el padecimiento. Por ejemplo: aprensividad, «cuerpo muy sensible a los cambios», etc.
- Reinterpretarlos en función de este nombre, y desdramatizarlos.
- Pactar exploraciones complementarias (si dichas exploraciones son necesarias, y a veces lo son) sin asumir riesgos innecesarios.
- Proponer un plan realista para no curar, pero sí mejorar, el padecimiento.

Pacientes difíciles, o el honor en juego

Cuando nos sentimos despreciados, impugnados o tratados de manera irrespetuosa, los profesionales acostumbramos a reaccionar de manera airada. ¿Hay para tanto? ¿O es que somos especialmente sensibles? No podemos evitar sentirnos traicionados cuando un paciente entra en la consulta y nos echa unos cartones para increparnos de esta suerte: «vea lo que me ha dado el médico de pago para estas molestias que usted no acertaba a mejorarme. Las debo a la farmacia». ¿No sería el menosprecio del paciente, incluso su malevolencia, uno de los límites para nuestra paciencia?

No vayamos a idealizar a los pacientes por el hecho de ser pacientes. Hay personas incapaces de ver el lado bueno de la vida, o que desplazan sus frustraciones hacia la enfermedad, y no sólo eso, sino que exigen a los profesionales de la salud que les aliviemos tantas penalidades, que les demos algo de esta felicidad que ellas mismas se niegan. Estas personas en su rol de pacientes nos producen malestar, y justamente por ello les pondremos la etiqueta de pacientes difíciles. Por lo general, son personas con *locus* de control externo, es decir, los conflictos que sufren siempre se deben a factores externos, como externas son las soluciones que deben orquestarse para solventarlas. También suele ayudar conocer la especial biografía que les ha llevado a donde están. Es aquí donde un conocimiento de los perfiles de pacientes problemáticos (tabla 5.12) y cómo afrontarlos, ofrece muchas ventajas al entrevistador experto (Mathers N, 1995).

En el estudio de Mas X (2003) se encuentra una prevalencia del 0,7 % de este tipo de pacientes, los cuales generaron un 2,3 % de las consultas totales. Todos los médicos del estudio tuvieron pacientes difíciles, pero les sorprendió encontrar menos de los que preveían. Como apuntan los autores: «la explicación a este hecho viene dada por un fenómeno de progresiva adaptación mutua a lo largo del tiempo: "... con el tiempo los quiero", "... creo que se llega a una entente entre los dos"».

El perfil del paciente encontrado fue el de una mujer pasiva-dependiente (41 %), con estudios primarios (62 %), jubilada (35 %), casada y con hijos (35 %), con dos o más patologías médicas (74,4 %) y al menos una psiquiátrica en un 40,2 %.

La tipología de la tabla 5.12 puede completarse según el tipo de emoción que predomina en el entrevistador. Así, los *pacientes dependientes* generan cansancio («son como lapas») y aversión («¡otra vez aquí!»), pero a veces también emociones positivas («necesita de mí»), (Bellón JA, 2002). Los *pacientes exigentes*, más bien miedo e inseguridad («no se qué hacer»). Los *manipuladores*, sentimientos de desagrado, discomfort en el trato («no me gusta como me habla/trata»), no exento de culpa («¿por qué no será capaz de solventarle este problema?») y a veces baja autoestima («¿será verdad que soy incompetente»). El *negador* despierta agresividad («¿por qué me viene si no hace lo que le digo?»). Los años de experiencia profesional no atenúan la dificultad, aunque ajustemos mejor las respuestas y disminuya probablemente el porcentaje de pacientes difíciles (Bellón JA, 2002; Mas X, 2003; Jackson JL, 1999). Tal vez en ello influya, como apunta Bellón JA (2002), que con la experiencia se hacen más raras las respuestas emocionales de tipo paranoico («viene a aprovecharse de mí»), de hostilidad («debo echarle una bronca»), o evasivo («¿paciente difícil?, pues lo derivo»). En especial serían las emociones ligadas a falta de control las que dan lugar a percibir la carga de trabajo como «pesada», siendo un precursor del médico quemado (Bellón JA, 2002). Vale la pena destacar la coincidencia de estos estudios en el sentido de que el entrevistador experimenta más impotencia que culpa, siendo las mujeres más propensas a este último sentimiento. Los profesionales que experimentan tristeza derivan más (Bellón JA, 2002), como si fuera una respuesta a su desesperanza, a un «yo no lo solventaré».

¿Cómo respondemos a los pacientes difíciles? Podemos agrupar las respuestas en las

Tabla 5.12.
Perfiles de pacientes problemáticos

Por el tipo de problema:

- Enfermedad mental.
- Drogodependientes.
- Por su manera de ser, personalidad (v. más adelante).
- Pluripatológico.
- Somatizadores.
- Reto diagnóstico.
- Relación establecida disfuncional.

Por las emociones intensas en la relación establecida:

- Agresividad.
- Miedo.
- Frustración (sobre todo del profesional).
- Desconfianza (tenemos la impresión de que no nos dice todo lo que debiera), expresa dudas acerca de lo que le decimos.

Por la manera de ser del paciente:

- Pasivo-dependiente: grandes demandantes, acuden por problemas nimios, como si tuviéramos que resolverlo todo. Poca autonomía.
- Exigente-agresivo: se muestra hostil, amenaza con reclamaciones, aires de superioridad, intenta intimidar.
- Manipulador-masoquista: a veces se presentan dando pena, otras veces predomina el componente seductor; las molestias que tiene pueden señalar un conflicto desplazado, por ejemplo, malos tratos domésticos u otro tipo de insatisfacción; hagamos lo que hagamos «eso no va bien, no hay nada que hacer, estoy igual sino peor».
- Autodestructivo: niega la enfermedad, o niega las posibilidades de tratarla, aunque suele trasladarnos un fuerte sentimiento de culpa por ello.

llamadas «naturales», realizadas por profesionales sin entrenamiento en comunicación, y aquellas que puede desarrollar un profesional adecuadamente entrenado.

Respuestas naturales

- a) Derivar y pedir pruebas. Es la más sencilla pero también la menos efectiva. El paciente se marcha de la consulta aparentemente satisfecho pero regresa con tratamientos inapropiados que obligan a nuevas negociaciones.
- b) Descargas «catárticas». De vez en cuando el profesional «estalla» y desplaza su irritación hacia una falta de adherencia o bien hacia otro detalle de la conducta del paciente, con la idea, consciente o no, de provocar un «repliegue» en sus exigencias.
- c) Contenerse hasta sufrir. El profesional opta por aguantar e ir tirando, renunciando a intervenir de manera resolutiva: «iré aguantando sin ponerme nervioso/a, aunque esté a punto de estallar».

- d) Conductas resolutivas. El profesional trata de ofrecer alivio con medidas cada vez más agresivas, lo que Balint llamaba «furor terapéutico».

Respuestas propias de un entrevistador entrenado

- a) Conocimiento de nuestras zonas de irritabilidad. Ante todo el entrevistador experto conoce el perfil de pacientes que le pone nervioso/a, y contrarresta el estereotipo.
- b) Estrategia biográfica. En algún momento de la relación el profesional averigua la cronología de las molestias y cómo el paciente ha llegado a su situación actual. Puede servir también averiguar lo que opinan los familiares, o pedirles que nos describan la evolución vital del paciente.
- c) Estrategia confrontativa. El profesional, en un tono que evita antagonizar al paciente, plantea de vez en cuando: «¿a qué cree que es debido?», «¿con qué relaciona todo lo que le ocurre?, e incluso: «¿conoce a personas con tantos achaques como tiene usted?, ¿a qué cree que es debido?». También sirve para regular el clima de la relación: «¿cómo es que siempre que viene está tan serio, y nunca sonrío?, ¿es así en su vida cotidiana?».
- d) Estrategia integradora. En un determinado momento de la relación presentamos los hechos tal como los hemos elaborado, dejando que sea el propio paciente quien establezca la relación entre un sufrimiento moral (derivado, p. ej., de malos tratos domésticos), y un dolor somático. Otras veces provocaremos esta síntesis con otras técnicas.
- e) Estrategia acotadora/sintomática/negociadora. De todas maneras el entrevistador experto sabe lo muy limitadas que son las técnicas anteriores, y que muchos pacientes van a requerir una serie de mensajes destinados a señalarles lo que para nosotros es soportable. Por ejemplo: «no olvide Sr./a V que tengo dos mil pacientes más»; «por favor, quiero verla dentro de un mes, pero antes no, porque este tratamiento no habrá tenido tiempo de actuar», «le cambio estas dos medicinas por esta otra que hace el efecto de las dos anteriores», etc. Será perfectamente lícito aplicar una respuesta sintomática para cada queja, sin tratar de psicologizar a pacientes resistentes.

Pero volvamos a la pregunta inicial: ¿hasta dónde tenemos que aguantar? Tanto más el profesional se entrega a un paciente, tanto más se verá sorprendido por un comentario desabrido, del tipo: «usted es un incompetente; si tuviera la menor idea de su profesión, hace meses que estaría curado». Una parte de estas situaciones extremas pueden salvarse con elegancia siguiendo algunas normas:

1. No entre al trapo. Siga su propio plan sin inmutarse, y ejerza su autoridad sobre los temas que considere incuestionables.
2. Sepa decir «no» de manera completamente creíble y sin activación emocional. Eso evita muchas discusiones y sinsabores. Tenga una idea clara de las cosas que a su entender no pueden concederse. Apele a una autoridad superior: «esto lo tenemos prohibido completamente».
3. Acoja las situaciones donde se vea impugnado (p. ej., el paciente opina que nos hemos equivocado) como un reto. No se ponga a la defensiva. Analice la situación con la cabeza despejada («preferiría que me viniera la semana que viene para estudiar mejor su caso»), o devuelva la pelota: «usted piensa que he hecho poco por su salud... ¿qué propone hacer?» Si el paciente ha vuelto y se pone en nuestras manos, es que nos da una segunda oportunidad.
4. La técnica notarial (v. anteriormente), y el recurso de replantear la continuidad de la relación requiere siempre hacer un balance. No se deje llevar por el primer impulso. La rela-

ción que a usted le parece insatisfactoria tal vez tenga valores encubiertos que la hagan socialmente valiosa, y este paciente puede ponerse a riesgo de iatrogenia si cambia de terapeuta.

Elasticidad de los acuerdos y discrepancias

No deberíamos olvidar que en todo el proceso de negociación los profesionales estamos «jugando en campo propio». El paciente puede simular un acuerdo, e incluso creérselo durante cierto tiempo, sencillamente porque no se atreve a mostrar sus posiciones divergentes. La falta de asertividad está en la base de la *conformidad simulada*.

Otras veces el paciente obedece por imperativos personales: está obligado a mantener cierta imagen de «sí mismo», aunque interiormente no haya cambiado su mapa de gratificaciones. Sería el caso de un obeso obligado por la presión del entorno a adelgazar, pero con una gratificación enorme hacia la comida, que le lleva a estar íntimamente convencido de que se encuentra más fuerte y alegre con «unos kilos de más». Tarde o temprano las creencias de fondo debilitarán las normas que se autoimpone, y volverá a engordar, aunque ello le lleve a menospreciarse («soy incapaz de seguir una dieta», «me miran con desprecio», etc.).

El fenómeno de *conversión inaparente* sería un desacuerdo que, en realidad, no es tal. Imaginemos a un paciente que en apariencia se mantiene «en sus trece», decidido a no dejar el tabaco «pese a lo que pese». Sin embargo, al cabo de unas semanas, él mismo se sorprende defendiendo en una reunión de amigos que «si fuéramos sensatos dejaríamos de fumar». A los pocos días decide unilateralmente que «soy un tonto si sigo fumando y enriqueciendo a cuatro multinacionales a costa de mi salud», y efectivamente logra deshabituarse sin ayuda del equipo sanitario. Esta situación se debe, por lo general, a un orgullo mal entendido, aunque interiormente admita que su contertulio «tiene razón».

¿Y cuando el paciente escoge la peor opción posible?

El uso democrático del saber, como apunta Rorty R (2000), es organizar las instituciones sociales para que las personas alcancen su plenitud. Es curioso constatar que éste era precisamente el desideratum de Aristóteles cuando hablaba de la ética y su fin: el desarrollo de las potencialidades del ser humano (Aristóteles, 2002). Un profesional de la salud participativo y amigo casa bien con este ideal. Pero las personas somos muy diferentes entre nosotras... Algunas personas no desean cambiar, ni ser más autónomas. Aparece entonces un detalle que suele pasar desapercibido: la bondad de un sistema de salud no reside tanto en que todos los profesionales tengan una misma manera de entender la relación asistencial, sino a que dentro de ciertos márgenes, los pacientes puedan escoger al profesional y al equipo de profesionales que se adapten mejor a sus necesidades y expectativas. En realidad eso es lo que sucede de manera natural, ¡bienvenida sea la diversidad de estilos! La crítica al paternalismo no debiera ser tanto una crítica a que existan determinados profesionales paternalistas, sino a que una mayoría de profesionales se *enquisten* en un estilo paternalista. Lo ideal sería que cada profesional pudiera adaptarse a la relación más eficaz con cada paciente para lograr los objetivos de salud.

Ahora bien, lo que marca *auténticas diferencias* entre los profesionales de la salud no es tanto el uso del *poder* como su *compromiso con el sufrimiento del paciente*. ¿Sabemos compartir el sufrimiento? Estos aspectos emocionales son los más valorados por el paciente (Jovells A, 2001). Discutir, reñir, persuadir, negociar... todo tiene cabida cuando lo hacemos *para* el paciente. Y bueno es que haya profesionales con distintos estilos para que la gente escoja al que mejor se adapte a sus querencias.

Vale la pena que profundicemos algo más en los retos que la sociedad democrática pone sobre la profesión del curar y del cuidar. En el uso democrático del saber, el clínico, en tanto

que experto, pone sus conocimientos para que un paciente (o ciudadano) pueda aprovecharlos para su beneficio, y este beneficio lo decide él mismo. ¡No está mal el reto! Se nos pide influenciar como expertos sobre individuos a los que debemos respetar incluso cuando claramente su decisión les perjudicará... ¿Siempre? ¿Podemos consentir que una anciana no se opere sencillamente porque se empeña en ser coherente con una promesa que cierta vez hizo a sus familiares («¡yo no me dejaré operar a partir de los 65 años!»), sabiendo además que esta operación puede salvarle la vida? Aparece un último recurso, desesperado, heterodoxo, siempre excepcional y por tanto marginal: el *privilegio terapéutico*. El privilegio por el cual somos descaradamente paternalistas e imponemos una solución porque exoneramos al paciente (sin posible réplica por su parte) del deber de decidir. Y lo hacemos porque creemos sincera y honestamente que no puede decidir con sensatez, y que el camino que nosotros elegimos por él es claramente beneficioso para él, y para preservarle la vida o su dignidad.

He aquí una vuelta al paternalismo por la puerta trasera, un paternalismo justificado e incluso diríamos *imprescindible* y *valiente* en determinadas situaciones. Un paternalismo que sólo puede sostenerse por la recta intención de quien lo aplica. Esta recta intención consiste en no confundir nuestros deseos con la realidad. Nuestros deseos en situaciones extremas como puede ser un paciente que no quiere operarse, es poder etiquetar a este paciente como incompetente para aplicar el privilegio terapéutico con la sensación de *no hacer trampa*. Pero a veces la amarga realidad es que el paciente sí es competente, y sencillamente se equivoca. En tales casos bien pudiera ocurrir que el paciente desee sobre todo preservar su vida, y que su negativa se deba a factores espúreos (¡tantas veces ligados a un comentario desafortunado, o al amor propio de afirmarse incluso en el error!), pero que, en el corto plazo de tomar una decisión «ahora», resulten trágicamente determinantes. A veces una paciente tarea persuasiva puede «darle la vuelta». En el ejemplo referido anteriormente de una anciana que rehúye ser operada, la frase clave para que finalmente aceptara la operación fue: «no es exactamente una intervención quirúrgica, llamémosle abrir el abdomen y mirar dentro» (Broggi MA, 2003). ¿Engaño o persuasión? Si ambos actores «sabían» que sorteaban una dificultad semántica con un uso forzado del lenguaje («abrir y mirar» por «intervención quirúrgica»), estaban creando una complicidad sin tintes de mentira. Si la paciente no era capaz de seguir el razonamiento, pero percibía que el médico le pedía su confianza y se la otorgaba, tampoco era engañada. El médico hubiera engañado si con artificio de lenguaje hubiera oscurecido la realidad y, apareciendo como lazarillo en la penumbra, la paciente se hubiera agarrado a él más por miedo a su ira que a la propia muerte anunciada. El clima emocional, más que las palabras, nos dan la clave de lo que allí sucedió, y si por el clima nos regimos convendremos que el primer escenario (complicidad) es el que mejor se ajustaba.

Ahora bien, no siempre tenemos tanta fortuna... ¿Y si a pesar de todo la paciente se hubiera negado a operar? ¿Hemos de atender impasibles a la muerte de un ciudadano (cuando éste tenía una enfermedad curable) porque hemos sido víctimas de una moda llamada «consentimiento informado»? Por un lado, no sería coherente que diéramos un paso atrás en el grado de libertad ganado por el individuo frente a las instituciones (Rubert de Ventós X, 1996), pero por el otro hay que admitir que no todo el mundo está preparado para comprender el alcance que un «sí» o un «no» puede tener sobre su vida. Por ello afirmamos que hoy día ejercer el privilegio terapéutico es un *acto de valentía* (en absoluto vergonzante), siempre que se ejerza desde una profunda reflexión, a poder ser compartida con otros colegas y los familiares del paciente. Los seres humanos tenemos una capacidad limitada de decidir racionalmente, sobre todo cuando estamos inundados por las emociones de una situación concreta. Otras personas de nuestro entorno pueden complementar esta decisión con una mejor percepción de nuestros intereses.

Recordamos el caso de una paciente que se negó en redondo a ser intervenida de un cáncer rectal por miedo al quirófano, cuando dicha intervención podía ser curativa. Al cabo de varios meses padeció una fractura de fémur, pero en esta ocasión el cirujano fue un simpático y asertivo profesional que vino a decirle «hay que hacer eso, firme aquí». La paciente firmó sin rechistar, y se le realizó un recambio de cadera ignorando que tenía el cáncer de recto ya muy extendido. La paciente apenas usó la prótesis, pues falleció al poco tiempo de dicho cáncer. El primer cirujano acertaba en el tratamiento propuesto pero erró en el estilo (o, sencillamente, no tuvo suerte en el acto de persuadir). El segundo acertó en el estilo de comunicación, pero se equivocaba en la terapia. El precio de ensanchar la libertad del individuo es observar con impotencia el daño que puede producirse ¿Qué pensaremos dentro de algunas décadas de estas situaciones? Lo ignoramos, pero ojalá si se produce una decisión del paciente que consideremos errónea no sea acogida por el profesional con un frío: «allá él, para eso tiene libertad, para equivocarse». Si la bioética llega a crear la ficción de que este tipo de decisiones pueden resolverse sin dolor moral, habrá creado un cisma muy peligroso con los sentimientos y el sentido común. Si, por respetar la autonomía, llegamos a barrer todo intento de beneficencia, es que estamos en una sociedad donde las personas han dejado de importar, aunque se respeten *formalmente* sus derechos.

Sumario

El modelo de influencia interpersonal, coherente con el Health Belief Model, describe cuatro modos de influencia (consejo, persuasión, negociación y orden) que se pueden dar a nivel explícito o a nivel inaparente.

Ante un paciente que da señales de duda el profesional debe aplicar una respuesta evaluativa, y permitir la expresión de creencias y expectativas. Conocer en qué puede y en qué no puede ceder le da mayor seguridad.

Algunas de las técnicas importantes en negociación son:

- Detectar expresiones de dudas y en todo momento controlar el clima emocional, respuesta evaluativa y exploración de creencias, legitimar la discrepancia, crear un espacio para contraponer argumentos, cesión real, intencional, condicional y diferida.

Una vez el paciente se ha posicionado resulta relevante:

- El contraste de ideas, reconversión de ideas y exploración de consecuencias.
- Campo y listón de negociación; reconducción por objetivos.
- Cómo decir que no, y otras técnicas de menor importancia.

Existen estrategias de persuasión adaptadas a los perfiles del paciente (recuerde los 4 ases), e incluso para pacientes «acorazados»: modelado de conducta, consejo inoculado, persuasión motivacional y negociación por deslizamiento.

Gestión del tiempo

También negociamos el tiempo destinado a cada paciente. La técnica de la epícrisis abierta permite una rápida integración de la información contenida en la historia clínica. Paradoja de la prisa: cuanto más deprisa queremos ir menos el paciente colabora en agilizar la consulta. Paradoja del gestor ingenuo: penaliza al profesional que se atrasa sobre el horario, sin darse cuenta de que justamente se trata de un profesional que se toma molestias con sus pacientes.

Galería de situaciones

- Pacientes que no quieren coger el alta. Hemos examinado diversas estrategias.
- Pacientes aprensivos. Hemos examinado diversas técnicas de abordaje.
- Pacientes difíciles. Tipología básica:
 - Pasivo-dependiente.
 - Exigente-agresivo.
 - Manipulador-masoquista.
 - Autodestructivo.

Respuestas naturales: a) derivar y pedir pruebas; b) descargas «catárticas»; c) contenerse hasta sufrir, y d) conductas resolutivas.

Respuestas propias de un entrevistador entrenado: a) conocimiento de nuestras zonas de irritabilidad; b) biográfica; c) confrontativa; d) integradora, y e) acotadora/sintomática/negociadora.

Bases éticas de la influencia. Estamos legitimados para influir sobre el paciente, pero, ¿cuáles son los límites a su libertad? No hay en estos momentos una respuesta totalmente satisfactoria, y sólo el análisis de cada situación puede arrojar algo de luz.

Bibliografía

- Ali NS. Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the Health Belief Model. *Women Health* 2002; 35(1): 83-96.
- Anderson LA, Zimmerman MA. Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Education & Counseling* 1993; 20(1): 27-36.
- Arborelius E, Timpka T, Nyce JM. Patients comment on video-recorded consultations –the «good» GP and the «bad». *Scand J Soc Med* 1992; 20: 213-216.
- Aristóteles. *Ética par Nicómaco*. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003.
- Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.
- Bellón JA, Fernández-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 33-41.
- Berne E. *Transactional analysis in psychotherapy*. Nueva York: Grove Press, 1961.
- Berne E. *What do you say after you say hello?* Nueva York: Grove Press, 1972.
- Bonet A, Navarro J. Efectividad de la relación médico-paciente. En: Merino J, Gil VF, Orozco D, Quirce F, eds. *Medpac. Curso de Relación médico-paciente*. Madrid: Ergón, 2003.
- Borrell F. «Doctor, yo no estoy para trabajar.» *FMC* 1995 2(9): 503-504.
- Borrell F. *Incapacidad Temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión*. Documento semFYC n.º 12. Barcelona, 1999.
- Borrell F. Aprendiendo a tomar decisiones: ¿me da la baja, doctor? *Tribuna Docente en medicina de familia*. 2001; 5(2): 9-18.
- Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Atención Primaria* 2001; 27(5): 343-345.
- Broggi MA. El valor oculto en la relación asistencial. *Med Clín (Barcelona)*, 2003 (en prensa).
- Camasso MJ, Camasso AE. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. *Soc, Sci Med* 1994; 38(5): 733-748.
- Cebrià J, Corbella S. La síndrome del burnout. El pes de la personalitat. *Annals de Medicina*. Abril 2001; 84: 90-92.
- Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, Rodríguez C, Pardo MJ, Pérez J. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*. Abril 2001. 27(7); 459-468.
- Cebrià J. El burnout como fracaso de los recursos de adaptación internos. *Dimensión Humana, semFYC* 2002; 6(1): 21-26.
- Damasio AR. *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica, 2001.
- Davis F. *Passage through Crisis: Polio Victims and Their Families*. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1963.
- Doring LA. Communication problems of the chronically ill. *Aust Fam Physician* 1992; 21: 791-793.
- Fernández JA, Ruiz R, Pérula LA, Campos L, Lora N, Martínez de la Iglesia J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria* 2003; 31(3): 146-155.

- Fisher R, Ury W, Patton B. *Obtenga el Sí*. Barcelona: Gestión 1999, 2000.
- Frankel RM. Microanalysis and the medical encounter: an exploratory study. En: Helm D, Anderson WT, Meehan AJ, Rawls AW (eds.). Nueva York: Irvington Publishers, 1989.
- García S, Dolan S. *La Dirección por Valores*. Madrid: McGraw-Hill, 1997.
- Glaser BG, Strauss A. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine, 1965.
- Gross DA. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47(2): 133.
- Hanson JA, Benedict JA. Use of the Health Belief Model to examine older adults' food-handling behaviours. *J Nutr Educ Behav* 2002; 34, Suppl 1: S25-30.
- Huby G. Interpreting silence, documenting experience: an anthropological approach to the study of health service users' experience with HIV/AIDS care in Lothian, Scotland. *Soc Sci Med* 1997; 44(8): 1.149-1.160.
- Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1.069-1.075.
- James W. *The Principles of Psychology*. 2 vols. Nueva York: Henry Holt, 1890.
- Jovells A. *El paciente del futuro. Revisión de la literatura: España*. Fundación Biblioteca Josep Laporte. Lanzarote, 2001.
- Kholberg L. *Essays on moral development, vol 1. The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice*. Nueva York: Harper and Row, 1981.
- Lazare A. *The Interview as a Clinical Negotiation*. En: Lipkin M, Jr., Putnam SM, Lazare A (eds.). *The Medical Interview. Clinical care, education, and research*. Nueva York: Springer Verlag, 1995.
- Marina JA. *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama, 1996.
- Marian JA, López Penas M. *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Atención Primaria* 2003; 31(4): 214-219.
- Maslow A. *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós, 1990.
- Marvel MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. *Archives of Family Medicine* 1993; 2(6): 629-633.
- Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 293-296.
- McCormick WC, Inui TS. Geriatric preventive care. Counseling techniques in practice settings. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 215-228.
- Mosterín J. *¡Vivan los animales!* Barcelona: DeBolsillo, 2003.
- Platt F. *Conversation failure*. Tacoma: Life Science Press, 1992.
- Nyland J, Jhonson DL, Caborn DN, Brindle T. Internal Health Status Belief and lower perceived functional deficit are related among anterior cruciate ligament- deficient patients. *Arthroscopic* 2002; 18(5): 515-518.
- Rachels J. *El subjetivismo*. En: Singer P (ed.). *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Diccionarios, 2000; 585-591.

- Ridderikhoff J. Information exchange in a patient-physician encounter. A quantitative approach. *Methods of Information In Medicine* 1993; 32: 73-78.
- Roth JA. The treatment of tuberculosis as a bargaining process. En: Rose AM (ed.). *Human Behaviour and Social Process*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1962.
- Rorty R. *El pragmatismo, una versión*. Barcelona: Ariel Filosofía, 2000.
- Rubert de Ventós X. *Ética sin atributos*. Barcelona: Anagrama, 1996.
- Scott J. Using Health Belief Models to understand the efficacy-effectiveness gap for mood stabilizer treatments. *Neuropsychobiology* 2002; 46 (Suppl 1): 13-15.
- Steiner C. *Scripts people live*. Nueva York: Grove Press, 1975.
- Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision-making? *JAMA* 1984; 252(21): 2.990-2.994.
- Shea SC. *La entrevista psiquiátrica. El arte de comprender*. Madrid: Harcourt, Saunders Elsevier Sciences, 2002; 539.
- Wagensberg J. Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? *Metatemas*. Barcelona: Tusquets Editores, 2002.
- Wallace LS. Osteoporosis prevention in college women: application of expanded Health Belief Model. *Am J Health Behav* 2002; 26(3): 163-172.
- Wdowik MJ, Kendall PA, Harris MA, Auld G. Expanded Health Belief Model predicts diabetes self-managment in college students. *J Nutr Edu* 2001; 33(1): 17-23.
- Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of Health Belief Model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *J Adv Nurs* 2001; 33(5): 677-688.

Capítulo 6

Evaluar nuestro perfil de entrevistadores

Ideas clave

- No podemos decir que conocemos a alguien si no podemos prever cómo reaccionará ante una determinada situación.
 - Cuando alguien es imprevisible... ya es previsible en algún sentido.
 - El temperamento es la parte más biológica de nuestra manera de ser. El carácter es nuestro estilo de sentir. La personalidad es la manera habitual de comportarnos.
 - Podemos distinguir dos estratos en la personalidad: el más superficial lo componen las habilidades sociales. El estrato profundo lo define la orientación básica del sujeto hacia las cosas que le van a gratificar: personalidad orientada a los logros, a la posesión de objetos o recompensas, o a la pertenencia de grupo.
 - Podemos agrupar los encuadres/intencionalidades de entrevista, dando lugar a unas modalidades de entrevista clínica que se repiten sea cual sea el entorno asistencial: semiológica, de escucha, motivacional, de integración, prescriptiva y operativa.
 - Hablar de perfil de entrevistador siempre conduce al mismo resultado: aplicarle unos adjetivos. La bondad de esta descripción dependerá de para qué sirve, y de manera más concreta, de su capacidad para predecir algo.
 - Evaluación de entrevistas. Se han desarrollado dos tipos de instrumentos: a) basados en percepciones de un observador, y b) basados en puntuar y codificar conductas concretas.
 - Los instrumentos difieren por el grado de precisión y de amplitud. Por amplitud entendemos si valoran estrictamente el acto clínico o los factores del entorno. En el eje de precisión tenemos instrumentos que exigen codificar cada unidad semántica, y los basados en el cumplimiento de una determinada tarea o habilidad.
 - También podemos clasificar los instrumentos como cuantitativos (dicotómicos o en escala de Likert), y cualitativos.
 - Se ha propuesto como mejor metodología para evaluar a los clínicos, que cada entrevista se evalúe con diversos instrumentos, cada entrevistador con diversas entrevistas y cada instrumento con diferentes observadores.
 - En buena medida, saber trabajar en equipo es saber encontrar ocasiones para el examen crítico de nuestros hábitos, y entre ellos, la comunicación.
-

Somos por lo que hacemos, dijo, Lao Tze, hace unos 2.600 años. ¿Sólo eso? Todos pedimos que se nos juzgue no sólo por lo que hacemos, sino por las intenciones que nos animan. Por consiguiente, proponemos al lector una teoría más optimista: no soy tan sólo lo que hago, sino también la voluntad de hacer las cosas mejor. Y si esto nos lo creemos a pies juntillas resulta que ninguna crítica, por acerba que sea, nos puede herir, porque situamos nuestra fortaleza en acogerla y analizarla con serenidad, e incluso aceptarla y modificar nuestra manera de obrar. Siempre hay más sabiduría en la rectificación que en la acción. Sólo yerra quien tiene el valor de actuar, y sólo es sabio quien aprende a rectificar sin dolor.

Con esta perspectiva estamos mejor preparados para preguntarnos: ¿de qué manera puedo evaluar mi perfil de entrevistador? ¿Mis pacientes me consideran maternalista/paternalista? ¿El clima emocional de mis consultas es cordial y empático? ¿Aplico de manera suficiente las habilidades de comunicación? En definitiva, ¿qué estilo tengo como entrevistador? Analizar y criticar nuestra manera de entrevistar es una tarea compleja que levanta pasiones. No puede extrañarnos. En realidad, cuando grabamos una entrevista y pedimos a alguien que nos critique, nos ponemos a riesgo. Además, nos da miedo que el observador no perciba las actitudes y emociones subyacentes. «En esta entrevista estoy nervioso/a porque con este paciente tuve la última vez una discusión... No hay entrevistas reales que puedan analizarse en estado puro, como tampoco hay profesional que pueda valorarse a partir de un puñado de entrevistas, es cierto. Pero tampoco es menos verdad que aquello que hacemos (p. ej., aquella escena que aparece en una videograbación), expresa algo de nosotros. Y de ese podemos aprender.

Las páginas que siguen proponen diferentes aproximaciones al problema. Veremos los diseños curriculares, los instrumentos para analizar entrevistas, los llamados síndromes disfuncionales... Pero ante todo conviene detenernos en la imagen que damos a los pacientes.

¿Cómo me ven los pacientes?

Un paciente dotado de unas mínimas dotes de observación se forma una imagen de nosotros. Ware (1995) encontró que los pacientes son buenos evaluadores no sólo del trato que les dispensamos, sino también del nivel técnico que les ofrecemos. Ahora bien, presentaban dos sesgos importantes: la alta tecnología les hacía percibir mayor nivel de competencia técnica, y a mayor tiempo, mayor satisfacción.

Estos resultados no deberían sorprendernos. En realidad, todos aprendemos desde pequeños a evaluar al prójimo: ¿nos podemos fiar del compañero de clase?, ¿da muestras de nerviosismo este vendedor de coches usados?, ¿este cirujano sabe «lo que se lleva entre manos»?... Una parte de nuestra seguridad se basa en el conocimiento de las personas que nos rodean.

Pero profundicemos en esta imagen que damos al paciente. En toda relación importante emergen varias cualidades del entrevistador que delimitan la imagen que damos:

- *Calidades de superficie.* Se refiere a aquellos rasgos que impactan en el observador para formarle una primera impresión de nosotros: entorno físico, cómo vamos vestidos, modales, cordialidad, etc.
- *Calidades profundas.* Son los valores de la persona que emergen con el trato continuado. Incluye: la manera de escuchar atenta o dispersa, la consideración que hace del otro, si se muestra empático, su capacidad para tomar decisiones, su calidad moral, etc.

Así pues, podríamos decir que conocer a alguien es aproximarnos (a través de las calidades de superficie), a las formas estables o previsibles de respuesta de la persona. No podemos decir que conocemos a alguien si no podemos prever cómo reaccionará ante una determinada situación (Cattell

RB, 1965). Extremando el argumento: cuando alguien es imprevisible... ya es previsible en algún sentido. «A éste no hay por dónde cogerle», «te va a salir por donde menos te esperes», son comentarios que corresponden a esta situación. Por eso la persona *verdaderamente imprevisible* es la que creemos conocer y nos defrauda: «creía conocerle y me he llevado un desengaño». Las personas hacemos un esfuerzo constante para aproximar nuestro código de valores a nuestra manera de actuar, y ajustar lo que se supone que se espera de nosotros con lo que de verdad hacemos. Examinaremos con algo más de detalle estas calidades de superficie y profundas.

Las calidades de superficie

Son aprendidas por el sujeto sobre todo por modelaje de conducta: lo que ve hacer, lo que le dicen que hace mal, y lo que aprende a hacer mejor en su interacción social. Todo ello lo agrupa la psicología bajo el epígrafe de *habilidades sociales*. Destacamos:

- La *apariciencia*, tanto más importante cuanto más formal sea nuestro interlocutor. Explicamos mucho de nosotros y de nuestras vidas con los abalorios y los vestidos que llevamos; por ello, las batas son un elemento no sólo de higiene, sino de neutralización de estereotipos, un esfuerzo deliberado para que se nos juzgue, ante todo, como profesionales. Recordemos que estereotipo es juzgar a alguien a partir de un solo rasgo, por ejemplo: «es un melencudo», «tiene aspecto afeminado», serían juicios estereotipados. Todos más o menos podemos caer en estereotipos. La diferencia está en si creemos a pies juntillas que «este paciente tiene pinta de delincuente», o si es una mera hipótesis que dejamos flotar sin que afecte a nuestra conducta. Es la diferencia entre ser *creedores* o *creyentes* de nuestras intuiciones (Wagensberg, 2001). Creedor es quien está abierto a cambiar una creencia porque la tiene como simple hipótesis, no como certeza. El creyente opera con certezas, y está más presto a contagiarlas que a examinarlas con espíritu crítico.
- Las *buenas maneras* o buenos modales. Consisten en seguir un ritual consensuado por la sociedad: «síntese por favor; ¿está usted cómodo?, ¿sería tan amable de pasar a la camilla?» Ponen de relieve el *respeto* y el *interés* que nos merece la otra persona.
- La *cordialidad* nos gusta definirla como un tono de voz, una sonrisa, un gesto, en fin, señales que separadas o en conjunto equivalen a decir: «bienvenido sea usted, me alegro de verle, es usted bien recibido». Hay personas, por extraño que pueda parecer, que no se despiden, o no miran a la cara, o susurran en lugar de hablar. Nadie les ha dicho que estas (malas) costumbres deterioran su imagen, y que con un pequeño esfuerzo se pueden rectificar.

Las calidades profundas

El observador (y no digamos la persona sensible a cambios emocionales), detecta inflexiones de la voz, gestos, miradas o detalles semánticos que le revelan muchos datos sobre el temperamento, carácter y personalidad del contertulio.

- El temperamento es la parte más biológica de nuestra manera de ser, y define si somos retraídos (introvertidos) o extravertidos, y el nivel de energía que somos capaces de desplegar sobre nuestro entorno. Los padres se percatan de estos rasgos desde la primera infancia: «este niño es muy apagado (o muy tímido)». Estas tendencias temperamentales serán una constante biográfica.
- El carácter es nuestro *estilo de sentir* (Marina JA, 1996). También hay una parte biológica (p. ej., las personas hipersensibles acostumbran a decir: «soy así desde mi infancia»),

pero el aprendizaje por modelaje, junto a los valores morales que el individuo adquiere reflexivamente desempeñan un importante papel. El paciente puede hacer una valoración de nuestro *estilo de sentir* (carácter), si piensa: «es un profesional muy orgulloso, si percibe que no confío en él no me querrá hacer estas recetas». Definimos cinco ejes del carácter (modificado de Cloninger, 1993), que resumimos en la tabla 6.1.

- Finalmente, la personalidad puede definirse como la *manera habitual de comportarnos*. Mientras el carácter es el eje emocional, la personalidad sería el cognitivo-conductual. Podemos distinguir dos estratos: el más superficial, que sería precisamente las habilidades sociales descritas anteriormente, y un estrato profundo, que define la orientación básica del sujeto hacia las cosas que le van a gratificar. La asertividad estaría en el primer estrato de habilidades sociales. Puede definirse como la capacidad de transmitir a la otra persona que sabemos lo que nos llevamos entre manos, y que ante las dificultades no respondemos de manera agresiva o pasiva, sino analizando el problema con serenidad. Un *entrevistador de habilidades extensas* sabe realizar las diferentes modalidades de entrevista en el momento oportuno, y completa la progresión hacia una entrevista psicoeducativa, como en el anterior ejemplo. A esta progresión le llamamos *ciclo ideal de entrevistas* (véase figura 6.1).

En este estrato profundo podemos distinguir: a) personalidad orientada a los logros o metas; son personas que se proponen algo y tienen que conseguirlo. Estos logros pueden ser materiales pero también intelectuales: reconocimiento, prestigio, etc.; b) personalidad orientada a las recompensas; estas personas buscan sobre todo tener, atesorar, coleccionar, etc., c) personalidad orientada a la pertenencia de grupo. Estas personas buscan ser alguien para los demás, ser queridos por los demás, y a su vez querer y reconocer. Obtener cariño de las personas que le rodean es lo que más les importa. Atención: no olvide que todas las personas tienen algo de cada orientación, y será el predominio de una u otra la que imprime singularidad o «personalidad» (y valga aquí más que nunca la redundancia). Las personas con una orientación grupal posiblemente sean más proclives a desarrollar un tono empático, mientras que las personas muy dirigidas a obtener logros pueden ver el mundo

Tabla 6.1. Conocer nuestro carácter

-
- *Frialdad/Emotividad*: ¿me cuesta mucho ponerme a llorar, o reaccionar ante muestras de dolor de otra persona? Lo contrario definiría un carácter emotivo.
 - *Neuroticismo/Serenidad*: ¿tengo un malestar psicológico más o menos permanente que me impide ser feliz o disfrutar de muchos momentos, incluso momentos en los que se supone que no tengo problemas obvios, y sin embargo tengo siempre un punto de amargura? Lo contrario definiría un carácter sereno.
 - *Impaciente/Paciencia*: ¿las mínimas cosas en la manera de ser de los demás, o en su manera de actuar, que no casan con mis previsiones, me producen desasosiego e impaciencia? Lo contrario definiría un carácter paciente.
 - *Homocentrado/Heterocentrado*: ¿estoy pensando siempre sobre lo que yo necesito, hago o deseo, y muy poco en lo que incluso personas muy próximas a mí pueden necesitar o querer? Lo contrario definiría un carácter heterocentrado.
 - *Competitivo/Cooperativo*: ¿estoy pensando siempre en los demás en términos de compararme con ellos (p. ej., en aspectos como tener cosas, o conseguir premios, bienes, etc.), y muy poco buscando oportunidades de acción conjunta? Lo contrario definiría un carácter cooperativo.
-

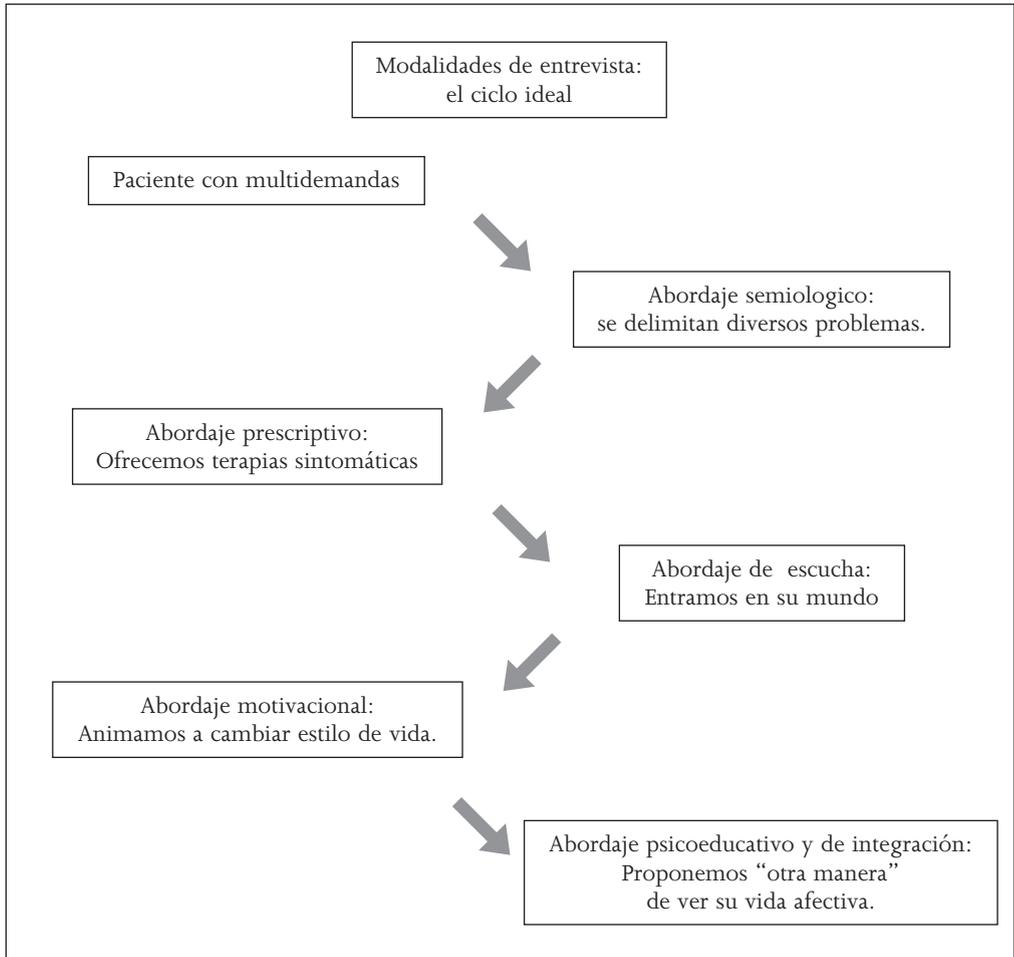


Figura 6.1.

Ciclo Ideal de Entrevistas. Con este término indicamos lo que sería la progresión en las modalidades de entrevista en el caso de un paciente que manifiesta malestar psicológico. Exige un entrevistador con suficiente amplitud en las competencias en entrevista como para poder saltar de una a otra modalidad.

exterior de manera muy incompleta, con dificultad para salir «de sí mismos» y comprender la situación «desde la otra parte».

Con todos estos conocimientos estamos en disposición de volver a la pregunta inicial: ¿cómo nos ven los demás? El paciente, antes incluso de entrar en la consulta, tratará de hacerse una imagen de cómo somos a partir de los comentarios de otros pacientes. Una vez contacta con nosotros apreciará nuestro aspecto, edad, raza, sexo, vestidos, modales..., etc. Si somos más o menos similares en algunos de estos rasgos puede que se establezca un flujo emocional más favorable que si ocurre lo contrario. Es la *ley del isomorfismo*: se crea una empatía espontánea con personas de similar edad, condición sociocultural y sexo, aunque cabe decir que cada vez más aprendemos a ser tolerantes. En un segundo momen-

to, superada la primera impresión, esta persona nos juzgará por los modales y la cordialidad. Aquí los juicios son más matizados pero pueden ser también más graves. Puede que nos perdona entonces un rasgo que le desagrada (p. ej., que no llevemos corbata, o un peinado que juzgue extremado), porque nos encuentre «simpáticos/as». Los **repelentes de comunicación** que hemos visto en el capítulo 2 (un tono de voz desabrido, un defecto en la pronunciación de determinadas palabras, falta de higiene, etc.), pueden tener en esta fase efectos catastróficos: «me pone nervioso/a», «puede que sea un buen profesional, pero no se le entiende cuando habla porque susurra», etc. Ya con la experiencia acumulada de varios encuentros, nuestra imagen «reposa» (como un buen caldo), y los aspectos ingratos (como pudieran ser estos repelentes de comunicación) van al fondo de la memoria. Si la botella no se agita es un poso que no enturbia la relación, pero cuando surgen discrepancias puede salir espuma por el gollete. Tenemos menos paciencia con las personas que nos caen «un poco mal» porque ya usamos paciencia para neutralizar rasgos suyos que nos irritan. Finalmente en una distancia larga de años, prevalecen los incidentes críticos: las veces que el paciente ha podido hablar de sus preocupaciones, los favores que ha recibido, también los «noes»... Es lo que ha venido en denominarse interacción estratégica, en la que ambas partes tienen algo así como un libro de contabilidad, con una columna de «debe» y otra de «haber» (Goffman E, 1969). Un libro que puede entrar en números rojos (y eclosionar el conflicto) o que, por el contrario, puede mantenerse con un buen crédito (es decir, con una confianza que nos da un margen de maniobra). La percepción del paciente de que actuamos no sólo sabiendo, como buenos técnicos que se supone somos, sino también de manera justa y en beneficio de sus intereses, es posiblemente el aspecto más relevante para asentar la confianza.

Modalidades de entrevista, perfil de entrevistador y modelo relacional

Hemos examinado cómo nos ve el paciente (su perspectiva subjetiva) pero, ¿hay otra manera más objetiva de acercarnos a nuestra manera de hacer y actuar, a nuestro perfil o estilo de entrevistar y relacionarnos con el paciente? Para dar una respuesta satisfactoria proponemos una clara distinción entre modalidad de entrevista, perfil de entrevistador y modelo relacional.

Modalidades de entrevista

¿Qué entendemos por modalidad de entrevista? Hay una serie de situaciones en la clínica que pueden agruparse porque exigen del entrevistador unas habilidades muy concretas. En la tabla 6.2 recogemos estas modalidades.

Recordemos que según el modelo emotivo-racional, en los primeros minutos de entrevista activamos un encuadre o intencionalidad: ¿qué se espera que haga yo en esta situación concreta? Las modalidades de entrevista se adecuan a estas intencionalidades posibles. La tabla 6.2 no agota todas las posibilidades, pero sí las más frecuentes. Así, por ejemplo, la enfermera que procede a controlar a un paciente diabético ejecuta una **entrevista operativa**. Esta misma enfermera puede descubrir una ansiedad soterrada, y procede a cambiar la intencionalidad de la entrevista: ahora *toca* escuchar. Una entrevista operativa ha cambiado a una **entrevista de escucha**. Puede que aquí acabe el encuentro, y que cite a la paciente para trabajar un duelo que ha aflorado. Dos o tres entrevistas de escucha dan paso a una **entrevista psicoeducativa y de integración**, donde se le devuelven aspectos elaborados en las entrevistas previas. Por ejemplo, en un momento oportuno puede decirle: «me da la impresión de que usted tiene miedo a establecer una nueva relación sentimental, como si con ello des-

Tabla 6.2.
Modalidades de entrevista

-
- *Entrevista semiológica*: nos marcamos como objetivo establecer la presencia de unos síntomas o signos para los que se nos pide una orientación diagnóstica. Ejemplo: paciente que acude por un dolor torácico.
 - *Entrevista de escucha y acomodación*: nuestra principal intencionalidad es que el paciente llegue a encontrarse cómodo y a escucharse él mismo mientras nos abre su intimidad; en el proceso tenemos la esperanza de que si se escucha llegue incluso a aceptarse y/o comprenderse. Ejemplo: paciente que expresa disconfort psicológico.
 - *Entrevista operativa*: profesional y paciente tienen claro el contenido de la entrevista: control de un determinado padecimiento, aplicación de una técnica, etc. Ejemplo: paciente que acude para una cura de una herida.
 - *Entrevista informativa y prescriptiva*: el profesional debe informar y/o prescribir unos consejos. Puede ser la segunda parte de cualquiera de las anteriores modalidades. Ejemplo: debemos recomendar la mejor estrategia para un paciente con una fuerte bronquitis.
 - *Entrevista de cambio de hábitos o motivacional*: el paciente nos pide de manera explícita o implícita que le ayudemos a cambiar unos determinados hábitos. Ejemplo: un paciente nos pide que le ayudemos a dejar de fumar.
 - *Entrevista psicoeducativa y de integración*: el profesional persigue un cambio en la manera de percibir o interpretar la enfermedad, una situación sociofamiliar o su propio cuerpo, e incluso puede proponer estrategias, pautas o ejercicios para lograrlo. Ejemplo: un paciente con múltiples demandas, en el que observamos importantes aspectos biográficos que él/ella no relaciona, y que influyen en el cuadro clínico.
-

honrra la memoria de su difunto esposo, ¿es así?», y más tarde en ésta o en una entrevista posterior: «hay que encontrar los caminos para poder continuar queriendo». Este tipo de intervenciones pueden abrir un diálogo que facilite la comprensión de muchos sentimientos, y por ello serían intervenciones propias de una entrevista de integración. El interés de estas modalidades radica en que cada una de ellas tiene un cuerpo central de habilidades que le son propias, que cabe estudiar y entrenarse para su aplicación. Un **entrevistador de habilidades extensas** sabe realizar las diferentes modalidades de entrevista en el momento oportuno, y completa la progresión hacia una entrevista psicoeducativa, como en el anterior ejemplo. A esta progresión la llamamos **ciclo ideal de entrevistas** (véase figura 6.1).

Perfil de entrevistador/comunicador

Pasemos ahora al tema del perfil o estilo del entrevistador (y más, en general, de la persona que comunica). Lo definimos como la calidad y variedad de conductas verbales y no verbales que utiliza un entrevistador en el desempeño de su tarea habitual. Por consiguiente, el resultado final será describir al clínico como cálido o emocionalmente frío, cooperador o competitivo hacia sus colegas, autoritario o participativo, etc. Dependerá de la *selección de adjetivos* que hagamos, y por consiguiente, la importancia que les demos, para obtener uno u otro de los modelos que aparecen en la bibliografía. Pero en definitiva el concepto de perfil desemboca *forzosamente* en una descripción. Es aquí donde los diferentes modelos que se proponen aciertan en función de proponer descripciones útiles y predictivas. Rutter (1981) propone las siguientes categorías: a) profesional orientado hacia hechos concretos frente a profesional orientado a temas globales; b) profesional activo frente a profesional de baja productividad verbal, y c) profesional orientado a emociones frente a profesional orientado a tareas. Este modelo tiene correspondencia con el Roter's

Interactional Analysis System (RIAS) (Roter DL, 1989). Veremos la aplicación de este instrumento cuando hablemos del Eurocommunication Study, pero avancemos que su principal uso ha residido en diferenciar una orientación emocional frente a una orientación a las tareas. ¿Podemos ir un poco más allá?

Coherentes con el modelo general que venimos defendiendo (modelo emotivo-racional de acto clínico), creemos que hay que priorizar dos ejes: el interpersonal, y dentro de él, sobre todo el compromiso con el sufrimiento del paciente (primer eje emocional), y en el segundo eje cognitivo, la competencia clínica. Examinemos ambos ejes.

1. *Relación interpersonal.* Este primer eje valora la orientación del entrevistador hacia el otro, su capacidad de establecer vínculos con pacientes y colegas, y de manera particular, hacia el sufrimiento del paciente y su familia. ¡Cuán diferente resulta para el paciente un profesional que apenas le mira, en relación a otro que le sonríe y conforta! Bien es verdad que a veces hay profesionales que su compromiso lo derivan hacia el eje competencial, muy focalizados en un campo (p. ej., hacia un determinado tipo de cirugía, u otra técnica concreta). Ahora bien, en tal caso, ¿no deberíamos hablar más bien de un buen técnico que no de un buen clínico? Podemos incluso considerar a aquel profesional que selectivamente es buen comunicador con pacientes y malo con los colegas, por ejemplo porque responsabilice a estos últimos de su fracaso curricular; y viceversa. En estos ejemplos la persona segmenta su realidad en una parte (o personas) «buenas» y otras «malas o a evitar».

2. *Competencia.* Si tenemos en cuenta las modalidades de entrevista que veíamos anteriormente, una primera distinción puede establecerse entre profesionales que se desempeñan de manera competente en todas o casi todas las modalidades de entrevista (v. tabla 6.2), y aquellos que sólo lo son en algunas concretas (o incluso en ninguna). Hay clínicos que se notan muy a gusto averiguando lo que le ocurre a un paciente, pero dan muestras de nerviosismo cuando deben pasar a una entrevista de acomodación, y se muestran incapaces de realizar una entrevista de integración (p. ej., lanzando puentes entre el malestar somático y el estrés psicosocial, y limitándose a un abrupto «todo lo que le pasa son por nervios»). Un profesional que se sabe mover por las diferentes modalidades de entrevista es como un músico que sabe tocar diferentes melodías. Tiene **amplitud competencial**. Parece obvio que su capacidad para resolver diversas situaciones clínicas se verá recompensada.

El desarrollo de un modelo de este tipo proyecta adjetivos sobre estos dos ejes como los que se proponen en la tabla 6.3. Hay que advertir que esta tabla no agota en absoluto la riqueza de un modelo que sobre todo lo deseamos abierto a futuras aportaciones. El grado de precisión de los ejes y descriptores que se propongan deberán su bondad a que sean capaces de detectar aspectos importantes del entrevistador, y de predecir su conducta o los resultados de ésta (p. ej., uso de los recursos, tasa de errores clínicos, satisfacción o capacidad resolutoria). Insistimos que para nosotros deben priorizarse en el eje emocional el compromiso con el sufrimiento del paciente, y en el cognitivo-conductual, la amplitud de competencia, es decir, la versatilidad para pasar a diferentes modalidades de entrevista. Aplicando los criterios de esta tabla imaginemos que tratamos de describir el perfil de un profesional concreto. Sirva la siguiente descripción meramente para ilustrar el instrumento que se propone:

- Profesional caracterizado por una autoestima que raya la altivez (lo cual le ha conducido a algunos roces con los pacientes), se preocupa mucho por los pacientes, trato emocional reactivo (pocas veces es capaz de ser simpático con la persona que le cae mal), en general es empático y cordial-cooperativo, aunque su primer contacto es distante. Es competente en la mayoría de modalidades de entrevista, y tiene un gran potencial

Tabla 6.3.
Perfil (estilo) del entrevistador (basado en el modelo emotivo-racional)

Eje emocional:

- Primera impresión de contacto: cordial/distante.
- Actitud básica de contacto: cooperación (en flujo)/competición (en asimetría)¹.
- Autoestima: profesional con una alta/buena/baja autoestima².
- Respuesta al tono emocional del paciente: reactivo/proactivo³.
- Manera de reaccionar ante los retos del paciente: contención emocional/sin contención⁴.
- Manera de acoger las emociones del paciente: empático/dispático/frialdad⁵.
- Interés: atento/desatento⁶.
- Preocupación: preocupado por el paciente/no preocupado⁷.
- Uso del poder: comparte decisiones democráticamente/no las comparte⁸.
- Manera de reaccionar frente a situaciones que entorpecen las previsiones que hemos hecho: con paciencia/no paciente⁹.

Eje cognitivo-conductual:

- Habilidades extensivas: capaz de saltar de una a otra modalidad de entrevista/incapaz.
- Habilidades focales: uso apropiado de habilidades concretas/no uso o uso inapropiado para cada modalidad de entrevista.
- Manejo de la incertidumbre: tolerancia/no tolerancia¹⁰.
- Capacidad de evocación: innovación cognitiva o conductual/fosilización cognitiva o conductual¹¹.
- Capacidad para remodelar reglas de decisión: capaz de aplicar nuevas reglas/incapaz¹².

¹Competición: visualiza al otro como un obstáculo o desde la perspectiva del beneficio que le puede sacar. Este eje reviste importancia en la comunicación con otros compañeros de trabajo.

²Alta autoestima (altivo), hasta el punto de ignorar la opinión de los demás/buena autoestima, pero siempre atento a las críticas de los demás/autoestima baja, no se defiende de las críticas, tendencia a aceptarlas automáticamente. Como el eje anterior resulta relevante para la vida de un equipo.

³Reactivo, responde con simpatía al simpático, con antipatía al antipático; proactivo: mantiene su propio tono emocional aunque el paciente sea desagradable, e intenta llevarlo a su propio tono emocional.

⁴Contención emocional: no se ve obligado a dar consejos o a actuar/no contenido: se contagia de la ansiedad, miedos, prisas del paciente u otra emoción, con el resultado de «hacer» algo coherente con esta emoción.

⁵Empático, se pone en el lugar del paciente, abierto a comprender su sufrimiento. Dispático: responde a la emoción del paciente con otra emoción que no viene a cuenta (p. ej., irritado, burlón, nostálgico, etc.). Frialdad: intenta escabullirse con seguridades prematuras o rituales paternalistas, o simplemente ignorando.

⁶Desatento, se deja vencer por el aburrimiento.

⁷Preocupado cuando un paciente «no acaba de ir bien»: busca información o consulta el caso con otros profesionales para mejorar el diagnóstico o terapia del paciente.

⁸Comparte decisiones democráticamente y admite también que haya pacientes que no deseen compartirlas. Dogmático, no las comparte, o impone al paciente que «participe» aunque éste no quiera participar en la toma de decisiones.

⁹Paciencia: tolerante ante la conducta del paciente o ante el curso que cogen los acontecimientos. No paciente: se rebela e intenta modificar o influir en los acontecimientos o al menos descargar la tensión que le produce el que las cosas no vayan como él/ella querría.

¹⁰Manejo de la incertidumbre: tolerancia, sabe demorar el cierre de entrevista. No tolerancia: muestra caída de heurísticos y conductas evitatorias que llevan a cierre prematuro de la entrevista.

¹¹Capacidad de evocación: innovación cognitiva o conductual: es capaz de ir más allá del conocimiento o conducta tácitos y pensar en causas o situaciones que ha estudiado, aplicando estos conocimientos teóricos a la situación clínica concreta, o realizando un tipo de técnica que ha aprendido recientemente./Fosilización cognitiva o conductual: rescata del plano de su conciencia tan sólo las pautas de conducta o los conocimientos que últimamente ha usado, con un progresivo empobrecimiento (cada vez recuerda menos, cada vez sus conocimientos para la acción son más pobres, fosilización).

¹²Capacidad para remodelar reglas de decisión: cuando decide aplicar a una situación clínica un nuevo algoritmo de decisión, puede evocar y seguirlo cuando esta situación clínica se produce en la vida real/no lo hace, y sin darse cuenta resuelve la situación aplicando los viejos algoritmos o reglas de decisión.

para la innovación cognitiva-conductual (quiere aprender nuevas técnicas). En la entrevista puede evocar conocimientos que nunca ha aplicado, y puede realizar técnicas sin necesitar una tutorización directa. En resumen: buen compromiso con el sufrimiento del paciente y buena amplitud competencial, destacando como rasgo disfuncional una autoestima en exceso independiente a la influencia o crítica del entorno.

Modelos relacionales

Una definición sería: «forma habitual en que se desarrolla una relación». Cuando hablamos de modelo relacional no nos fijamos tanto en los aspectos competenciales, sino que predomina la mirada del sociólogo: ¿cómo se están relacionando de manera mayoritaria los protagonistas del acto asistencial? Casi de manera irremediable surge la autoridad o el poder como aspecto sustantivo. Si examinamos algunos de los modelos que se han propuesto (tabla 6.4) observaremos como casi siempre aparece en un polo el paternalismo, y en el otro polo una manera de actuar más democrática o madura. Hay cierto consenso en definir paternalismo como «sustituir al paciente en la toma de decisiones», pero también como un trato aparentemente cordial que crea una barrera emocional casi infranqueable (un profesional defendido detrás de las buenas palabras).

Cada autor pone su granito de arena para matizar o ampliar un poco este enfoque básico (y, sobre todo, el antónimo de paternalismo), con el mensaje implícito, dirigido a los profesionales de la salud, de que no sean tan altaneros, y aprendan a escuchar y compartir el poder que les concede la sociedad. Un consejo que no debería caer en saco roto.

No esperemos de este enfoque más de lo que nos puede dar. No esperemos, por ejemplo, poder describir la complejidad de conductas que despliega un profesional, ni tampoco que «tal práctica profesional basada en tal modelo es más eficiente que otro», porque primero deberíamos demostrar que son maneras de actuar estables en el tiempo y para los diferentes consultantes, cosa que estamos lejos de demostrar y, en segundo lugar, que unas pocas categorías son suficientes a efectos predictivos. Evitemos, en suma, la tentación de buscar la «esencia» de una determinada manera de actuar del profesional (esencialismo filosófico), y tratemos en cambio de definirla por lo que vemos, es decir, por el estilo o perfil de práctica (nominalismo).

Los modelos relacionales pueden tener un papel en el debate de la sociología y la antropología de la medicina, pero incluso allí se quedan cortos. Además del uso del poder hay que considerar el clima emocional de una relación. Un profesional paternalista puede ser un profesional cordial y empático. En cambio, un profesional sumamente democrático puede desentenderse del sufrimiento del paciente, parapetado en la frialdad del técnico, con el agravante de que puede justificar su conducta basándose en que respeta la autonomía del paciente. Por ello, afirmamos que el problema hoy día no es tanto el paternalismo, sino la frialdad emocional. V. Camps (2002) ha propuesto la relación basada en la confianza (o fiduciaria) como categoría que integra aspectos emocionales. Por nuestra parte, afirmamos anteriormente que nos parece clave el *compromiso* del profesional con el sufrimiento del paciente. Sin duda, asistiremos en el futuro a desarrollos muy interesantes de este concepto.

¿Cuál es mi perfil de entrevistador? Sugerencias para el autodidacta

Responder a esta pregunta es muy similar a responder: ¿cómo soy yo como persona? Con toda seguridad, usted tiene cierta idea de cómo es... y no precisamente porque haya rellenado un test de personalidad. Las personas que nos rodean juzgan los rasgos que nos hacen diferentes, para bien o para mal. A veces tienen la osadía de decírnoslo, y en ello

Tabla 6.4.
Modelos relacionales: una síntesis de la bibliografía

| Autores | | Modelos y características | | |
|--------------------------------------|---|---|--|---|
| Gracia D. (1999) | Paternalista monárquico (en equipo) | Paternalista oligárquico (en equipo) | Democrático | |
| Veatch RM (1981) | Relación vertical (médico/s ⇒ paciente) | Sacerdotal (hechos y valores determinados por el médico) | Relación horizontal (médico ↔ paciente) | Técnico-Ingeniero (hechos) |
| Emanuel y Emanuel (1992) | Objetivos, a compartir entre médico y paciente | Paternalista | Deliberativo | Interpretativo |
| Valores del paciente | Asumir esos valores objetivos | Abiertos a discusión y revisión | Autodesarrollo valores relevantes | Poco definidos, a aclarar |
| Autonomía del paciente | Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente en ese momento | Estructurar y persuadir propuestas mejores, informar, implementar | Consultor, consejero | Autocomprensión valores |
| Obligación del médico | Guardián, «sacerdote» | Amigo, maestro | | Determinar, interpretar, informar, implementar |
| Rol médico | | | | Incrementar decisión del paciente |
| Emanuel EJ (1999) | Relación paternalista: el profesional toma las decisiones en sustitución del paciente | Relación de consejero: el profesional pone a disposición del paciente sus conocimientos de manera aséptica | Relación personalizada: el profesional individualiza sus conocimientos para este paciente y esta situación clínica | Definidos, fijos, conocidos |
| Victoria Camps (2001) | Paternalista | Contractual | Fiduciario | Elección y control |
| | Definido básicamente igual que en el modelo de Emanuel | Hay el enfrentamiento de dos autonomías y un acuerdo para transacciones basadas en el interés de las partes | Hay una relación de confianza que comporta obligaciones por ambas partes | Dar información e implementar decisión del paciente |
| Charles C, Whelan T y Gafni A (1999) | Intercambio de información | Paternalista | Contractual | Científico, técnico |
| Deliberación | Médico/s ⇒ paciente; información médica; mínimo marcado por la ley | Compartido | Informado | |
| Decisión | Médico/s | Médico ↔ paciente; información mínima todo aquello relevante para tomar decisión | Sobre todo médico ⇒ paciente; información médica; relevante | |
| | Médico/s | Médico y paciente (+ otros potenciales) | Paciente (+ otros potenciales) | |
| | | Médico y paciente | Paciente | |

Modificada de Júdez J, con permiso del autor. (En: Borrell F, Júdez J, Segovia JL, et al, 2001.)

confluyen nuestros mejores amigos y enemigos, porque sólo por querencia o por odio transgredimos la conveniencia del silencio. Empezamos a disfrutar del trabajo en equipo cuando estamos dispuestos a cambiar (para mejorar) mediante las críticas de las personas que más nos conocen: nuestros compañeros de trabajo. En buena parte, saber trabajar en equipo es *saber encontrar ocasiones* para el examen crítico de nuestros hábitos, y hacerlo siguiendo unas normas de sentido común (tabla 6.5). Podemos afirmar que una de las creencias que dificultan la aceptación de críticas o autocríticas es entender la manera de entrevistar como un *atributo inmodificable de nuestra manera de ser*. Un profesional que sostenga este punto de vista podrá aceptar de mejor o peor grado una crítica sobre una opción terapéutica, pero entenderá como insultante cualquier observación sobre la idoneidad de una pregunta, comentario o consejo formulado en el curso de un interviú. Por ello, la primera condición para mejorar nuestras habilidades como entrevistadores es entenderla como una actividad susceptible de ser mejorada y estudiada científicamente. La segunda condición es aceptar el riesgo, hacernos vulnerables a las críticas. No hay mejora sin autocrítica. No hay autocrítica sin reconocimiento de errores. Con estas ideas en la cabeza avancemos un poco más.

Usted es un observador sagaz, pero... ¿cómo aprovecharlo?

Recomendamos varias maneras de aprovechar su capacidad crítica y la de sus compañeros y amigos, empezando por las estrategias más sencillas:

- a) La observación en tiempo real de un colega mientras visita. No requiere videograbación, pero sí cierto entrenamiento. Para ello es conveniente proveerse de algún tipo de instrumento corto y ágil que focalice nuestra atención y nos permita un buen nivel de comentario (tabla 6.6). Después de la entrevista es imprescindible que se realice el *feedback*, pues demorarlo conlleva perder muchos detalles.

Este instrumento tiene la ventaja de que prioriza unas tareas para cada modalidad de entrevista, sin dejar de lado el clima emocional que se ha creado. Puede también aplicarse por parte del mismo entrevistador, si ha grabado la entrevista.

Tabla 6.5.

Dando un *feedback* efectivo

-
- Empiece por lo positivo: lo que sí le ha gustado.
 - Use la primera persona del plural: «nosotros lo que deseamos es aprender...»
 - Sea específico, no general. (No vale: «has sido poco empático»; sí vale: «tu tono de voz era cansino».) Diga lo que se hubiera podido decir o hacer mejor. (No vale: «no has informado suficientemente»; sí vale: «yo hubiera comentado con el paciente los peligros de esta técnica».) Utilice siempre que pueda las palabras que pronunciaría delante del paciente.
 - Use un lenguaje descriptivo, no valorativo. No vale: «eres muy seco». Sí vale: «si sonríes al paciente de vez en cuando lograrás más calidez».
 - Manifieste que sus opiniones son subjetivas.
 - Concentre su atención en conductas que puedan ser mejoradas. Sea posibilista.
 - No haga más de tres sugerencias.
 - Trate de reconocer sus propias emociones e interróguese si son apropiadas para el propósito que le anima: ayudar a un compañero.
-

Modificada de Wetsberg J, 1993. Ende J, 1983 y Pendleton D, 1986.

Tabla 6.6.**Valoración en tiempo real de una entrevista: cuestionario basado en modalidad de entrevista**

Instrucciones:

1. Valore, en primer lugar, el tono emocional del encuentro.
2. Identifique la modalidad o modalidades de entrevista que se ha(n) activado. Valore las tareas más importantes y su cumplimiento. Si se han activado varias modalidades, proceda a valorarlas por separado.

1. Tono emocional del profesional: analice, sobre todo, la entonación de la voz, interés por captar la atención del paciente, presencia de sonrisas y otros marcadores de cordialidad. Puntúe cada ítem como «sí/no».

| | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Cordial | / Frío |
| Atento | / Cansino o desatento |
| Confianza | / Susplicia |
| Habilidades emocionales proactivas* | / No presencia |

2. Valoración por modalidades: puntúe cada ítem con «sí/no».

Entrevista semiológica: presencia de un(os) síntoma(s) o signo(s) para los que se nos pide una orientación diagnóstica.

1. Ha existido una buena delimitación del motivo de consulta.
2. Se ha delimitado el mapa de demandas y quejas si el paciente es complejo.
3. Se ha delimitado la naturaleza del problema principal: cómo, cuándo y dónde de las molestias.
4. Se han averiguado los factores o síntomas asociados.
5. Se han averiguado las ideas, preocupaciones o expectativas del paciente.
6. Se han delimitado otros problemas que merecen seguimiento.

Entrevista de escucha y acomodación: escuchar para que el paciente se comprenda y acepte.

1. El entrevistador permite hablar al paciente sin interrupciones y pide clarificaciones.
2. El entrevistador no se precipita en dar consejos.
3. Se han usado frases por repetición o clarificaciones que obligan al paciente a ir al fondo de sus sentimientos.
4. El entrevistador sugiere otras maneras de ver la realidad, u otras maneras de enfocar la resolución de los problemas.

Entrevista operativa: profesional y paciente tienen claro el contenido de la entrevista: control de un determinado padecimiento, aplicación de una técnica, etc.

1. En todo momento profesional y paciente saben de lo que hablan.
2. Se han realizado la mayor parte de tareas protocolizadas (según el protocolo de cada entidad abordada).
3. Ha existido una buena gestión del tiempo.

Entrevista informativa y prescriptiva: el profesional debe informar y/o prescribir unos consejos. Puede ser la segunda parte de cualquiera de las anteriores modalidades.

1. Frases cortas y claras sin términos médicos (o si lo hacía clarificaba su significado).
2. Uso de ejemplificación con racionalidad de la medida terapéutica.
3. Se han atendido las dudas del paciente dando tiempo para que expresara su punto de vista.
4. Se han detallado los consejos y/o dado por escrito las instrucciones.

Entrevista de cambio de hábitos o motivacional: el paciente nos pide de manera explícita o implícita que le ayudemos a cambiar unos determinados hábitos.

1. El entrevistador ha determinado el grado de compromiso o la predisposición con el cambio del paciente.
2. El entrevistador se ha mostrado respetuoso con las creencias del paciente pero a la vez firme en sus convicciones de que es necesario cambiar.
3. Se ha citado al paciente para un seguimiento posterior, marcando objetivos intermedios.

Entrevista psicoeducativa y de integración: el profesional procede a dar un sentido biográfico a los síntomas, y/o procede a dar consejos para lograr una mejor adaptación.

1. El entrevistador sitúa las demandas y quejas en un contexto biográfico.
2. El entrevistador respeta las defensas del paciente para entrar en lo psicológico, sin forzar el ritmo.
3. El entrevistador sugiere otras maneras de ver la realidad, u otras maneras de enfocar la resolución de los problemas.

Cuestión final: por el contenido observado... ¿hubiera tenido que activar el profesional algún otro tipo de modalidad de entrevista?

En una misma entrevista pueden surgir varias modalidades. Por ejemplo, es muy normal que de una entrevista semiológica pasemos a una prescriptiva en la fase de resolución. O que de una semiológica pasemos a una modalidad de escucha, para tal vez entrar en una entrevista psicoeducativa. En estos casos, valoraremos cada uno de los apartados que correspondan.

*Entendiendo por tales: respuesta a los retos emocionales del paciente con buen humor, capacidad de dar un tono optimista incluso en presencia de un paciente pesimista, no contestar con hostilidad al paciente hostil, mantener nuestro tono.

Ahora bien, la simple subjetividad, en estado puro, también puede servir. ¿Por qué no sacar partido de ella? Ésta es la estrategia del Problem Based Interview (PBI), que describiremos en el capítulo siguiente. Aquí referiremos un desarrollo heterodoxo de esta metodología, que llamamos método de visualización global. Consiste en videogravar un día de trabajo del profesional y pedirle que seleccione la entrevista que crea más interesante. Antes de reproducir la entrevista una persona que actúa como facilitadora pregunta por los antecedentes de la entrevista: datos del paciente, relación previa, si existía algún motivo de tensión. Después se visualiza toda la entrevista. A partir de una guía de discusión como la que reproducimos en la tabla 6.7 se procede a comentar. Si existen dudas sobre algún punto se rebobina la cinta y se analiza.

Otro método más complicado es el Impact (Interactional-Based Method) de Frankel (1982). Consiste en grabar en vídeo una entrevista y solicitar al propio paciente que la

Tabla 6.7.

Observación de entrevistas: guía de discusión Método de Visualización Global

A diferencia de un método estructurado para detectar tareas o habilidades, las sesiones de visualización global tratan de captar el sentido último de la comunicación que se ha establecido entre profesional y paciente. Se efectúan en dos rondas con un compañero que actúa de facilitador:

Primera ronda: eje emocional

1. Observe toda la entrevista.
2. Cada observador reflexiona 3 minutos en completo silencio (y preferiblemente apunta en un papel) sobre:
 - Qué deseaba el paciente¹.
 - Si lo ha obtenido².
 - Qué deseaba el profesional³.
 - Si lo ha obtenido⁴.
 - Emociones que han aparecido durante la entrevista y manera de reaccionar del profesional.
 - Si el conjunto de la entrevista ha sido gratificante para los protagonistas.
3. Por este mismo orden (pero con flexibilidad) se procede a compartir las ideas, siguiendo las normas de *feedback* constructivo.
4. ¿Se llega a algún consenso en relación a alguna/s conducta/s que si se hubieran realizado habrían conducido a un mejor resultado para ambos protagonistas?

Segunda ronda: eje cognitivo

1. Observe toda la entrevista.
2. Cada observador reflexiona 3 minutos en completo silencio (y preferiblemente apunta en un papel) sobre:
 - Mapa de demandas y quejas del paciente.
 - Encuadre (intencionalidad) del profesional en el inicio de la entrevista: ¿qué se proponía hacer en la entrevista?
 - ¿El desarrollo de la entrevista obliga al profesional a reencuadrar?
 - ¿El seguimiento de algún síntoma o signo ha sido insuficiente?
 - ¿Es satisfactoria la resolución de la entrevista (acuerdos, información suministrada, etc.)?

Puntos 3 y 4 iguales a la primera ronda.

¹Por ejemplo, obtener un diagnóstico, un consejo, recetas, ayuda de tipo familiar, etc.

²Por ejemplo, se lleva unas recetas, o una exploración complementaria, o un diagnóstico tranquilizador.

³Por ejemplo, aliviar el dolor, orientar etiológicamente el caso, decir «no», etc.

⁴Por ejemplo, evita dar algo que no quería, o viceversa.

revise junto al profesional y uno o varios observadores. En cualquier momento la cinta puede detenerse, y cualquiera de los participantes puede formular preguntas o comentarios sobre lo que está ocurriendo, estableciéndose un diálogo sobre los contenidos y vicisitudes. Todos estos comentarios se graban y analizan posteriormente, siendo posible una reunión con los participantes para devolver los materiales que se han trabajado. No es fácil vencer la resistencia a incriminar a los propios pacientes en la evaluación de sus entrevistas, resistencia que, como apuntan los autores, es más nuestra que suya, pues los pacientes la perciben como una experiencia gratificante.

A manera de conclusión, Mizrahi (1984) definía la posición de los profesionales de la salud como de «insularidad». Estamos en una «isla» a la que nadie puede acceder para criticarnos, en especial nuestros propios pacientes. Por consiguiente, tratamos de aparentar (cuando nos equivocamos) la normalidad más absoluta, y si fuera el caso estaremos dispuestos a defender a ultranza que, simplemente, no ha habido error (Hilfiker D, 1984). Todo lo dicho hasta aquí resulta vano si no modificamos esta actitud.

Competencia en comunicación y competencia emocional

Entendemos por «competencia» un saber hacer. La competencia en comunicación integra habilidades técnicas, reflexión «en la acción» (esto es, mientras actuamos) y una determinada actitud ante el sufrimiento del paciente. El lector ha podido desmenuzar en las páginas anteriores una serie de elementos que configuran el «perfil» del entrevistador, y que nos aproximan también a esta competencia. Quisiéramos en este apartado ampliar el concepto de competencia emocional, que definiremos como la capacidad de reconocer y gestionar las emociones que surgen en la consulta. De manera más concreta, diremos que un entrevistador posee esta competencia cuando:

- a) Reconoce las emociones que experimenta, sin ignorar las negativas (p. ej., el rechazo hacia un paciente).
- b) Disfruta pasando visita, y afronta el nuevo día con ilusión. Ello supone cierta capacidad de reflexión sobre con qué «expectativa» encaramos el «próximo día».
- c) Aceptar que las cosas a veces pueden ir mal sin tener en ello una responsabilidad directa, como también que a veces hay que ceder, negociar o imponerse ante determinadas expectativas.
- d) No depender de los elogios de los superiores, ni de los pacientes. Nos esforzamos porque creemos en lo que hacemos, creando un sistema de valores relativamente autónomo (*locus* de control interno).
- e) Distinguir lo que «yo siento» de lo que siente el paciente o el resto del equipo.
- f) Ser capaz de contrarrestar un clima emocional pesimista o negativo.

La importancia del tema se aprecia en el siguiente comentario: «en mi vida profesional lo que más me ha costado es rectificar los sentimientos que tenía en relación a determinados pacientes o situaciones». Aprender técnicas nos hace más habilidosos, pero este tipo de aprendizaje nos hace más sabios. Distinguimos dos componentes en la competencia emocional:

- **Tono emocional básico.** Derivado de lo que llamábamos anteriormente calidades de superficie. Es el que percibe cualquier paciente por el simple hecho de contactar con nosotros. Esta impresión la compone a partir, sobre todo, de: a) interés por lo que nos cuenta; b) la cordialidad: «sea usted bienvenido»; c) la calidez: «voy a cuidar de usted»;

- d) la empatía: «me pongo en su lugar», y e) la asertividad: «sé lo que me llevo entre manos».
- **Modo emocional avanzado.** Sólo aparece ante **retos emocionales** (un paciente que se pone a llorar) o cognitivos (¡dígame usted lo que tengo!). Este modo avanzado pone en evidencia: a) si el profesional tiene paciencia, esto es, si sabe inhibir sus hábitos ante acontecimientos inevitables; b) si es empático, es decir, si se percata y sabe evidenciar que ha captado la emoción del consultante; c) si tiene capacidad emocional proactiva, siendo capaz de **rescates de atención** y **rescates emocionales**, y d) otras capacidades técnicas alrededor de la profundización emocional y de la influencia (persuasión, reencuadre, negociación, etc.).

En cualquier interacción humana buscamos una situación «final» en la que nos sintamos emocionalmente compensados. Es lo que llamamos **balance emocional profundo**. Nos acostumbramos a gustar, por ejemplo, que los pacientes nos agradezcan nuestro esfuerzo. No sería muy realista pensar que un entrevistador «modélico» pudiera prescindir de elogios o ignorar las críticas. Existe algo así como un libro de contabilidad donde hacemos un «debe y haber»; no hay quien se libre de este libro de contabilidad, pero sí existen dos estilos polares en la manera de gestionarlo: el profesional generoso, capaz de tolerar números rojos con pacientes y colegas, y el profesional cicatero, siempre atento a que «no me tomen el pelo». En este sentido, vale la pena apuntar que el rencor («este paciente me ha hecho tal cosa y me lo pagará»), es hijo de la cicatería.

Cada relación tiene un balance emocional del que se deriva lo que hemos llamado **tarjeta de visita**. Ésta consiste en la primera reacción emocional que tengo cuando pienso o veo a una persona de manera inesperada. Reflexionar sobre estas reacciones iniciales, libres de todo maquillaje, nos ofrece una excelente oportunidad para descubrir nuestros resortes emocionales más íntimos.

¿Cómo determinar el perfil del entrevistador? Sugerencias para el investigador

Un primer intento para hacer operativo el concepto ha sido definir ejes polares. Por ejemplo, el cuestionario de Cockburn J, Killer D, Campbell E, Sanson-Fisher RW (1987) (CKCS) explora mediante preguntas que se puntúan del 1 al 4 (1: muy en desacuerdo con la frase que se propone, 4: muy de acuerdo), las siete actitudes que resumimos en la tabla 6.8. El cuestionario de Calnan (Calnan M, 1988) explora de igual manera tres actitudes (v. también la tabla 6.8).

En ambos casos asimilamos el concepto de perfil a unas creencias o actitudes que manifiesta el entrevistador. Por ejemplo, derivado del cuestionario CKCS podríamos afirmar sobre todo que un profesional está orientado hacia la enfermedad o hacia aspectos psicosociales, y que esta orientación tiene efectos visibles en los resultados que obtiene (Mira JJ, 1997). Pero incluso admitiendo que el cuestionario está muy perfeccionado... ¿podría ocurrir que no reflejara la realidad? Hablaremos más adelante de la validez de los cuestionarios, pero avancemos aquí la posición de R. Bartz (1999). Este autor tiene serias dudas sobre este enfoque, demostrando como un médico que se cree claramente orientado hacia los componentes humanistas, en la práctica no los traduce a la relación asistencial. Keller (1999), por su parte, realizó un estudio pormenorizado sobre cinco profesionales, comparando lo que ellos creían que eran sus actitudes frente al paciente y la enfermedad, con las actitudes que se traslucían en sus entrevistas grabadas (de 12 a 22 entrevistas con diferentes pacientes para cada profesional). En uno de los cinco profesiona-

Tabla 6.8.**Cuestionario de Cockburn, Killer, Campbell y Sanson-Fisher (CKCS).
Actitudes valoradas**

-
- Rol organizador: importancia de la adecuación de salarios y de la organización.
 - Medicina preventiva: grado de responsabilidad asumida en tareas preventivas.
 - Comunicación: importancia que se asigna.
 - Mutuality: reconocer el papel activo del paciente.
 - Idoneidad: si se considera competente para el trabajo que debe realizar.
 - Responsabilidad: grado en que el profesional apoya la autonomía del paciente.
 - Orientación psicológica: abordaje de los aspectos emocionales y psicológicos en la consulta.
-

Cuestionario de Calnan. Actitudes valoradas

-
- Internista versus psicoterapeuta.
 - Relación con el paciente.
 - Relación con el resto de compañeros.
-

les había claras diferencias entre lo que creía hacer o aplicar, y lo que en efecto hacía o aplicaba. Hay un viejo refrán en castellano que sintetiza la lección: «del dicho al hecho...»

Un segundo camino ha sido valorar entrevistas concretas. Nos fijaremos aquí sólo en los esfuerzos encaminados a analizar videograbaciones. Se han desarrollado dos tipos de instrumentos: a) basados en percepciones de un observador (o del propio paciente o entrevistador), y b) basados en puntuar y codificar conductas concretas. Del primer tipo tenemos escalas tipo Likert en las que el profesional queda tipificado según un estilo afiliativo (el profesional tiene un estilo humano, amigable, sensible a las necesidades del otro), controlador (usa la autoridad, es dominante), o informativo (Street RL, 1997). En otros casos, se ha buscado la impresión global del paciente o del paciente estandarizado, por ejemplo: «¿recomendaría a este profesional a un buen amigo?», «¿volvería a este profesional si tuviera otro problema de salud?». El ECFMG, organismo gubernamental de EE.UU. para la selección de médicos extranjeros que desean ingresar en el país, ha desarrollado instrumentos sencillos de este tipo (Sutnick, 1993), que entre nosotros hemos adaptado (y mejorado) al castellano (MAPA, IES, 1994).

Estos instrumentos, sin embargo, también tienen problemas. Aunque son sencillos de usar, Street RL jr. (1992) encontró que los pacientes creían que habían o no habían recibido información del entrevistador sin correlación alguna con una valoración objetiva basada en el análisis riguroso de los encuentros grabados en vídeo.

Codificar las conductas concretas es, sin lugar a dudas, el método más fiable, pero también el más costoso. Los instrumentos difieren por el grado de precisión y de amplitud. Por amplitud entendemos si valoran estrictamente el acto clínico o los factores de entorno, como son características del lugar de trabajo, tiempo asignado por visita, presión asistencial, y antecedentes de la relación, entre otros. En el eje de precisión tenemos instrumentos que exigen codificar cada unidad semántica, y los basados en el cumplimiento de una determinada tarea o habilidad. Veamos los primeros:

- a) Instrumentos que exigen codificar cada unidad semántica, sea ésta verbal o no verbal. Ejemplos de este tipo son: Stiles' Verbal Response Modes, (Stiles WB, 1992), en el que cada una de las frases con significado, verbales o no verbales, se codifica

como: dar información, darse por enterado, preguntar, mostrar algo nuestro, aconsejar, interpretar, confirmar, reflejar (v. Stiles WB, 1978, donde se detalla el uso de este instrumento). El Roter's Interactional Analysis System (Roter DL, 1989) ha merecido una difusión más amplia por resultar más intuitivo y adaptado al entorno sanitario, aunque es largo de aplicar. Básicamente, trata de distinguir entre conductas que llama afectivas y conductas que se codifican como instrumentales. En la tabla 6.9 recogemos los clusters de ambas conductas.

Aplicando el Sistema de Rorty, el Eurocommunication Study (van den Brink-Muñen, 1999, en el capítulo 7 describimos la metodología), concluye que en España predomina

Tabla 6.9.
Clusters afectivo e instrumental en el Roter's Interactional Analysis System (RIAS)

Conductas afectivas:

- De tipo social: apreciaciones personales del otro, cuentos o chistes o humor, dar muestras de respeto o aprobación.
- Acuerdo: mostrar acuerdo o que se ha comprendido algo, darse por enterado, conceder.
- Frases por repetición: en las que uno de los contertulios repite una palabra o frase del otro para asegurar una mutua comprensión, o verificar acuerdo.
- Atención verbal: incluye empatía, legitimación y muestras de apoyo.
- Muestras de preocupación: verbal o no verbal, en el sentido de que merece nuestra atención y preocupación.
- Muestras de optimismo y seguridades: aliviar una pena con un comentario optimista, dar coraje, descripciones positivas de uno mismo o del paciente.
- Desacuerdo: cualquier indicación de desaprobación, crítica, no creer algo que nos dicen, rechazar una creencia del otro.

Conductas instrumentales:

- Proporcionar instrucciones: dar orientaciones e instrucciones.
 - Clarificar preguntas: pedir la opinión o pedir aclaraciones de algo.
 - Preguntas: ya sea en relación a la condición médica, aspectos terapéuticos, etc.
 - Preguntas de contexto social y estilo de vida: preguntar por emociones, sentimientos, aspectos relativos al estilo de vida.
 - Dar información de tipo médico o terapéutico: frases, hechos, opiniones, relativas a la condición médica, diagnóstica, pronóstico, tests que se han realizado, alergias, antecedentes familiares, etc.
 - Dar información sobre el estilo de vida: frases o hechos u opiniones relativas al estilo de vida, situación familiar, trabajo, hábitos de salud, etc.
 - Aconsejar sobre aspectos médicos o terapéuticos: frases que sugieren o implican alguna acción que tomar por parte de la otra persona.
 - Aconsejar sobre aspectos de estilo de vida: frases relativas al estilo de vida familiar, actividades de la vida diaria, trabajo y empleo, etc.
 - Otras frases de contenido instrumental: preguntas, información o consejos relativos a aspectos burocráticos o de logística.
-

un estilo muy instrumental con énfasis en preguntas centradas. Este estudio combinó este análisis semántico con dos escalas de tipo perceptivo: una para valorar si el médico estaba centrado en el paciente (sí lo estaban en España, según el estudio referenciado), y otra para valorar el clima de consulta (muy positivo en el mismo estudio, aunque por desgracia los 12 médicos españoles no era un grupo representativo, pues eran tutores del programa docente de Medicina de Familia).

Street RL (1997) apuesta por una metodología de este tipo porque, a su entender, lo mejor para valorar el perfil de entrevistador es combinar: a) múltiples observaciones sobre un mismo entrevistador (coincide aquí con nuestro concepto de amplitud competencial); b) múltiples instrumentos sobre la misma grabación en vídeo, por ejemplo combinando escalas perceptivas con instrumentos objetivos, y c) múltiples observadores. Ahora bien, por desgracia si siguiéramos al pie de la letra estas recomendaciones haríamos poco viable la investigación en entrevista clínica. Examinemos en el siguiente apartado los instrumentos que combinan percepción y análisis de tarea o habilidad.

b) Instrumentos que observan si se realiza una determinada tarea o habilidad; son los más utilizados porque en sí mismos tienen un componente educacional. Aprender a valorar entrevistas con estos instrumentos es ya, de por sí, formativo. Destacáramos:

- Arizona Clinical Interview Rating Scale (ACIR), desarrollado por Stillman PL (1977), puede valorar cualquier tipo de entrevista. Tiene seis subsecciones: organización, tiempo, frases transicionales, habilidades para preguntar, datos documentados y relación. Es un instrumento validado, con buena reproductibilidad y bastante práctico, aunque algunos ítems son demasiado abstractos.
- Maastrich History-taking and Advice Checklist (MAAS) (Kraan HF, 1987) tiene 68 ítems distribuidos en tres secciones: explorando las razones de la consulta, anamnesis y presentando soluciones al paciente. Sólo requiere unas tres horas de formación para el observador, validado y con buena reproductibilidad.
- Calgary-Cambridge Observational Guide (Kurtz S, 1998) es un extenso instrumento dividido en dos partes: análisis de la parte exploratoria de la entrevista (33 ítems), y análisis de la parte resolutoria (40 ítems). Los ítems recogen habilidades concretas (p. ej., usa preguntas abiertas y cerradas y progresa correctamente de las primeras a las segundas), así como el cumplimiento de tareas (p. ej., averiguar las expectativas del paciente). Se usa de manera preferente para comentar grabaciones en vídeo en un ambiente formativo.
- GATHA (Prados JA, 1996) es el único instrumento en lengua castellana que ha sido validado. Es un instrumento que, en su versión completa (GATHA Base), tiene 45 ítems, y en su versión abreviada (el GATHA-RES), 27 ítems. Se desarrolla en tres ejes (eje general de actitudes y características del entrevistador, eje de tareas y eje de habilidades de comunicación) lo que permite focalizar la atención en cada visualización en unos determinados ítems (se requieren entre dos y tres visualizaciones de cada entrevista). Por otro lado, transforma aspectos más subjetivos en hechos más objetivables (no mide empatía, sino que busca una frase empática, etc.). Es más sencillo y claro de utilizar que el Calgary, y cada pregunta ha sido objeto de un análisis semántico y de una criba estadística para obtener una buena reproductibilidad y a la vez tener poder discriminativo. Puede servir también tanto para su uso docente como evaluativo. En la tabla 6.10 reproducimos el GATHA-RES (Roger R, 2001). El lector puede encontrar en Prados JA (2003) un curso completo para capacitarse como observador GATHA.

Tabla 6.10. Cuestionario GATHA-RES**Ítems del eje 1. Actitud/características del entrevistador**

1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?
4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?

Ítems del eje 2. Tareas comunicacionales

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?

Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:

8. ¿Evolución cronológica?
9. ¿Localización?
10. ¿Factores que lo modifican?
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?

Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:

13. ¿Estado de ánimo?
14. ¿Acontecimientos vitales estresantes?
15. ¿Entorno sociofamiliar?
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?
17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?
19. ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?
20. ¿Se despide del paciente?

Ítems del eje 3. Habilidades técnicas**Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de estas técnicas:**

21. ¿Contacto visual-facial?
22. ¿Señalamientos?

Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:

23. ¿Ejemplificación?
24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?

Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación:

25. ¿Respuesta evaluativa?
26. ¿Exploración de creencias?
27. En caso de emociones fuertes del paciente, ¿ha tenido contención emocional?

Reproducido con permiso de los autores (Prados JA, Ruiz R.)

c) Otros instrumentos

Mencionaremos, por último, algunos instrumentos pensados para necesidades concretas:

- Valoración de hasta qué punto el entrevistador está centrado en el paciente. Nombre del instrumento: MPCC (Brown JB, Steward M, Ryan BL, 2001). Existen otros instrumentos, pero éste es el más desarrollado y preciso. Validado.
- Valoración de las habilidades de comunicación interpersonal a través del teléfono. Nombre del instrumento: T.A.L.K. (Kosower E, 1996). Parcialmente validado.
- Valoración del respeto, buena educación y comunicación en la entrevista. Nombre del instrumento: Lehman-Cote Checklist (Lehman F, 1990). Parcialmente validado.
- Valoración que hace el paciente del entrevistador y viceversa, de las competencias para comunicarse apropiadamente. Nombre del instrumento: Medical Communication Competence Scale (Cegala DJ, 1997). Parcialmente validado.
- Valoración que hacen los padres de la competencia del entrevistador mientras atiende a su hijo/a. Nombre del instrumento: Parent's Perception of Physicians' Communicative Behavior (Street RLJ, 1991). Parcialmente validado.
- Valoración de las conductas de tipo humanista que despliega el entrevistador. Nombre del instrumento: PHBQ (Weaver MJ, 1993). No validado.
- Valoración de la capacidad que tiene el entrevistador para decodificar las emociones que se manifiestan de manera no verbal. Nombre del instrumento: Profile of Non Verbal Sensitivity (PONS) (Rosenthal R, 1979). Parcialmente validado.
- Valoración de la competencia emocional que un entrevistador desarrolla en una entrevista. Nombre del instrumento: CUCE (Borrell F, 2003). No validado.

Evaluación curricular

A la tradicional evaluación basada en una «nota» de un examen (evaluación sumativa), debemos considerar cada vez más la *evaluación formativa*. El estudiante de pregrado, así como el profesional en ejercicio, deberían someterse periódicamente a una serie de evaluaciones cuyo propósito no es «aprobar o suspender», sino que este profesional reciba una crítica constructiva que le permita mejorar su perfil clínico y de entrevistador. Posiblemente, uno de los diseños más ambiciosos sea la Evaluación Comprensiva de la Universidad de Rochester (Epstein, 2002). Durante dos semanas completas los estudiantes tienen un calendario individualizado en el que se especifican las actividades evaluativas (sumativas y formativas), que deben realizar. Estas actividades son:

- a) Encuentros con pacientes estandarizados. Antes de realizar la entrevista el estudiante prepara los aspectos que deberá cubrir el encuentro, habilidades que deberá poner en práctica e incluso aspectos del diagnóstico diferencial. El encuentro se graba en vídeo e, inmediatamente después del encuentro, el discente realiza un examen de 30 minutos sobre diagnóstico diferencial, anatomía, fisiología, microbiología, etc. Posteriormente, el alumno escoge algunas escenas de los diferentes encuentros que ha realizado para llevarlos a discusión de grupo, donde los analizará en un clima de «evaluación entre iguales».
- b) Ejercicios individuales: el discente recibe diversos encargos que debe realizar en su casa, como por ejemplo buscar en MEDLINE una recomendación basada en evidencias.
- c) Ejercicio en grupo: en un entorno de simulación, el alumno debe resolver en grupos de cuatro personas una situación clínica compleja. Se valoran tanto los aspectos clínicos como la actitud y las habilidades para trabajar en grupo.

- d) Diagnóstico 180: se trata de paquetes de preguntas tipo respuesta múltiple, en las que se puntúan («notas») áreas de conocimiento específicas.
- e) Ejercicios basados en ordenador: los ejercicios simulan situaciones clínicas. El alumno debe interpretar radiografías, pruebas de laboratorio, etc.
- f) Valoración entre iguales (*peer-review*): el discente valora de manera aleatoria a algunos de sus colegas. Ello se realiza mediante ordenador; se le presentan la foto y datos de sus compañeros, y debe valorarlos en temas como: si se preparan las sesiones, respeto hacia el resto de colegas, capacidad para contribuir al trabajo del grupo, manera de responder a las críticas de los demás, integridad, honestidad, preocupación por los pacientes, apariencia, etc. Los comentarios pueden ser anónimos, aunque se estimula que se firmen. La persona evaluada puede, en tal caso, responder a las críticas. Antes de realizar este tipo de valoraciones los discentes reciben instrucciones sobre cómo realizar una crítica constructiva. Cada alumno puede comparar esta evaluación realizada por sus colegas con su propia autoevaluación.
- g) Grupos de reflexión: de 8 a 10 alumnos participan en temas de discusión como el paciente hostil, fallecimiento de un paciente, manejo del estrés, perspectivas profesionales, etc., buscando los valores inaparentes (Hundert EM, 1996).
- h) Reuniones de tutorización: en estas reuniones se estimula al discente para detectar las áreas necesitadas de mejora y a establecer las acciones tendentes a mejorarlas. Ello se realiza con un documento tipo contrato informal. El tutor trata de poner al alcance del alumno los materiales, rotaciones o sesiones formativas que pueden ayudar a conseguir estos objetivos.

Impresiona de esta metodología que las habilidades de entrevista quedan totalmente integradas con el resto de habilidades clínicas: diagnóstico diferencial, exploración física, y habilidades en la interpretación de pruebas complementarias. También el esfuerzo para evaluar conocimientos, habilidades y actitudes, incluyendo la capacidad de trabajar en grupo. Entre nosotros se han extendido en el pregrado las evaluaciones con pacientes estandarizados (Gómez JM, 1997).

En el posgrado se han realizado en nuestro país experiencias interesantes:

- a) Grabación de entrevistas con sesiones de evaluación entre iguales o con experto. Hemos desarrollado también cursos específicos para capacitar a profesionales para dar *feedback* a partir de grabaciones (Bosch JM, 2003).
- b) Sesiones de evaluación continuada con ordenador y con pacientes estandarizados. Se han desarrollado casos simulados por ordenador por parte del IMIM, Fundación Ciencias de la Salud e IES. Estas dos últimas instituciones, y la semFYC, han desarrollado también programas para captación y entrenamiento de pacientes estandarizados, siguiendo la metodología del ECFMG (Sutnick, 1993). Integran la evaluación de la comunicación.
- c) Pruebas de evaluación de la competencia clínica. Se desarrollan este tipo de pruebas en el pregrado, y posgrado de pediatría, medicina de familia, neonatología, enfermería, entre otras. Integran la evaluación de la comunicación.
- d) Acreditación y reacreditación de tutores. Requiere del candidato unos créditos obligatorios (horas como discentes en diferentes modalidades), y valora su actividad como profesores, tutores de residentes, trabajos publicados y si ha pasado la prueba de competencia clínica. El sistema más desarrollado y extendido corresponde a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Integra parcialmente la valoración de los residentes y de los pacientes a dicho tutor, en áreas de trato o comunicación interpersonal.

Algunos aspectos prácticos en la grabación de entrevistas

A lo largo de las páginas anteriores hemos mencionado las grabaciones en vídeo como un instrumento de primer orden para aprender entrevista clínica. Tenemos dos posibilidades: grabar con un magnetófono, o mediante un aparato de vídeo. Un magnetófono ocupa muy poco espacio, y los pacientes lo aceptan con naturalidad. La grabación con vídeo tiene la ventaja de poder analizar los aspectos de comunicación no verbal, con una amplia utilización tanto docente (Katz CA, 1983; Jackson MG, 1983; Freer CB, 1978; Green TG, 1983), como de investigación (Roland MO, 1983; Schoonover SC, 1983; Sox HC, 1984), pero requiere: a) una cámara preferiblemente digital; b) un micrófono externo a la cámara de tipo direccional (de lo contrario, la calidad del sonido es muy baja), y c) un trípode o mueble *ad hoc*. Tenga también en cuenta otros aspectos técnicos: a) la cámara tiene que tener un buen ángulo de visión, para permitir que paciente y profesional entren en el mismo cuadro. Los despachos pequeños pueden requerir que la cámara se suspenda en un ángulo de la pared; b) evite el contraluz; c) cuidado con los cables: siempre suspendidos con cinta adhesiva por las paredes para que no sean pisados; d) la cámara siempre conectada a una fuente de luz (evite el uso de baterías), y e) la cámara debe enfocar ambos, profesional y paciente, de manera que si es posible se vean de cuerpo entero y especialmente el rostro para estudiar expresión facial. En algunos casos habrá que priorizar la correcta visualización del profesional.

Si se trata de un equipo de profesionales que tienen la posibilidad de grabarse mutuamente entrevistas, lo mejor es que la cinta quede en poder (y bajo la responsabilidad) del profesional objeto de la filmación.

Para solicitar permiso podemos utilizar dos métodos: a) una persona (puede ser un administrativo del centro) entrega una nota a todos los pacientes, donde se explican los propósitos de la grabación, y se solicita su consentimiento (cuadro 6.1), y b) el profesional solicita al paciente su permiso, el cual se graba en vídeo. En tal caso, podemos introducir al paciente la grabación con una frase del tipo: «estamos realizando un control de calidad/un estudio con fines docentes y como puede ver (señalando la videocámara), estamos

Cuadro 6.1.

Consentimiento escrito para grabaciones de entrevistas

Distinguido Sr./a.:

Estamos procediendo a grabar entrevistas clínicas en las consultas de este centro. El propósito es realizar un control de calidad.

Las entrevistas sólo serán vistas por los médicos del centro. De todas maneras, si usted lo prefiere, su entrevista no será grabada.

Por favor, si no tiene inconveniente, firme esta hoja. Si después de la visita usted prefiere que se borre la grabación, hágase saber a su médico o enfermera.

Si prefiere que no se graba la entrevista, simplemente ponga una X en el recuadro, y entregue la hoja al médico o enfermera que vaya a atenderle.

Gracias por su colaboración.

SÍ, NO TENGO INCONVENIENTE

NO, PREFIERO QUE NO SE GRABE

Firmado

(Tomado de Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.)

grabando la entrevista, ¿tiene usted inconveniente? Si se siente incómodo/a no hay problema en cerrarla». Si el paciente se muestra reacio o niega su permiso, apagaremos la cámara y la cubriremos con un paño (de esta manera damos mayor seguridad al paciente). Cuanta mayor naturalidad revista el proceso tanta menos importancia será otorgada por el propio paciente.

Reacciones, reticencias y resistencias a la grabación de entrevistas

Una de las dudas que a todos nos asalta antes de proceder a la grabación de entrevistas es la reacción que puedan tener tanto nuestros pacientes como los profesionales del equipo.

Varios autores (Campbell IK, 1982; Martin E, 1984; Neuser J, 1984) han estudiado las resistencias del paciente a ser grabados en vídeo. Campbell (1982), por ejemplo, encontró sobre 150 pacientes que sólo un 5 % se encontraron incómodos en la consulta mientras eran filmados, sólo un 2 % hubieran dicho más cosas al profesional, y un 3 % notaron al profesional diferente (más atento). ¿Somos diferentes cuando nos filman? Sí, parece que estamos más atentos, somos más pacientes y posiblemente respetuosos, pero las habilidades de comunicación (nos referimos a las más sofisticadas) son las que son, y no las podemos improvisar para una determinada entrevista. O las tenemos integradas o no van a aparecer. Además, cuando estamos nerviosos (y la videograbación aumenta la ansiedad), más bien baja nuestro rendimiento. La insoslayable mecánica de nuestros actos aprendidos acaba por sobreponerse. Por ello, se recomienda desechar las primeras entrevistas en trabajos de investigación. Davis RH (1980) encontró que el sentimiento prevalente entre los profesionales que eran filmados era de aceptación (sólo 9 de 41 tenían miedo a ser criticados por otros compañeros), aunque hay un sesgo obvio en la muestra: sólo se deja filmar quien tiene una buena predisposición hacia la entrevista clínica.

Grandes síndromes disfuncionales

Los seres humanos acostumbramos a actuar de forma más o menos parecida, y lo que solemos hacer mal en las entrevistas clínicas no escapa a esta ley. En este apartado resumimos los síndromes disfuncionales más importantes (Platt FW, 1979; 1992, 1995; Borrell F, 1989) con la esperanza de que usted pueda ponderar su propio perfil comparándose con estilos un tanto extremos. No confunda este acercamiento grosero con un estudio meticuloso (o «fino») de su perfil. En la tabla 6.11 tiene una aproximación general, pero no olvide cuando los lea el llamado «síndrome del estudiante de medicina», que consiste en padecer una úlcera cuando estudia el *ulcus duodenal*, vértigo cuando estudia el síndrome de Ménière, y depresión cuando ve las notas de los exámenes. Lo que aquí contamos *si non e vero e ben trovato*, a condición de que lo relativice.

Entrevistador de baja eficiencia

Se caracteriza por una mala gestión del tiempo. La mayor parte de estudiantes y algunos residentes caen en esta categoría cuando empiezan a entrevistar, y sería un error tratar de corregirlos. Es mejor que se concentren en las tareas y el clima emocional, lo demás vendrá por añadidura. Incluso resulta más preocupante el estudiante o residente que va con prisas, porque puede coger malos hábitos en etapas muy precoces.

Pasemos a analizar cuando se trata de un profesional con años de experiencia. En estos casos, hay que profundizar en el por qué de esta ineficiencia. Podemos encontrarnos con varios perfiles: a) *lentitud*: el profesional es muy lento, le cuesta encontrar las palabras, las transiciones de una a otra parte de la entrevista se efectúan penosamente; cuando analiza-

Tabla 6.11. **Síndromes disfuncionales**

Baja eficiencia:

- ¿Se retrasa mucho en relación a la programación de su agenda?
- ¿Le cuesta interrogar con agilidad?
- ¿Va de un tema a otro y olvida completar tareas que inicia?
- ¿Le cuesta levantarse de la silla?

Baja empatía:

- ¿Suele recibir a sus pacientes sentado y sin estrecharles la mano o sin sonreírles?
- ¿Suele escribir en el historial clínico mientras está hablando con el paciente, evitando mirarle a la cara?
- ¿Suele ponerse nervioso cuando un paciente se echa a llorar en su consulta?
- ¿Le resulta prácticamente imposible recordar el nombre de sus pacientes?
- ¿Tiene miedo de que si intima demasiado con los pacientes éstos desarrollarán una dependencia excesiva hacia usted?

Alto control:

- ¿Está de acuerdo con la afirmación de que lo único importante de una entrevista es llegar a un correcto diagnóstico (en el caso de que sea usted médico), o realizar la técnica de enfermería pertinente (si es usted enfermero/a)?
- ¿Le molesta cuando un paciente se desvía de la pregunta que le formula e introduce una anécdota personal?
- ¿El 80 % de sus intervenciones en la fase exploratoria son preguntas cerradas?
- ¿Interrumpe al paciente si ve que se desvía de la cuestión que usted le ha planteado?
- ¿Se siente usted muy satisfecho cuando logra acabar la consulta antes del horario previsto?

Proyección excesiva

- ¿Acostumbra usted a dar consejos a sus pacientes?
- ¿Cree que el primer deber del profesional es darse humanamente a sus pacientes, sin excepciones y de manera plena?
- ¿Piensa que dar consejos a los demás es, fundamentalmente, una cuestión de aplicar «sentido común»?
- ¿Necesita la estima y reconocimiento de sus pacientes?
- ¿Cree que si la gente tuviera convicciones morales más fuertes se evitaría muchos de los problemas que tiene?

Emocionalmente reactivo:

- ¿Es usted simpático con los pacientes que le caen bien, y antipático con los que le caen mal?
- ¿Tiene con frecuencia «buenos días» y otros «malos»?
- Cuando un paciente le contraria, ¿no puede evitar contestarle?
- ¿Se discute a menudo con sus pacientes?

Modificado de Borrell F, 1989.

mos más a fondo el caso nos damos cuenta de que casi siempre es una característica (o una constante) biográfica; b) *dispersión*: el profesional actúa con normalidad pero es disperso; puede usar un 20 % del tiempo en aspectos sociales (*jogging*); otras veces salta de un tema al otro, al hilo de lo que el paciente saca a colación (dependencia de campo), y c) *perezosamente rápido*: el profesional cierra la parte de anamnesis con una rapidez sorprendente, no como una reacción frente a factores adversos (los que llamábamos factores restrictivos, véase la tabla 3.7), sino como un hábito adquirido. Aplica la ley del «uno más uno» (véase figura 3.4) y trata de hacer una inversión de energía mínima en cada consulta. Por esto le llamamos «*perezosamente rápido*», porque la rapidez en el fondo esconde imprecisión, una actitud de superficialidad y de sacarse los problemas de encima. En una palabra, no se quiere cansar.

Modificación del síndrome

Los tres tipos de entrevistadores ineficientes que acabamos de describir tienen un origen muy dispar. Sin embargo, en los tres casos la superación del síndrome tiene los siguientes pasos: a) ser conscientes del problema; b) dotarse de un método, y, paradójicamente c) no querer «correr».

Empecemos por el final. Resulta importante el mensaje: «no se trata de que vaya usted más deprisa, sino de que automatice algunas tareas». La atención del profesional debe dirigirse a cumplimentar la entrevista semiestructurada detectando en qué puntos se encalla.

Cuando hablamos de «dotarse de un método» estamos pensando en un método personal. Lo que va a valer para una persona no servirá para otra. Por ejemplo, adquirir el hábito de interrogarse: ¿podría escribir un informe de este caso?, podría bastar para reconducir a un «perezoso-rápido». Cuantas menos recomendaciones mejor, porque integrar ni que sea este pequeño hábito de interrogación ya resulta difícil.

Finalmente, lo más difícil: «no querer correr». Si ponemos presión al estilo del profesional, *siempre nos arriesgamos a que se equivoque*. Es preferible ajustar las agendas. Eso es duro de entender por parte de los gestores, pero es así. *Cada profesional tiene sus ritmos, que debemos respetar*. Hay profesionales que jamás se adaptarán a un ritmo rápido, y otros que posiblemente no lo harían hacia ritmos lentos (lo cual no tenemos oportunidad de visualizarlo en un sistema en que se prima la rapidez). En todo caso, lo importante no es la rapidez, sino hacer una buena entrevista, aunque el entrevistador no sea muy eficiente en el uso de su tiempo. A veces hay responsables de equipos o servicios que se ponen nerviosos con los profesionales lentos. Nuestra recomendación sería: con paciencia acabará por comprobar que poco a poco el profesional lento y sus pacientes van llegando a una *simbiosis* que suele funcionar. Sencillamente, hay que llegar a acuerdos con ellos para que amplíen sus agendas, y que el monto total de visitas se asemeje al de sus colegas.

Entrevistador de baja empatía

Las entrevistas suelen desarrollarse en un tono muy técnico. El profesional está más interesado en las cosas que en las personas, es decir, en la enfermedad, o en las técnicas que debe realizar, y la persona para él es tan sólo un «portador» de padecimientos, un «accidente» que a veces molesta (p. ej., si empieza a preguntar). Como consecuencia de ello el profesional no estará interesado en los contenidos emocionales de la entrevista. También en este punto podemos distinguir varios perfiles distintos: a) profesionales con un primer contacto «difícil» (fríos, distantes), pero que poco a poco se abren, y b) profesionales que incluso pueden ser amables (una cordialidad que puede ser *excesiva*), pero que no toleran entrar en las emociones de la «otra» persona.

Del primer tipo sería esta entrevista:

- /1/Enfermera (sin mirar al paciente, que acaba de entrar en la consulta): Siéntese usted, viene para aprender a pincharse la insulina, ¿verdad?
- /2/Paciente (con una sonrisa): Sí, señorita.
- /3/Enfermera (mirándole al tórax, y sin corresponder a la sonrisa): Bien, pues pase a la camilla.
- /4/Paciente: ¡Ay! No sé si sabré pincharme yo solo...
- /5/Enfermera (algo molesta): ¡Qué exagerada! Esto no duele, es como la picadura de un mosquito.

Esta enfermera, en su rol de «seria», desaprovecha varias oportunidades para granjearse la confianza del paciente. Evita el contacto visual con la esperanza de dar un tono más impersonal a la relación. Cuando aflora una emoción bien definida del paciente (en /4/), la rechaza casi con brusquedad. Evidentemente, el tono «técnico», de baja empatía, no implica siempre un rechazo de las emociones del paciente; basta con que las ignore, basta con no sintonizar, evitando escrupulosamente crear un espacio de cierta intimidad.

Del segundo tipo:

- Médico (atendiendo a un paciente con cáncer terminal): ¡Benito, majo, que contento estoy de verte!
- Paciente: Yo cada vez peor, doctor, este dolor, y el peso, que no paro de perder kilos.
- Médico: ¡Anda que eres exagerado, hijo mío!, ya verás como todo se va solucionando...

Modificación del síndrome

Ser cálido y empático depende, esencialmente, de tres factores: nuestra personalidad, un cierto aprendizaje de habilidades sociales y, sobre todo, de que veamos útil el esfuerzo de ser empáticos. En relación al primer aspecto debemos decir que un sanitario con un trastorno de personalidad muy marcado, por ejemplo de tipo esquizoide o paranoide, probablemente nunca logrará ser un buen comunicador a menos que se someta a un programa psicoterapéutico especial. En tales casos, sería recomendable una reorientación profesional.

Ahora bien, la baja empatía suele darse en sanitarios que en su vida personal son normales; es como si al entrar en la consulta se transformaran en el Dr. Jekyll. ¿Cuál ha sido el factor que genera tan peculiar metamorfosis? Por un lado, puede influir lo que ellos entienden como «buen» profesional; todos tenemos un maestro que ha influido decisivamente en nuestra etapa formativa y en la imagen que tenemos de un «buen» profesional. En otros casos, puede predominar la *pereza afectiva*. Es más cómodo atender un padecimiento concreto y puntual, una enfermedad que curamos con tal o cual medida, que entrar en la persona como totalidad, con sus sentimientos, ansiedades y dudas. También puede predominar el pudor o la timidez, mostrando una fachada «impersonal» para no quedarse «desnudo» frente a sus pacientes.

En todo caso, ¿qué podemos sugerir? Proponemos tres medidas relativamente sencillas, pero que realizadas con disciplina llegan a transformar nuestra manera de estar frente al paciente:

1. Sonría a los pacientes; piense al inicio de la jornada: ¿estoy en disposición de sonreír? ¿cuántas veces lo he hecho a lo largo del día?
2. Mire a los pacientes a la cara, con franqueza y amistad.

3. Cuando no sepa qué decir, sencillamente escuche y dese tiempo para pensar su mejor respuesta. Trate de que esta respuesta refleje la emoción de la persona: «ya veo que está usted afectada por...».

4. Y no olvide la ley del eco: lo que no des en sonrisas lo recibirás en desazón. Ser empático es también esforzarnos para vernos rodeados por la empatía de los demás.

Entrevistador de alto control

El entrevistador de alto control se pondrá nervioso ante disgresiones que «no vienen al caso». Frente a un paciente con abdominalgia se plantea, de inmediato, descartar tal o cual patología, y dirige sus esfuerzos a la obtención de datos semiológicos que avalen o refuten su primera impresión. Todo lo que no concuerde con el objetivo que se ha trazado resulta una pérdida de tiempo. Por ejemplo:

/1/Médico: ¿Desde cuándo tiene estas molestias?

/2/Paciente: Pues desde hace unos tres años; recuerdo que iba camino de Andorra cuando...

/3/Médico (interrumpiendo): Ya, ya, pero fíjese en lo que le digo... ¿tuvo algún accidente o se dio algún golpe?

Sin embargo, no olvide que algunos pacientes requieren en determinados momentos de una conducción de «alto control» para sacar en limpio datos semiológicos imprescindibles. Sólo pondremos la etiqueta de alto control a los entrevistadores que de manera reiterada efectúan este tipo de entrevistas.

Modificación del síndrome

El entrevistador con este síndrome debe modificar algunas de sus máximas. En efecto «el tiempo es oro», pero tampoco es menos cierto que «cuando uno tiene prisa lo mejor es vestirse despacio». Para ir «deprisa» nada mejor que obtener información relevante, altamente significativa, que muchas veces escapa a una monótona sucesión de preguntas y respuestas. Llegar a un buen diagnóstico es la mejor manera de ser eficaz. Y quien pregunta obtiene respuestas a sus preguntas, pero nada más. En cambio, quien deja hablar obtiene historias completas, y con ellas no sólo respuestas, sino explicaciones plausibles.

Entrevistador con proyección excesiva

El entrevistador con excesiva proyección sobre los pacientes, en apariencia se caracteriza por entregarse al paciente, pero en realidad le escucha poco. A partir de unas cuantas pinceladas se forma una idea del problema del paciente, y se vuelca a solucionarle la vida, sin esperar a que sea el propio paciente quien ponga su voluntad de cambio en marcha.

/1/Paciente: Estoy echa un lío...

/2/Entrevistador: Pero bueno, ¿no quedamos que iniciaría los trámites de separación?

/3/Paciente: Sí... pero tengo miedo de que reclame la paternidad de los niños... además... no sé...

/4/ Entrevistador: Lo que tiene que hacer es actuar con decisión. No puede tolerar que la vuelva a maltratar. Sus relaciones son insostenibles, usted está deprimida, anulada... ¡Tiene que volver a ser usted misma! ¿Por qué no va a la vocalía de Mujeres de la asociación de vecinos? Allí la ayudarán, y podrá charlar con amigos de todo esto...

Esta manera de proyectarse sobre los pacientes obedece al principio, ya mencionado, de la economía mental. Cuesta menos proyectar nuestra manera de pensar (¡y nuestros prejuicios!) sobre los demás que comprender su idiosincracia. El uso del tiempo también nos da una idea de ello: Long y Byrne advirtieron hace muchos años que los entrevistadores más proyectivos tenían una ocupación verbal muy alta (Byrne PS, 1976). Un entrevistador que escucha suele ser aquel que no ocupa más allá del 54 % del tiempo de la entrevista (van den Brink-Muñinen, 1999). El uso de *seguridades prematuras* es otra de las características de este tipo de entrevistador:

P: Tengo miedo de volver al trabajo y encontrarme con aquel ambiente.

E: Ya verás como todo irá estupendamente. En el trabajo te distraerás.

Modificación del síndrome

Evite las «seguridades prematuras», y los consejos guiados por el «sentido común», para, en cambio, profundizar en el contexto biográfico del paciente, y que sea él quien decida todo lo concerniente a su futuro vital.

En la práctica, no resulta tan fácil obviar las llamadas «seguridades prematuras». Una de las angustias que asaltan al entrevistador es: «¿pero entonces qué puedo decirle?». Obsérvese la siguiente situación referida a una paciente de 70 años que padeció una neumonía:

/1/Paciente: Estoy destrozada...

/2/Profesional (creyendo que se refiere a la neumonía): Bueno, ya verá como se recupera.... Ahora tiene que pensar en salir de casa y...

/3/Paciente (interrumpiendo): No es sólo eso... es que además se murió mi hermana la semana pasada...

/4/Profesional (recuperándose de la sorpresa): Bueno, de todas maneras ahora lo que tiene que hacer es pensar en usted y cuidarse un poco...

En este punto el profesional ha tenido la necesidad de dar seguridades. «¿Algo tenía que decirle, no?», puede que nos dijera, a modo de justificación. Pero la verdad es que devalúa los sentimientos de la señora por el simple hecho de no dar espacio a la expresión de su sufrimiento, por lo que no puede extrañarnos que nos responda:

/5/Paciente: Esto es muy fácil de decir, pero cuando uno lo pasa...

Respuesta que equivale a: «usted no se hace cargo porque no lo está pasando». Si el profesional insistiera en su línea podría hacerlo así:

/6/Profesional: Entiendo, pero se lo digo por su bien. No hay mejor remedio que el tiempo, que todo lo cicatriza. ¿Por qué no hace un esfuerzo para distraerse?

Intervención que equivale a decir: «no tiene objeto que hablemos sobre cosas sobre las que poco podemos hacer». Lógicamente, la respuesta de la paciente sería ésta:

/7/Paciente: Ya lo sé, doctor, que estoy robándole el tiempo, pero como no tengo a nadie con quien desahogarme, vengo a usted.

¿Era posible otra manera de abordar esta interacción? En efecto. Bastaba con saber escuchar, tal como en el fondo nos indica esta última intervención de la paciente. Ni siquiera

ra era preciso ser un experto en apoyo psicológico. Los pacientes se conforman con una escucha compasiva, la cual, sea dicho de paso, sólo existe cuando el profesional tiene paciencia. No hay compasión, ni empatía, sin paciencia. La paciencia debe estar lista para actuar cuando más antipática se nos hace... justo cuando tenemos prisa, o cuando parecía que ya estábamos acabando una entrevista. Pero cuando aparece y nos permite escuchar sosegadamente las quejas de alguien, sin sentirnos forzados a actuar (en eso consiste precisamente la capacidad de contención emocional que defiende Tizón, 1988), es precisamente cuando nuestro tertulio se puede contagiar de nuestro sosiego. ¡He aquí que nuestra paciencia convierte a nuestros pacientes en pacientes!

¿Y si es el paciente quien nos pide consejo, de forma vehemente? ¿Si desea saber nuestra opinión sobre algo tan delicado como si debe o no divorciarse, o abortar? Una vez más, el entrevistador tiene que evitar la trampa de la proyección excesiva. Ello no quiere decir desentenderse del problema, sino ayudar al paciente a su maduración:

- /1/Paciente: No sé qué hacer... mi novio dice que aborte, que somos muy jóvenes, pero yo no lo veo claro ¿Usted qué haría?
- /2/Profesional: Yo no puedo decidir por ti en un asunto tan delicado. Lo único que puedo aconsejarte es que lo medites de la forma más madura posible.
- /3/Paciente: Ya... pero si usted estuviera en mi caso, ¿qué haría?
- /4/Profesional: Lo que haría yo u otra persona, por importante que fuera, no debería preocuparte. Lo que hagas, hazlo porque estés plenamente convencida.
- /5/Paciente: ¿Pero cómo puedo llegar a estar «plenamente convencida»?
- /6/Profesional: Bueno, aquí tal vez sí pueda ayudarte un poco, aunque lo principal continuarás haciéndolo tú. Ahora, cuando vayas a tu casa, coge un papel y lápiz e imagínate que has abortado. No lo pienses en abstracto, piénsalo como si de verdad hubiera ocurrido. Apunta todo lo que te pase por la cabeza, las emociones que experimentes, todo. Después coge otro papel e imagínate que no has abortado. Imagínatelo real, con todas las ventajas e inconvenientes que ello pudiera acarrear-te. Apunta otra vez todo lo que se te ocurra. Después de hacer el ejercicio, si de verdad lo has hecho bien, al menos te conocerás algo mejor. Piensa entonces con qué personas debes discutir tus impresiones.

Otra consecuencia de la proyección excesiva es la «banalización» del motivo de consulta de los pacientes. Una de las expresiones que subrayan este fenómeno es el «esto está clarísimo», de determinados profesionales:

Paciente: No sé si operarme o no.

Profesional: Pues esto está clarísimo. Claro que tienes que operarte.

En el fondo hay una falta de consideración por las razones que pudiera tener el paciente. La manera de evitarlo es inquiriendo por las razones del sujeto (respuesta evaluativa): «cuéntame más lo que te asusta de operarte».

El entrevistador emocionalmente reactivo

Concedemos mucho interés a este tema porque un entrevistador con *competencia emocional* se distingue porque:

- a) Crea oportunidades para la empatía. Sin cualidades como la cordialidad, el respeto, o las buenas maneras, pocos son los consultantes que van a abrirnos su intimidad,

sus emociones, o incluso sus secretos. De poco sirve ser muy empáticos si somos rudos en nuestros modales.

- b) Cuando surgen emociones importantes sabe detectarlas y permite su expresión en la entrevista. Detecta el impacto de estas emociones sobre sí mismo.
- c) Finalmente, se comporta de esta manera con los pacientes que le caen bien, pero también con los que no le caen tan bien. Con estos últimos sabe mantener un tono emocional positivo e incluso optimista. En eso consiste nada más y nada menos que ser *emocionalmente proactivo* y capaz de maniobras de *rescate de atención y emocional*.

Por el contrario, un entrevistador emocionalmente reactivo devuelve «ojo por ojo» el tono emocional que percibe en el paciente. Y es que ser proactivo no es tan sencillo: requiere un nivel de maduración al que se llega por *convencimiento* o por *agotamiento*. El entrevistador inexperto cree que lo más cómodo para él es «quedar descansado» diciendo lo que tenga que decir, «porque si me quedo con cosas dentro no puedo dormir por la noche». Una doctora muy reactiva confesaba: «yo tengo grandes discusiones con mis pacientes, pero al final los pacientes me reconocen que soy buena persona». En efecto puede que una parte de sus pacientes reconocieran detrás de su mal humor cierta preocupación por su salud. De todas maneras, el precio de esta estrategia es muy alto. Hay una *erosión inaparente* pero continuada que va a llevar a una parte de los profesionales reactivos hacia la *impaciencia crónica*. En un determinado momento van a dejar de disfrutar trabajando en clínica: «¡los pacientes son tan pesados!». Llegados a este punto o reaprenden el oficio por *agotamiento*, o su carrera va a ser una empujada cuesta a una jubilación prematura. Es mejor, por tanto, *aprender a ser proactivos por convencimiento*.

Modificación del síndrome

El primer paso y más importante es aprender a *sonreír*. La sonrisa es la gimnasia de las emociones. Recibir a los pacientes con una sonrisa puede parecer un acto baladí, pero en realidad es una profecía de buen augurio: «bienvenido sea, ya verá como nos entenderemos». La sonrisa tiene un doble efecto hacia el paciente («estoy abierto a sus emociones»), pero también hacia el mismo profesional. Es algo así como un *compromiso de buen trato* que adquiere por el simple hecho de *sonreír*. El segundo paso es aprender a detectar cuando estamos y cuando no estamos *en flujo* con el paciente. La percepción es parecida a la del navegante que adivina por dónde sopla el viento dominante, aunque haya rachas en otros sentidos. En la entrevista conducimos también una barca que surca el complicado mar de los sentimientos y las emociones. Cuando estamos en *flujo emocional* con el paciente notamos cómo las velas de esta barca se hinchan, hay mutuos reconocimientos, un interés genuino por procurar lo mejor para el paciente y éste también trata de cuidar la relación: «iba a ponerle un domicilio pero he pensado que tendría mucho trabajo»... He aquí algunas estrategias proactivas:

- Ponerse al lado del paciente. Lipkin añadiría el adjetivo: «incondicionalmente» (Lipkin, 1994). En todo caso, es una perspectiva que debe adoptarse automáticamente y como primera opción para que funcione. En otras palabras, el primer pensamiento que debe cruzar nuestra mente cuando aparecen dificultades es: «¿qué puedo hacer en beneficio del paciente?». Traducido al paciente: «¿qué podemos hacer ahora por usted?».
- Aprender a ceder. Ello no significa automáticamente hacer lo que el paciente nos pide. Ya hemos comentado que la *cesión intencional* consiste en una formulación que más o menos dice: «eso que propone puede estar bien de hacerlo en otro momento o cir-

cunstancia, pero no se preocupe que lo tendré en cuenta». Otras veces tenemos la oportunidad de acercarnos a las preferencias del paciente... Por ejemplo, adaptar vía de administración o posología de un medicamento. Si es posible, ¿por qué no hacerlo? ¿Por un concepto de autoridad mal entendido?

- Permitir que afloren las emociones sin tenerles miedo. Unas veces empatizaremos con ellas, pero no siempre, ni forzosamente. No mitifiquemos la empatía como si al conjuro de esta palabra se solventaran todos los problemas. Otras veces, por ejemplo, nos limitaremos a escuchar, dejando que estas emociones fluyan, viendo hacia donde se decantan sin nuestra intervención... Otras veces provocaremos que estas emociones eclosionen, mediante **señalamientos conductuales** («hace tiempo se te ve más inquieto»), o directamente **emocionales** («desde luego se te ve más tenso»). Incluso puede que las **confrontemos**: «¿de verdad sientes rabia?» Todo es posible cuando detectamos las emociones del consultante y sabemos trabajarlas de manera proactiva.

Ejemplo:

Una paciente entra en la consulta muy seria.

- /1/P: Esto no hay quien lo aguante, estos dolores. Estoy peor que nunca y todo lo que me dice usted que haga no me sirve para nada.
- /2/E (sonriendo y ofreciendo acomodo): ¡Sí, ya veo lo seria que me entra! Tome asiento, por favor. (La paciente parece como dudar, pero se sienta.) Tómese su tiempo y cuénteme lo que le ocurre.
- /3/P: Tengo todo el cuerpo en un grito. Me pondría a llorar y a gritar. ¿Todo eso lo da la fibromialgia que usted me diagnosticó?
- /4/E: Los dolores de los músculos desde luego que sí. Pero yo además le veo rabia...
- /5/P: ¿Rabia?
- /6/E: Rabia, vamos que si pudiera cogería el gato de casa y lo tiraba por la ventana.
- /7/P (sonriendo por primera vez): Pues puede que sí, menos mal que no tengo gato. Pero a alguno de los chavales puede que sí que lo tiraría por la ventana, si pudiera.
- /8/E: ¿No se nota apoyada en casa?
- /9/P (otra vez con rabia): ¿Está de guasa o qué? ¿Apoyada, dice apoyada? No me haga reír.
- /10/E: Su marido, por ejemplo...
- /11/P: Yo ya no espero nada de mi marido. Desde hace mucho dormimos en camas separadas, con eso ya le digo todo.
- /12/E (después de un silencio): La veo con mucho sufrimiento pero no sé de todas las cosas que me dice por dónde le duele más... si por los huesos y músculos, los hijos, el marido o el trabajo.
- /13/P (sonriendo, pero con los ojos llenos de lágrimas): ¡Es que por todos lados estoy fatal!
- /14/E: ¿Incluso por el lado de sí misma?
- /15/P: No le entiendo.
- /16/E: Quiero decir, incluso estando sola con usted misma..., ¿se acepta, se quiere usted un poco a sí misma?
- /17/P: Yo, tal como voy me veo inválida, y estaré tomando todas las medicinas que tomo que no me sirven para nada, en unos años estaré en una silla de ruedas.

Obsérvese en este fragmento el desplazamiento constante que hay de una rabia dirigida hacia el entorno (incluido el entrevistador), visibles en /1/, /9/ y /17/, y hacia sí

misma, visible en /13/, con ideas de invalidez (/17/) y algias corporales. Hay más rabia que dolor, aspecto que el entrevistador pone de relieve casi de manera inmediata. De hecho, desde la primera intervención el entrevistador tiene la opción de actuar reactiva o proactivamente. Si optara por lo primero, los resultados de esta entrevista hubieran sido espectacularmente distintos:

- /1/P: Esto no hay quien lo aguante, estos dolores. Estoy peor que nunca y todo lo que me dice usted que haga no me sirve para nada.
- /2/E: Es el envejecimiento normal del cuerpo, hay que asumir la edad.
- /3/P (enfadada): ¡No me diga que es la edad porque otras personas con mi edad están perfectamente! Estoy harta de que usted me diga que si fibromialgia que si artrosis...
- /4/E: Tiene que entender que hago lo que puedo, y que si usted me entra chillando no es precisamente la mejor manera de poderla atender.
- /5/P: Los pacientes cuando entramos chillando es por dolor, eso usted debería saberlo.

Por este camino «reactivo es imposible cualquier progreso en este perfil de pacientes desde la emocionalidad reactiva. Es más, cada vez que aflora la rabia en la primera entrevista, el profesional debe ser muy consciente de no devolverla (y la mención a la edad a veces esconde una «devolución» de emociones negativas). Por ejemplo, imaginemos que la entrevista continuara en /17/ de esta suerte:

- /17/P: Yo, tal como voy, me veo inválida, y (...) en una silla de ruedas.
- /18/E: Las medicinas claro que sirven, si las va tomando claro que sirven, pero si no las toma o las toma mal, pues entonces sirven poco, es lógico.
- /19/P: Estas medicinas ya me las puede cambiar porque no me van bien, y me las he tomado todas, pero yo ya veo que no funcionan. Tome (dejando un cartón en la mesa), para usted si las quiere, se las regalo.

En cambio, desde una opción proactiva el entrevistador puede volver a reconducir la entrevista:

- /17/P: Yo, tal como voy, me veo inválida, y (...) en una silla de ruedas.
- /18/E: Hay que hacer todo lo posible para que no sea así. Uno de los aspectos que había pensado que deberíamos trabajar es este sufrimiento tan grande que sale por todas partes en cuanto nos descuidamos... (la paciente baja los ojos, turbada). Pienso que debería tener usted un espacio para hablar de muchas cosas que hay por ahí, poderlas madurar con un psicólogo... ¿qué le parece la idea?
- /19/P: Puede que sí, pero no veo que me solucione estos dolores del cuerpo.
- /20/E: Claro que no. Pero hay que cuidar el cuerpo y el alma, porque a veces hay emociones y cosas de la vida que nos hacen un daño muy grande, y si sólo dejamos que salgan un poquito, como una olla a presión, el cuerpo parece que nos vaya a estallar...
- /21/P: Pues eso es lo que veo, que voy a estallar.
- /22/E: Vale, pues, quizá si nos ponemos a trabajar evitaremos que ocurra.

La calidad emocional proactiva implica una actitud de estar a favor del paciente. Si pensamos que el paciente nos toma el pelo, abusa de unas prestaciones o nos manipula, es

imposible e incluso contraproducente intentarlo. En tales casos, hay que poner las cartas boca arriba: «Sr./a X hay una situación que me incomoda. Usted manifiesta que no puede trabajar, y yo se lo respeto, pero también me da la impresión de que no pone de su parte para mejorar... Me gustaría que lo habláramos con franqueza.»

Trabajar en equipo: valores de grupo y su influencia

La mayor parte de profesionales trabajamos en equipo. La influencia del equipo es tan importante que sería pura ilusión pretender acabar este capítulo sin ponerla de relieve. Por un lado, un equipo con más de cinco años de funcionamiento suele crear unos valores ideológicos que involucran a todos. Valores que pueden traducirse en: «aquí cada cual campa por sus respetos», o bien «aquí todos nos ayudamos y procuramos seguir las mismas normas». De manera congruente hay unos estilos, una manera de hacer las cosas, que se aceptan por parte de todos y crean «escuela», para bien o para mal. Puede ser muy útil que todo el equipo consensúe la mejor actuación frente a bajas laborales, visitas fuera del horario, consultas telefónicas, etc., pero cuando se aplican estas normas de manera rígida, denota un estilo más preocupado por la forma que por el fondo. Hay que estar muy atentos a que el paciente no sea visualizado como un enemigo en potencia, ni tampoco a que lo tomemos como objeto de burla.

Hay un término acuñado que resulta interesante traerlo a colación: **contratransferencia grupal** (Bofill P, 1963; Tizón J, 1992). Recordemos brevemente que las palabras transferencia y contratransferencia vienen del psicoanálisis e indican los sentimientos derivados de otras situaciones parecidas que el paciente (transferencia) o el terapeuta (contratransferencia) aplican a la relación asistencial. Un paciente agresivo nos hace recordar otros hechos vividos por nosotros, y desencadena determinados sentimientos (de culpa, rabia, miedo, lo que en aquel momento predomine en el recuerdo). Se ha propuesto que, de manera similar, los equipos crean reacciones de este tipo ante determinados perfiles de pacientes. Por ejemplo, en las UCI los familiares «preguntones» pueden recibir como respuesta a sus inquietudes una reacción generalizada de huida. O en determinados centros de salud, los emigrantes que vienen fuera de horario pueden llegar a no ser visitados. En otros, en cambio, puede predominar una reacción de tolerancia. Una definición más conductual de contratransferencia grupal sería: *hábitos de respuesta* ante determinadas situaciones y/o pacientes que adopta un equipo.

La persona que lidera los equipos suele tener mucha responsabilidad en estos «tics» grupales. Si su personalidad es más bien rígida y suspicaz, todo el equipo puede contagiarse de rigidez y suspicacia contra el *enemigo externo*, léase el consultante. En cambio, una persona abierta, cordial y empática puede disipar la frontera entre equipo y consultantes, en un paradigma de «gran familia» (el equipo en una comunidad a la que quiere y de la que recibe cariño). Queremos llamar la atención del lector sobre las siguientes posibilidades:

- Confundir amistad, o relación amistosa, con **connivencia**, es decir, una actitud que nos hace acrílicos con las conductas manipuladoras. Dentro de este síndrome suele ocurrir que el profesional confunde empatía con simpatía.
- Actitud que hemos llamado «**síndrome inspectoril**»: creernos los guardianes de la sociedad contra todo lo que huele a abuso. Eso conlleva un grave riesgo de error clínico, y activa sentimientos de culpa que erosionan poderosamente la relación asistencial.
- Visualizar a los pacientes como intrusivos, maleducados, siempre atentos a abusar de las prestaciones que se les ofrecen.

El trabajo en equipo también es interesante como oportunidad de crecimiento personal y profesional. No nos cansaremos de decir que un equipo debe tener como *eje permanente* de debate la clínica, pero también debe quedar tiempo para socializar y compartir. Mientras tomamos café resulta que saltan comentarios que dicen mucho de los pacientes, del equipo y de nosotros mismos. De los pacientes en el sentido de manifestar creencias o actitudes con efectos sobre el *ethos* colectivo. Por ejemplo:

Compañero: Hoy he visto a fulanita, vaya pesada de paciente. ¿Quién la quiere? Os la regalo a quien quiera cogerla.

¿Cómo actuar en tales casos? Evite confrontar o criticar directamente (p. ej., «estos comentarios no deberíamos hacerlos», etc.), pues estimulará una relación de juez o conciencia del grupo nada conveniente. Sin embargo, tampoco es bueno que se cree un clima de este tipo... ¿qué hacer? Recomendamos: «en el fondo lo dices para desahogarte pero tú eres el/la primero/a en preocuparte por tus pacientes, lo cual desde luego te honra».

Otro aspecto de la vida en equipo es aprender de los demás. Nadie nos conoce más que el compañero con el que compartimos alguna tarea. ¿Cómo lograr un clima de aprendizaje?

En primer lugar, es necesario crear un *espacio seguro*, en el que predomine, por encima de la crítica, una actitud de aceptación incondicional del otro. No se puede en ningún caso plantear sesiones de aprendizaje sobre este tema con personas hacia las que tenemos animadversión (o viceversa). Si decidimos, por ejemplo, hacer un grupo de trabajo para grabarnos en vídeo y discutir estas grabaciones, deben quedar muy claras las normas de *feedback* recogidas en la tabla 6.5. En segundo lugar, recomendamos no mezclar equipo directivo con residentes, estudiantes o personas que no sean del mismo equipo (excepto si actúan como facilitadores o expertos), pues sencillamente la reacción defensiva de verse in *fraganti* cometiendo algún tipo de error genera reacciones defensivas y vicia, de base, el diálogo. Este tipo de reuniones debe tener una estructura de debate, como hemos mencionado anteriormente (Visualización Global, PBI, etc.), o las que desarrollamos en el próximo capítulo. No se arriesgue a que los participantes opinen libremente, porque pueden caer en lo que llamamos *sesgo de hipercrítica*, y el resultado es ineficaz y muchas veces falto de objetividad. Schofield (1983), propone los siguientes pasos:

1. El moderador debe dejar claras las reglas de juego, y proteger al profesional estudiado de críticas excesivamente duras.
2. El profesional que presenta la grabación en vídeo debe enmarcar cada consulta con los datos de contexto imprescindibles: visitas previas, conocimiento de la familia, etc.
3. Una vez visualizada la cinta (p. ej., a partir de la metodología de Visualización Global, expuesta anteriormente), el primero en hablar es el profesional analizado.
4. El comentario del grupo se iniciará siempre por los aspectos positivos de la entrevista.
5. El grupo hará recomendaciones, más que críticas, y utilizará juicios de hecho cuando se refiera al estilo del profesional objeto de análisis. La frase clave suele ser: «no digas lo que te ha parecido mal, dinos lo que harías para mejorar la entrevista».

Sumario

Los pacientes son buenos evaluadores de nuestro perfil técnico y humano, pero con dos sesgos: la alta tecnología les hace percibir mayor nivel de competencia técnica, y a mayor tiempo también mayor satisfacción. Para esta evaluación los pacientes agrupan los datos en unas calidades de superficie (entorno físico, como vamos vestidos, modales, cordialidad, etc.) y calidades profundas (manera de escuchar atenta o dispersa, empatía, calidad asertiva y moral de las decisiones que tomamos, el tipo de emociones que transmite su paralenguaje, etc.). La percepción del paciente de que administramos nuestros conocimientos de manera justa y en beneficio de sus intereses, ayuda a asentar la confianza.

Distinguimos diferentes modalidades de entrevista (semiológica, de escucha, operativa, prescriptiva, motivacional y psicoeducativa), que pueden ser dominadas por un entrevistador con amplitud competencial. El otro eje que define el perfil de entrevistador son sus cualidades emocionales, y entre ellas, de manera notoria, el compromiso que es capaz de asumir con el sufrimiento del paciente. Los modelos relacionales parten de una visión sociológica y toman como referente el uso paternalista del poder, para contraponerlo a un uso democrático del mismo. Algunas metodologías de aprendizaje grupal son especialmente adecuadas para averiguar y mejorar nuestro perfil, como el Cuestionario basado en modalidades de entrevista, o el Método de Visualización Global. Hemos examinado también algunos instrumentos para valorar entrevistas (Roter's interactional analysis system, GATHA), y la evaluación curricular. Finalmente, hemos abordado los grandes síndromes disfuncionales (baja eficiencia, baja empatía, alto control, proyección excesiva y emocionalmente reactivo) y los valores de tipo contratransferencial que tanto influyen en la vida de un equipo.

Bibliografía

- Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to Doctor-patient interactions. *J Fam Practice* 1999; 48(8): 601-607.
- Bofill P, Folch-Mateu P. Problemes cliniques et techniques du contre-transfert. *Rev Fran Psychanal* 1963; 27: 31-130.
- Borrell F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Teresa A. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 262-273.
- Borrell F, Prados JA, Ruiz Moral R, Francisco R. Cuestionario de Competencia Emocional (CUCE). Cornellà de Llobregat, ICS Barcelona, 2003.
- Bosch JM, Cebrià J, Massons J. Curso básico para dar *feed-back* a partir de videograbaciones. Unidad Docente de MFC de Catalunya, Barcelona, 2003.
- Brown JB, Steward M, Ryan BL. Assessing Communication between Patients and Physicians: the Measure of Patient-Centered Communication (MPCC) Working Paper Series 95. Centre for Studies in Family Medicine, Ontario 2001. Puede solicitarse éste y otros materiales a: www.uwo.ca/fam-med
- Byrne PS, Long BEL. *Doctors Talking to Patients*. Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Soc Sci Med* 1988; 27 (6): 579-586.
- Campbell IK. Audio-visual recording in the surgery: do patients mind? *J Roy Coll Gen Practitioners* 1982; 32: 548-549.
- Camps V. Una vida de calidad. Ares y Mares. Barcelona: Crítica, 2001; 184-186.
- Cattell RB. *The scientific analysis of personality*. Chicago: Aldine, 1965.
- Cegala DJ, Coleman MT, Warisse J. The development and initial assessment of the Medical Communication Competence Scale (MCCS). *Health Communication* (en prensa).
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
- Cockburn J, Killer D, Campbell E, Sanson-Fisher RW. Measuring general practitioners' attitudes towards medical care. *Fam Pract* 1987; 4: 192-199.
- Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999; 319: 780-782.
- Davis RH, Jenkins M, Smail SA, Scott NCH, Verby J, Wallace BB. Teaching with audio-visual recordings of consultation. *J Roy Coll Gen Practitioners* 1980; 30: 333-336.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2.221-2.226.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Azucena Couceiro (ed.). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999.
- Ende J. Feedback in Clinical Medical Education. *JAMA* 1983; 250: 777-781.
- Epstein R, Dannefer E, Nofzinger A, Connard L. 2002 Second Year Comprehensive Assessment. Rochester: University of Rochester, 2002.

Frankel RM, Beckman HB. Impact: An Interactional-Based Method for Preserving and Analyzing Clinical Transactions En: Pettegrew LS (ed.). Straight talk: Explorations in Procider and Patient Interaction. Louisville: Humana Inc, 1982.

Freer CB. Videotape recording in the assessment of the history-taking skills of medical students. *Med Educ* 1978; 12: 360-363.

Goffman E. Strategic Interaction. Nueva York: Ballantine Books, 1969.

Gracia D. La práctica de la medicina. En: Couceiro A (ed.). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999; 95-108.

Green TG. Improving clinical teaching by videotaping performance. *J Dent Educ* 1983; 47(2): 118-119.

Gómez JM, Prieto L, Pujol R, Arbizu T, Vilar L, Pi F, Borrell F, Roma J, Martínez-Carretero JM. Clinical skills assessment with standardized patients. *Med Educ* 1997; 31: 94-98.

Hilfiker D. Sounding Board: Facing Our Mistakes. *N Engl Med J* 1984; 310(2): 118-122.

Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ* 1996; 30: 353-364.

Jackson MG. Videotape teaching in family practice residencies. *J Med Ed* 1983; 58(5): 434-435.

Katz CA. Use of videotape vignettes in empathy training. *J Dent Educ* 1983; 47(2): 115.

Keller V. Congruence of theories: a comparative study. Bayer Institute for health care and communication. Communication in Medicine Conference: resúmenes. Chicago: Northwestern University, 1999.

Kosower E, Inkelis S, Berman N, Seidel J. Evaluating telephone T.A,L,K. *JBC* 1996; 23(1): 27-32.

Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastrich History-Taking and Advice Checklist Amsterdam: Lündbeck Fund, 1987.

Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 1998.

Lehman F, Cote L, Bourque A, Fontaine D. Physician-patient interaction. A reliable and valid checklist of quality. *Can Fam Physician* 1990; 36: 1.711-1.716.

Lipkin JM. The Medical Interview and Related Skills. En: Branch WT (ed.). Office Practice of Medicine. Filadelfia: WB. Saunders Company, 1994.

Marina JA. El laberinto sentimental. Barcelona: Anagrama, 1996.

Martin E, Martin PML. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J Roy Coll Gen Practitioner*. 1984; 34(268): 607-609.

Mira JJ, Gil V, Orozco D, Llinas G, Estevez C, García-Ungo S. ¿Es posible diferenciar estilos en la práctica del médico de Atención Primaria? *MediFam* 1997; 7(1): 19-28.

Mizrahi T. Managing Medical Mistakes: Ideology, Insularity and Accountability among Internists in training. *Soc Sci Med* 1984; 19(2): 135-146.

Neuser J. Benefit and disturbances of videorecording diagnostic interview. *Psychiatr Prax* 1984; 11(6): 190-195.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Platt FW. Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med* 1979; 91: 898-902.

- Platt FW. *Conversation Repair*. Boston: Little, Brown and Company, 1995.
- Platt FW. *Conversation Failure Life*. Tacoma: Sciences Press, 1992.
- Prados JA, Ruiz R, Bellón J, Cabrera R, Alba M, Pérula L. Validación de un Cuestionario para análisis de la comunicación desarrollada por residentes de MFYC. Cuestionario Gatha para residentes. Congreso: XVI Congreso Nacional de la semFYC y Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria. 1996.
- Prados JA (ed.). *Curso GATHA*. Disponible en: www.miyahooparamédicos.com
- Roland MO. Videotape as a research tool. *J Roy Coll Genw Practitioner*. 1983; 33: 300-301.
- Rosenthal R, Hall JA, DiMatteo MR, Rogers PL, Archer D. *Sensitivity to Nonverbal Communication: the PONS Test*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979.
- Roter DL. *Coding Manual for Roter Interactional Analysis Scheme*. Baltimore: John Hopkins University, 1989.
- Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. *Annu Rev Public Health* 1989; 10: 163-180.
- Ruiz R, Prados JA, Bellón J et al. An instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: the «Gatha-Resident» Questionnaire. *Education for primary care* 2001; 12: 401-411.
- Rutter M, Cox A, Egert S, Holbrook D, Everitt B. Psychiatric interviewing techniques IV. Experimental study: four contrasting styles. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 456-465.
- Schofield T. The Application of the Study of Communication Skills to Training for General Practitioners. En: Pendleton D, Hasler J, *Doctor-Patient Communication*. Londres: Academic Press Inc., 1983.
- Schoonover SC, Bassuk EL, Smith R et al. The use of videotape programs to teach interpersonal skills. *J Med Educ* 1983; 58: 804-810.
- Sox HC, Marton KI, Higgins MC et al. Tutored videotape instructions in clinical decision-making. *J Med Ed* 1984; 59: 188-195.
- Stiles WB. *Manual for a taxonomy of verbal response modes*. Institute for Research in Social Science. University of North Carolina at Chapel Hill: Technical Papers 5, 1978.
- Stiles WB. *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. Newbury Park, CA: Sage, 1992.
- Stillman PL, Brown DR, Redfield DL, Sabers DL. Construct validation of the Arizona Clinical Interviewing Rating Scale *Educ Psychol Measure* 1977; 37: 1.031-1.056.
- Street RLJ. Physicians' communication and parents' evaluations of pediatric consultations. *Med Care* 1991; 29(11): 1.146-1.152.
- Street RL jr. Analyzing communication in medical consultations: Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? *Med Care* 1992; 30(11): 976-988.
- Street RL. Methodological considerations when assessing communication skills. *Medical Encounter* 1997; 13(1): 3-7.
- Sutnick AI, Stillman PL, Norcini JJ, Friedman M, Regan MB, Williams RG, Kachur EK, Haggerty MA, Wilson MP. ECFMG Assessment of Clinical competence of Graduates of Foreign Medical Schools. *JAMA* 1993; 270(9): 1.041-1.045.
- Tizón J. *Componentes Psicológicos de la Práctica Médica*. Barcelona: Doyma, 1988.
- Tizón J. *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1992.

van den Brink-Muinen, Verhaak PFM, Bensing JM et al. The Eurocommunication Study. Utrecht: Nivel, 1999.

Veatch RM. A theory of medical ethics. Nueva York: Basic Books, 1981.

Wagensberg J. Creyentes, crédulos y creedores. El País, 28 junio 2001; pág. 12.

Ware JE, Davies AR, Connor EM. Patient's Assesments of Quality. En: Lipkin M, jr., Putnam SM, Lazare A (eds.). The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research. Nueva York: Springer-Verlag, 1995; 555.

Weaver MJ, Walker DJ, Degenhardt EF. A questionnaire for patient's evaluations of their physicians' humanistic behaviours. J Gen Intern Med 1993; 8: 135-139.

Wetsberg J, Jason H. Providing Constructive Feedback. En: Collaborative Clinical Education. The Fundation of Effective Health Care. Nueva York: Springer, 1993.

Capítulo 7

Docencia e investigación en entrevista clínica

Ideas clave

- Una charla de pasillo con un profesional en formación puede ser tan importante para fijar actitudes como la mejor de las conferencias (es el llamado *currículum inaparente*).
 - En la rotación por diversos servicios hospitalarios el discente vive una doble contradicción: por un lado, entre las habilidades de comunicación y la tensión psicológica de llegar a un buen diagnóstico, y por otro lado, entre los valores morales oficiales y los valores reales que observa en sus tutores.
 - Ser un buen técnico no equivale automáticamente a ser un buen profesional.
 - La mejor praxis clínica se debate siempre en la frontera de la pereza.
 - La tutorización directa consiste en que tutor y residente compartan experiencias clínicas difíciles o paradigmáticas en el mismo instante en que éstas se producen.
 - El tutor no sólo debe enseñar lo que sabe, sino también mostrar que muchas veces duda y se permite (y admite) no saber (es decir, que *cultiva su punto de perplejidad*).
 - Detectar la perplejidad, es más, permitirnos (y *expandir*) la perplejidad cuando surge, es parte de la sabiduría de los mejores clínicos.
 - La satisfacción global del discente será un balance (¡pero no una media!), entre los contenidos que reciba de una parte y la amenidad y asertividad del docente de la otra.
 - No hay preguntas inocentes en investigación: cada pregunta interesante supone una manera de entender la entrevista clínica.
 - Debemos evitar que los valores que transmitimos en la docencia de entrevista clínica impregnen los diseños de investigación; cuando eso ocurre solemos caer en tautologías que nada aportan al conocimiento de la realidad. Nos demostramos lo que ya creemos.
 - La mejor evaluación de un perfil de entrevistador se consigue con diversos observadores con diversos instrumentos de codificación, y analizando diversas entrevistas del profesional.
-

Docencia en entrevista clínica

En España llevamos casi un cuarto de siglo de enseñanza e investigación en entrevista clínica. Podemos afirmar que en este período el desarrollo ha sido correcto. Todos los residentes de medicina de familia, y buena parte de residentes de otras especialidades médicas, así como la mayoría de estudiantes de enfermería y medicina, reciben formación básica en el área que nos ocupa.

Sin embargo, ello no debiera ocultar el hecho de que algunos profesionales han perdido el norte de su quehacer: han perdido la ilusión, el sentido de servicio, y su único horizonte es «resistir», esperando «tiempos mejores» que nunca acaban por llegar. Por desgracia, en el entreacto vamos dejando por el camino muchas oportunidades de mejora, y poco a poco va quedando claro que esta resistencia a trabajar mejor tiene mucho que ver con la pereza. No queremos con ello minimizar el impacto de unas instituciones sin políticas de recursos humanos y una presión asistencial exagerada: ¿qué trato puede esperar el paciente de un profesional que a su vez está maltratado por la institución (o la empresa) que le contrata? Si queremos justificar nuestro desencanto, oportunidades no nos van a faltar.

Por ello, la primera afirmación (y la más importante) que debe hacer un docente de entrevista clínica es que adquirir hábitos clínicos inteligentes (y mantenerlos) es el patrimonio máspreciado de todo profesional. Y este patrimonio sólo se mantiene en una constante lucha contra la pereza. Por consiguiente, una parte del problema radica en lo que W. James llamaba la *educación de la voluntad* (James W, 1890), esta lucha contra una pereza inaparente que nos dice: «eso ya está bien, no es necesario que te esfuerces más, ya lo aprenderás en otro momento más propicio». Y también: «hoy ya te has esforzado mucho, ¿para qué continuar esforzándote?, seguro que a este paciente no le ocurre nada importante». Son las *coartadas cognitivas* que abren paso a reglas de decisión (*heurísticos*) de bajo nivel (véase el capítulo 3). Cuando la pereza vence una vez, volverá a hacerlo, y poco a poco se extenderá como una mancha de aceite: «trabajar lo mínimo posible... ¡total! si nadie me reconoce el trabajo bien hecho».

Sin embargo, lo que debamos ser, en tanto que profesionales de la salud, debemos serlo en el *aquí* y en el *ahora*. No hay «tiempos mejores», estos son nuestros mejores tiempos, si así lo queremos. Y de igual manera, lo que podamos aportar a otras generaciones de profesionales no debemos cargarlo exclusivamente a la responsabilidad de las instituciones. Cuando los profesionales que llevamos años de ejercicio tenemos el privilegio de que un estudiante de medicina o enfermería comparta nuestra consulta, o incluso cuando charlamos con ellos de manera informal, debemos ser muy conscientes de que están grabando lo que decimos como *estrategias* para, ellos mismos, *sobrevivir* en parecidas condiciones. ¡No hay mejor clase que una conversación! (Wagensberg, 2002). En la conversación informal se transmiten los valores tácitos: los que hacemos funcionar para orientarnos en la vida cotidiana. Por eso cuando el profesional admite que lo *correcto* no es lo que él de verdad *aplica* para solventar una situación clínica, señala una *fisura ética*. Muchas fisuras éticas conducen al *cinismo*: negar que existan principios morales y creer lo que en cada momento nos conviene creer, con total desvergüenza. Por ello afirmábamos que la primera lección que se debe transmitir, más con el ejemplo que con las palabras, es un *compromiso* con el sufrimiento del paciente basado en que *decimos lo que hacemos y hacemos lo que decimos*.

Enfoque curricular

Todo enfoque docente que pretenda generar cambios estables en la manera de proceder de un profesional debe ser un enfoque curricular. El futuro inmediato de la ense-

ñanza de la entrevista clínica pasa por desarrollar sus contenidos tanto en el pregrado como en el posgrado. La entrevista clínica puede parcelarse fácilmente como psicología médica y semiología general, en el caso de medicina, y de enfermería fundamental y salud pública en enfermería. Esta disgregación de la entrevista clínica conviene a las estructuras académicas, pero diluye su unicidad. Uno de los peligros es que la entrevista clínica se «psicologice» o se «biologice». El modelo emotivo-racional que hemos propuesto en estas páginas pone de relieve la gran tensión a la que está sometido el profesional: «no sabe lo que le ocurre al paciente, el origen de sus molestias o de su sufrimiento, pero tiene el rol social de darle una respuesta». Todas sus facultades se dirigen a este fin. Un paradigma que pretenda desglosar la entrevista entre lo semiológico y lo relacional, entre habilidades clínicas y habilidades de comunicación, *olvidará esta tensión* a la que está sometido el profesional. Por desgracia, entonces se enseñan estrategias de comunicación que a la postre son irrealizables o no solucionan los verdaderos problemas a los que debemos dar respuesta. Procedamos, por consiguiente, a aplicar este enfoque integrador a la docencia de pregrado.

Entrevista clínica y pregrado

Perry (1981) ha identificado cambios cognitivos en el aprendizaje de los estudiantes de pregrado. Vamos a exponerlos brevemente de la mano de WW Weston (1989), que los simplifica en cuatro estadios:

- *Etapa dualística.* Se atiende, sobre todo, a las definiciones de los especialistas, segmentando la realidad en verdad/mentira, correcto/incorrecto.
- *Etapa de multiplicidad y relativismo.* El estudiante se da cuenta de que hay muchas cosas que aún se ignoran, y establece una primera frontera entre lo que se sabe y lo que no. También percibe que los expertos no se ponen de acuerdo en la forma de solventar algunos problemas, y deduce que en caso de discrepancia es por igual válida una u otra posición en conflicto.
- *Etapa de superación del relativismo.* El estudiante se percata de que hay que tomar una acción determinada para un paciente determinado, y pondera el resultado de estas acciones en un contexto de ambigüedad (de no saber con certeza la mejor opción). Busca el criterio del experto y copia los mecanismos por los que dicho experto llega a tomar una decisión.
- *Etapa de compromiso.* El estudiante interioriza los mecanismos de toma de decisiones en un medio incierto, y adapta los esquemas generales que ha estudiado a la situación concreta de los pacientes. Individualiza consejos y terapias.

Siguiendo este modelo, uno de los principios pedagógicos es enseñar *paso a paso* los elementos que conforman las conductas complejas. De manera clásica se ha optado por enseñar en los cursos preclínicos las actitudes y características fundamentales del entrevistador, y dejar para los cursos clínicos las habilidades de comunicación. Las habilidades para llegar a un buen diagnóstico se aprenden de manera separada a todo lo anterior con algunas consecuencias indeseables (Hundert EM, 1996):

- Las buenas intenciones que el estudiante aprende en sus cursos iniciales devienen escepticismo, cuando no franco cinismo, en los últimos años de carrera.
- Este proceso depende, en buena parte, de los profesionales que el estudiante toma como referencia en su periplo por los diferentes establecimientos sanitarios. Estos profesionales le transmiten un currículum inaparente a través de sus comentarios

jocosos, escépticos, respetuosos, empáticos o cínicos. Para bien o para mal estos valores se toman como los que de *verdad* ayudan a *sobrevivir*.

- Además, no parece exagerado afirmar que se produce una *disociación* entre las habilidades de comunicación, por una parte, y la tensión psicológica de llegar a un buen diagnóstico de otra. Los problemas de comunicación no suelen presentarse junto a problemas de diagnóstico. Hasta cierto punto ello es razonable, pues tratamos de mostrar un camino que va de lo sencillo a lo complicado. Pero el alumno debería siempre tener presente que *la vida real* no es así. En la vida real los problemas de comunicación complican el diagnóstico, y determinadas situaciones clínicas (p. ej., una depresión) complican la manifestación de otras enfermedades, y también la misma comunicación. Esta complejidad debería ser el trasfondo de todas las propuestas didácticas, no para abordarla directamente, pero sí para evitar que con la euforia del aprendizaje que da los primeros pasos crea tener el bagaje suficiente para escalar las montañas más altas.

Resultado de todo ello son algunas paradojas que podemos observar:

1. En cierta ocasión un estudiante en su examen final fue requerido para que hiciera una anamnesis a un paciente. El profesor que le evaluaba era una persona especialmente sensible a los aspectos humanistas y psicosociales, así que el estudiante (conocedor de tal extremo) le preguntó: «¿desea una anamnesis normal, o una biopsicosocial?» (Epstein RM, comunicación personal, 1998). Obviamente, era capaz de reproducir ambos estilos observados en sus maestros, pero no había integrado como «adecuados» los valores de un enfoque biopsicosocial, pues si lo hubiera hecho esta pregunta resultaba innecesaria.

2. En las pruebas de evaluación objetiva (ACOE) suele ocurrir que los estudiantes (¡y también los profesionales en ejercicio!) hacen mejores entrevistas clínicas que exploraciones físicas (Ruiz E, 2001). Ambos grupos de habilidades hasta cierto punto se han disociado. En el imaginario colectivo parece que una buena entrevista es una buena entrevista «hablada», y se ha relegado el papel de la exploración física; de aquí nuestro énfasis en la *integración* de la anamnesis en la exploración física.

3. Las habilidades para el diagnóstico quedan soterradas por las habilidades de comunicación. Mientras que las segundas se han abierto paso en el currículum, las primeras duermen en el limbo del pensamiento intuitivo de cada profesional.

En la tabla 7.1 sintetizamos algunas propuestas curriculares para el pregrado. Son propuestas temáticas muy correctas, pero tengamos siempre en cuenta que son el 50 % del éxito. El otro 50 % derivará de la metodología con que trabajemos estos temas y las diferentes experiencias que el estudiante acumule en sus rotaciones. Estudiaremos ambos aspectos en las páginas que siguen.

Subject Based Learning (SBL) frente a Problem Based Learning (PBL)

Hay dos formas básicas de aprender. En el Subject Based Learning (SBL) el profesor enseña unos conocimientos que se asimilan por parte del alumno, y se ponen en práctica mediante ejercicios. En el Problem Based Learning (PBL), primero situamos el problema, identificamos los conocimientos que nos hacen falta para solventarlo, los adquirimos, y los aplicamos (Woods R, 1994). Ambas estrategias quedan ilustradas en la figura 7.1.

Ejemplo: nos proponemos que el alumno asimile la necesidad de abrir la entrevista con una buena delimitación de la demanda y mapa de quejas si ha lugar.

Tabla 7.1.**Propuestas temáticas para un currículum de pregrado en habilidades de comunicación y entrevista clínica**

De menor a mayor complejidad, el estudiante debería adquirir las siguientes actitudes, habilidades y conocimientos:

| | |
|---|--|
| Características básicas del entrevistador | Qué es: empatía, cordialidad, reactividad, asertividad, respeto, confianza. Actitud de aceptación acrítica hacia el paciente. |
| Características del paciente | Personalidad, estereotipos, conocer a otra persona. |
| La relación asistencial | Familia y enfermedad, el paciente en la consulta, modelos relacionales desde la óptica de detentar un poder (modelo paternal, contractual, fiduciario), o desde la óptica emocional (proactivo, reactivo). Valores éticos: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia en la relación. |
| Habilidades de anamnesis | Toma de datos de base (incluyendo genograma), naturaleza del problema, anamnesis centrada en el paciente. |
| Integración de la exploración física | Exploración física orientada a los problemas. Anamnesis integrada en la exploración física. Plan básico y avanzado de entrevista. |
| Habilidades en la resolución de la entrevista | Llegar a una valoración global del paciente. Propuesta de acuerdo. Respuesta evaluativa. |
| Habilidades básicas en educación | Informar correctamente; actitud negociadora; persuadir y respetar. |

Diseño SBL: primera parte teórica, donde mostramos la base racional de las técnicas. Después planteamos escenificaciones y vídeos demostrativos que los alumnos resuelven.

Diseño PBL: primero mostramos varias escenas (pueden ser grabadas en vídeo) en las que el paciente efectúa demandas aditivas («pues ya que estoy aquí»). Los alumnos discuten la mejor manera de evitarlas con o sin ayuda del profesor. Se realizan escenificaciones (p. ej., con un paciente simulado), donde aplican lo que han discutido. Lo que se demuestra más útil queda formalizado como conocimientos que se deben aprender.

No hay estudios comparativos de ambos métodos y, en realidad, parece que ambos son necesarios y complementarios. Sin embargo, parecería que el SBL pone el énfasis en los conocimientos, mientras que el PBL pone el énfasis en descubrir reglas de actuación. Aunque el PBL parece más lento, pues avanza de casos concretos al conocimiento abstracto, en realidad es más real, porque así es como construimos nuestras reglas de acción. Los alumnos declaran que con PBL los conocimientos «les quedan más» y, sin duda, al proponerles problemas concretos que tienen que resolver se activan emociones que ayudan a fijar lo que aprenden de manera más indeleble (véanse LeDoux J, 1999, y Damasio AR, 2001, para profundizar en la relación entre activación corporal, emoción y fijación de datos en memoria). El PBL es muy coherente con el modelo emotivo-racional, pero exige más tiempo y

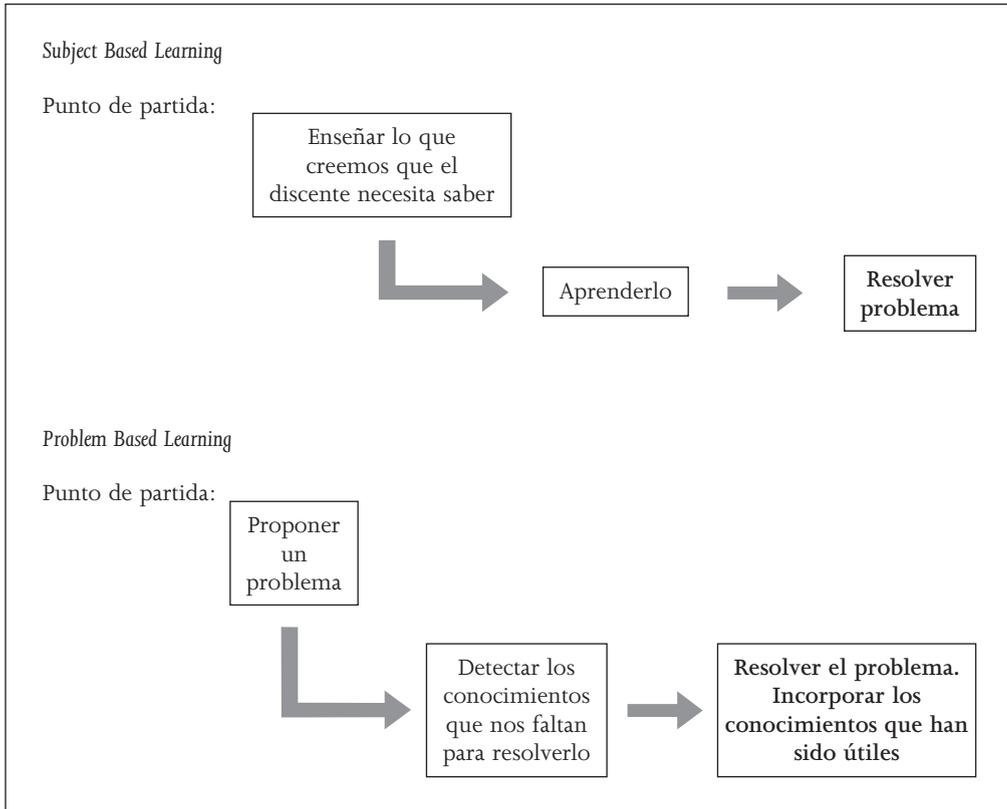


Figura 7.1.
Subject Based Learning frente a Problem Based Learning

que los grupos de aprendizaje sean homogéneos. Una persona con conocimientos superiores cortocircuita al resto del grupo.

Lo que los estudiantes observan en sus rotaciones

Es imposible controlar las influencias que recibirán, porque es como querer poner diques a la vida misma. Pero podemos hablar con los estudiantes del profesional quemado, de las actitudes defensivas (cuando no cínicas) ante el paciente, o del desapego hacia el sufrimiento del paciente. Lipkin (1994) subraya la necesidad de inculcar en los estudiantes una actitud de *total aceptación del paciente*, como actitud básica. Es una actitud en que acallamos nuestro pensamiento crítico a favor de comprenderle sin prejuicios; desde luego, el paciente nota este clima desde el mismo momento en que es recibido por el profesional. También lo nota el estudiante, que fácilmente identifica los perfiles que resumimos en la tabla 7.2. Observe el formato apto para ser utilizado como vacuna. Esta tabla es una guía de discusión para dialogar con los estudiantes sobre el tema, en absoluto para ser fotocopiada o distribuida, pues en tal caso podríamos predisponer a los estudiantes en contra de los profesionales que les van a tutorizar. Resulta idóneo que los tutores sepan, a su vez, que este material será discutido por los estudiantes, y que ellos mismos procedan a su discusión antes de recibir a los estudiantes, dentro de una estrategia más amplia de abordar el

Tabla 7.2.**Compromiso con el sufrimiento: una guía de discusión con los estudiantes de pregrado**

Durante el presente curso nos hemos esforzado en transmitirte la idea de un profesional humanista comprometido con el paciente, empático con su dolor, y tolerante con las peculiaridades e incluso las «manías» de los consultantes. En breve, un profesional paciente con los pacientes. En tus rotaciones por los servicios asistenciales comprobarás que la mayor parte de profesionales participan de este compromiso humanista. Pero también observarás otros estilos o maneras de hacer. La mayor parte de veces no hay mala fe en ellos, sino la adaptación a unas condiciones de trabajo históricamente difíciles; otras veces prevalecen características de personalidad que no se han sabido o podido trabajar por parte del profesional. Por ejemplo, observarás:

- *La frialdad del técnico*: no la confundas con indiferencia hacia el sufrimiento del paciente. A veces encubre una franca preocupación, que no se sabe transmitir al paciente, ya sea por timidez o pudor. Otras veces hay una distancia emocional que es algo así como una muralla: suele deberse a que el profesional se nota frágil y necesita acotar sus responsabilidades meramente a los aspectos técnicos de la relación. Cuando está más cómodo es cuando está sin pacientes delante, posiblemente porque no ha aprendido a disfrutar del contacto interpersonal.
- *El profesional irónico*: de vez en cuando necesita hacer una broma sobre algún paciente, por ejemplo cuando abandona la consulta. Puede que la broma se efectúe con el paciente, pero no es una broma para que ambos rían juntos, en sintonía, sino que es una broma con retranca. Un tono de humor es muy positivo para el paciente, pero el humor al que nos referimos es de burla. Se origina como una manera de que el profesional descargue su tensión ante el sufrimiento que le transmiten los pacientes. En absoluto indica despreocupación por el paciente.
- *El profesional culpabilizador*: en este caso, la tensión que recibe el profesional la descarga de nuevo hacia el propio paciente en forma de culpa: «claro que está así, si no hace lo que le decimos». Son profesionales que riñen mucho, en parte porque lo han aprendido desde pequeños en sus familias (familias culpabilizadoras), en parte como estrategia para que el paciente no les culpabilice a ellos mismos. No queremos decir que de vez en cuando no sea conveniente reñir, pero lo que llama la atención aquí es la frecuencia con que lo hace el profesional, como método defensivo. Los pacientes entran a su consulta cohibidos.

No culpes a estos profesionales por su estilo. No somos nadie para juzgarles. Pero sí resulta necesario que identifiques estos estilos y no los consideres inevitables para ti mismo. Tú puedes construir tu propia manera de estar frente al paciente. En realidad, la manera de estar frente al paciente traduce siempre tu compromiso con el sufrimiento humano en general. Ahí es donde tú, y sólo tú, decides.

currículum inaparente que ofrecen (¡sin saberlo, ni jamás haberlo hablado entre ellos!) a los estudiantes.

Entrevista clínica y posgrado

Mientras que en el pregrado el estudiante no percibe la importancia clave que tendrá la comunicación, en el posgrado encontramos a entusiastas de la comunicación. Ello conduce a la siguiente paradoja: muchas de las ofertas formativas en esta área acaban por realizarlas personas que lo necesitan poco, pues ya tienen una buena actitud y una buena base de habilidades. Los profesionales más defendidos y opacos suelen ser los que más problemas tienen en su relación con los pacientes, problemas derivados, en general, de una comprensión errónea del papel social que ocupa su profesión (p. ej., «yo soy un técnico y no un sacerdote»), falta de habilidades sociales (no saber mirar a la cara, forma de hablar farfullando, etc.), o de

problemas de personalidad, (gran timidez, irritabilidad, estilo culpabilizador, etc). Por desgracia, estos profesionales apenas acuden a las ofertas en esta materia. Una manera de minimizar esta paradoja es haciendo obligatorio un período de entrenamiento en entrevista clínica durante la residencia de todas las especialidades clínicas. Esta estrategia ha dado buenos frutos en medicina de familia, aunque tenemos la impresión de que otras especialidades médicas la han acogido de manera menos entusiasta. Ello se debe a que los residentes suelen tener experiencias limitadas en el trato con pacientes difíciles, y dependerá mucho de la orientación humanista de sus tutores para que comprendan que *ser un buen técnico no equivale, automáticamente, a ser un buen profesional*.

Entrevista en entornos desfavorables

Debemos admitir abiertamente que algunos entornos institucionales recibirán como una imposición de la gerencia las ofertas docentes en este campo. ¿Cómo actuar en estos entornos? He aquí lo que hemos aprendido:

- Las estrategias docentes no directivas (p. ej., de tipo Grupo Balint) tienen un rechazo asegurado por parte de un 20-30 % de discentes. Este tipo de estrategias pueden ser viables para grupos seleccionados y sobre una base de voluntariedad, o bien combinados con otra parte más directiva de la oferta.
- La forma en que una oferta formativa se presenta y se legitima *por parte de los tutores más directos de los residentes* tiene mucha importancia.
- El profesor debe ser muy accesible, empático y asertivo.
- La guía de sesión debe ser ágil y clara. El discente debe saber en todo momento de qué se habla y los temas que faltan por desarrollar.
- Los formatos de 2, máxime tres horas, se adaptan mejor al cansancio acumulado que llevan los discentes (en general, residentes llenos de guardias).
- Es conveniente que la guía de sesión se base en «situaciones-problema», que pueden introducirse con un video demostrativo, lo más cercano posible al entorno del discente. Por ejemplo: «¿cómo informarías a esta paciente de una recidiva de su cáncer de mama?».
- Una parte de la sesión, la principal, debe ser participativa y eminentemente práctica.

Estrategias personalizadas

Una de las preguntas que nos hacíamos es si una oferta personalizada para cada discente es superior a los cursos de tipo práctico, impartidos en grupos reducidos (máximo de 25 personas). El estudio Concord comparó ambas estrategias, sin encontrar diferencias significativas (Ruiz R, 2001). Los residentes en su conjunto, de manera independiente a la oferta formativa que hubieran recibido en comunicación, acortaban al final de la residencia sus tiempos medios de visita (Ruiz R, 2002). Lograban mejorar aspectos formales y de organización de la consulta, e ir más deprisa en la resolución de la entrevista, pero a costa de empeorar la exploración de los aspectos personales y de contexto de la dolencia, así como las habilidades de negociación. Un aspecto que predecía a los entrevistadores más centrados en el paciente era la formación del propio tutor en entrevista clínica. Eso confirma la importancia de las actitudes de base y del aprendizaje a partir de un tutor que se toma por modelo (*modelado de conducta*). Ahora bien: ¿cuál es la razón última de que el residente empeore habilidades clínicas después de un entrenamiento *personalizado* a sus necesidades?

La explicación de ello sólo se encuentra aplicando un enfoque sistémico de la entrevista clínica. Las habilidades que desarrollamos en la consulta se centran en solucionar problemas en un clima *constrictivo*: muchos pacientes y poco tiempo para atenderlos. El resi-

dente tiene como principal objetivo de su período formativo resolver de manera *segura* una demanda en el mínimo tiempo. *Segura* quiere decir *sin errores* en el campo del diagnóstico biológico. Y ello, siguiendo el modelo emotivo-racional, no sólo porque tenemos las consultas saturadas, sino también porque trata de invertir el mínimo de energía. La mejor praxis clínica se debate siempre en la frontera de la pereza, constituyendo hábitos complejos que deben monitorizarse a lo largo de los años, porque incluso estos hábitos los perdemos a favor de otros más simples y cómodos (*fosilización de conductas*). Y lo que ocurre a nivel psicomotriz (olvidar maniobras de exploración física) ocurre a nivel estrictamente cognitivo: olvidamos reglas de decisión complejas, por ejemplo los pasos para la correcta interpretación de un hemograma, un ECG o una radiografía (*fosilización cognitiva*). Puede que el fenómeno se inicie con las caídas momentáneas de heurísticos que veíamos en el capítulo 3 (es decir, utilizar reglas de decisión más simples pero menos seguras, sencillamente porque estamos cansados). Sin embargo, tras comprobar una y otra vez que aplicando estas reglas de decisión más sencillas «no pasa nada», las adoptamos como seguras. Ya no será necesario verificar la presencia de hematuria en cuadros de cólico renal, ni el test de fluoresceína ante un ojo rojo muy doloroso. El profesional fosilizado pierde sobre todo la voluntad de *ponerse dentro de la situación clínica*, y explorarla a fondo como si él mismo fuera el paciente. Posiblemente en este mecanismo psicológico de *interiorizar los síntomas del paciente* reside una de las claves de los mejores clínicos.

Por todo ello, el nuevo horizonte para la enseñanza de comunicación y relación asistencial debe ser su integración con la globalidad del acto clínico, como una parte de la semiología general (o viceversa). Nosotros ofrecemos el modelo emotivo-racional (Borrell F, Epstein RM, 2003) como un modelo que permite esta integración, pero sin duda existen y surgirán otros modelos. Lo que nos parece más relevante es llegar a demostrar al discente que la manera de estar frente al paciente *influye en el diagnóstico y disposiciones finales*. Percatarnos de que estamos frente al paciente de una manera incorrecta, o sencillamente, mejorable, no es fácil. Una de las herramientas más interesantes es la *tutorización directa*.

Tutorización directa y portafolios

La *tutorización directa* consiste en que tutor y residente compartan experiencias clínicas difíciles o paradigmáticas cuando éstas se producen. Es aquí donde el tutor hace una transferencia directa de conocimiento tácito al discente. Lo que de verdad le sirve, empezando por su manera de estar frente al paciente, lo que ha empaquetado para uso inmediato en aquella situación, e incluso: *lo que no sabe y de qué manera se permite no saber*. Para facilitar un poco las cosas podemos imitar estos entornos creando situaciones de laboratorio con pacientes simulados. Estos entornos permiten modelar los hábitos, pero no sirven a efectos de influir sobre determinadas actitudes (p. ej., atender a un paciente fuera del horario, venciendo la impaciencia). De aquí la importancia de que el tutor reflexione con el discente cuando se presenta un incidente de este tipo y quede recogido en el portafolio del residente.

El portafolio es lo más parecido a llevar un diario personal, pero en el ámbito profesional. Allí apuntamos las experiencias clínicas más relevantes, búsquedas bibliográficas, sesiones clínicas, etc. El portafolio es objeto de comentario con un mentor o en reuniones grupales entre iguales. Es importante revisarlo periódicamente de manera crítica, viendo las áreas en las que se precisa mejora, y marcando objetivos de aprendizaje (Pietroni R, 1993). Las sesiones con el mentor pueden realizarse siguiendo un formato de entrevista estructurada (Unitat Docent MFC, 2003). El portafolio debe recoger oportunidades de aprendizaje, y a veces éstas se encuentran, precisamente, en las situaciones que nos cuesta más recordar (una discusión con un paciente, un error clínico).

Enfoque por competencias

Lipkin M, a través de la Macy Initiative in Health Communication (1999), ha realizado una de las aproximaciones más concienzudas a la pregunta: ¿cuáles son las competencias en comunicación que reclaman los profesionales de la salud, desde diferentes campos de actuación?

Digamos, en primer lugar, que este autor define competencia como un constructo que incorpora conocimiento, habilidad, actitud y conducta. Una competencia expresa lo que el clínico es capaz de hacer en una situación determinada; por consiguiente, tener una competencia determinada equivale a tener una serie de conductas concretas, observables, medibles, y apropiadas para afrontar y resolver una situación clínica.

El trabajo de Lipkin ha derivado en una lista de competencias muy concretas para las diferentes especialidades (abarcando administrativos, enfermería, especialidades médicas, etc.) hasta llegar a definir un cuerpo competencial que puede adaptarse a las necesidades de cada práctica profesional. En la tabla 7.3 nos hemos permitido adaptar estas propuestas a diferentes perfiles clínicos.

En una línea de trabajo semejante, JJ Rodríguez Salvador (2002) ha sintetizado estas competencias adaptándolas al médico de familia (tabla 7.4).

Pensar en competencias es muy apropiado cuando queremos planificar un currículum o nos preocupa evaluar a un grupo de profesionales. Pero las propuestas docentes no se pueden establecer a partir de una suma de competencias. Es preferible acercarnos a la forma natural de proceder del profesional, e incluso más, es recomendable hacerlo con el modelo emotivo-racional *in mente*.

Contenidos pedagógicos mínimos

Sin ánimo de exhaustividad podemos definir un cuerpo mínimo de actitudes, conocimientos y habilidades.

Comentario importante: es posible enseñar entrevista sin casi tocar aspectos teóricos relativos a la teoría de la comunicación. No olvidemos que durante mucho tiempo los profesionales han aprendido a entrevistar bien viendo a otros buenos profesionales (*modelaje de conducta*).

Actitudes: lo más relevante en la entrevista son las actitudes de partida. En este sentido, hay que detectar, discutir y enmendar (si fuera el caso) con el discente las actitudes que despiertan en nosotros:

Tabla 7.3.

Cinco competencias imprescindibles en distintas prácticas clínicas

-
- *Cirugía:* establecer una buena relación de partida con el paciente, saber dar malas noticias, saber presentar las diferentes opciones y explicarlas de manera franca con el paciente, saber exponer resultados de la cirugía por debajo de las expectativas del paciente, ayudar a morir con dignidad.
 - *Pediatría:* ganarse la confianza del niño/a; escuchar de manera empática; dar información muy clara y sin asustar; obtener datos complementando la información de los padres y la del paciente; mantener la calma y saberla transmitir a los padres.
 - *Enfermería:* establecer una relación de ayuda basada en el afecto; distinguir datos clínicos de impresiones o expectativas del paciente; detectar las oportunidades para cambiar hábitos o educar para la salud; sentirse comfortable al admitir que no sabemos un dato de tipo médico; no claudicar con los pacientes que rehúyen o no se adhieren a los consejos que les damos.
 - *Medicina de familia/interna:* actitud inicial de aceptación incondicional del paciente; escuchar al paciente como si él/ella fuera lo único que nos importara; detectar los datos con valor semiológico; saber decir que «no» a peticiones injustas; saber reconocer y afrontar un error clínico.
-

Tabla 7.4.**Programa especialidad en medicina familiar y comunitaria: conocimientos, actitudes y habilidades considerados de máxima prioridad**

-
- Conectar adecuadamente con el paciente y/o su familia
 - Facilitar la disposición del paciente y/o su familia a proporcionar información diagnóstica.
 - Averiguar la naturaleza y la historia del problema o problemas de salud del paciente.
 - Indagar por la información relevante de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud.
 - Percatarse de la información que se ha obtenido de las vertientes biológica, psicológica y social de los problemas de salud.
 - Generar y comprobar múltiples hipótesis a lo largo de la entrevista con el paciente y/o su familia.
 - Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende la naturaleza del problema.
 - Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende el proceso y los estudios diagnósticos recomendados.
 - Asegurarse de que el paciente y/o su familia comprende las medidas terapéuticas pertinentes.
 - Llegar a un acuerdo con el paciente y/o su familia sobre el/los problema/s, el proceso diagnóstico y las medidas terapéuticas.
 - Promover la disposición del paciente y/o su familia a aceptar el plan de tratamiento. Negociar cuando sea preciso.
 - Aliviar el sufrimiento físico y psicológico del paciente y/o su familia.
 - Asegurar la satisfacción del paciente y/o su familia.
 - Asegurar la satisfacción del médico.
-

- El sufrimiento, las quejas, el estilo con que la persona se queja (p. ej., qué nos suscita el estilo «quejica», qué reacciones nos despierta).
- Situaciones clínicas determinadas. Por ejemplo: cuáles son los sentimientos frente a un accidente fortuito (¿huir, ayudar?), los pacientes terminales, los partos, etc.
- La aceptación incondicional del paciente... ¿es eso posible?, ¿deseable?, ¿cuáles son sus límites?
- ¿Sabemos escuchar? Hay una actitud de base que permite o bloquea, un interés por la otra persona, por las personas en general. Puede que el discente desee ayudar a otros seres humanos, pero sea incapaz de escucharlos, ¿qué falla aquí?
- ¿Queremos compartir las decisiones y la información con el paciente?
- Cuando el paciente abre su intimidad, ¿nos sentimos incómodos? ¿qué recuerdos nos trae? Puede que algunas experiencias pasadas interfieran con la manera de estar frente a un paciente que nos relata conflictos o penurias.
- ¿Cuáles son las influencias que nos han llevado a ejercer (o querer ejercer) la profesión sanitaria elegida? ¿cuáles son las expectativas? ¿predomina nuestro afán de lograr el agradecimiento de los pacientes, la notoriedad o el ganar dinero?
- ¿Sabemos/deseamos que el paciente confíe en nosotros? Puede que nos asuste la confianza del paciente, que prefiramos rodearnos de un aire técnico. O al contrario, puede que no toleremos la duda, la falta de confianza ciega en nosotros.
- ¿Cómo entendemos la salud de los pacientes?, ¿como una máquina que tiene una pieza rota?, ¿como la consecuencia de un estilo de vida?, ¿es la enfermedad algo así como un ajuste de cuentas con la vida? Por aquí vislumbraríamos el sentido de la

vida, y más allá, la espiritualidad (no forzosamente religiosa) de cada persona, e incluso aspectos de pensamiento mágico.

- ¿Cuál es nuestra reacción con pacientes de minorías étnicas?, ¿sobreactuamos la igualdad?, ¿tenemos tendencia a inhibirnos?, ¿nos irritan sus demandas?
- ¿Y frente a otros colegas?, ¿los vemos como competidores? ¿Sabemos adoptar un papel de colaboración?

Todas estas preguntas, y algunas más, configuran nuestra manera de estar frente a los pacientes. Rizando el rizo, podríamos hablar de una *actitud frente a la actitud*: ¿estamos dispuestos a revisar periódicamente esta manera de estar frente al paciente? Craso error quien cree que las actitudes no cambian, y que con los años de ejercicio «ya tenemos buenas actitudes». Hay un *deslizamiento* (a veces por simple pereza) hacia actitudes «de segundo nivel», más inaparentes, por debajo de las «oficiales» (las que aceptamos y las que tenemos listas para justificar nuestras acciones). Estas *actitudes de segundo nivel* surgen en momentos determinados pero poco a poco asientan sus reales, hasta convencernos de que «no pasa nada» si las adoptamos. Es una *fosilización actitudinal*. Hay que ser muy honesto con uno mismo para descubrir, revisar y enmendar las actitudes de «segundo nivel».

Conocimientos: en el área de conocimientos las cosas suelen estar más claras. Existe una bibliografía tan abundante que lo difícil, casi, es escoger un *corpus* mínimo e idóneo de conocimientos. Proponemos al lector el siguiente:

- El lugar de los conocimientos en la comunicación: conocimiento teórico y conocimiento tácito.
- El modelo bio-psico-social. El fenómeno de enfermar. Impacto vital.
- La relación asistencial: cómo se desarrolla en el tiempo, los actores, los momentos de consolidación y ruptura.
- La familia. El rol de cuidador. Dinámica familiar y cuidado de la familia.
- La entrevista clínica desde la perspectiva del paciente: expectativas, ansiedades, elaboración de contenidos y marco emocional.
- La entrevista clínica desde la perspectiva del profesional. La vertiente humana y técnica. Las tres funciones de la entrevista: relacional, exploratoria y resolutive.
- El modelo emotivo-racional: de la situación estimular a la intencionalidad o enmarque de la entrevista. Tomar decisiones: reglas (o heurísticos).
- El proceso de comunicar: comunicación verbal y no verbal. El paralenguaje.
- La escucha. Escucha activa y habilidades. Integrar una imagen del paciente.
- Preguntar y averiguar.
- Informar, persuadir, negociar y motivar. La participación del paciente.
- Situaciones problemáticas y gentes problemáticas. El profesional con barreras para una comunicación eficaz. Factores y problemas personales que influyen.

Habilidades: hemos visto lo que soy y cómo estoy delante del paciente (actitudes), lo que sé (conocimientos) y ahora abordamos lo que debo saber hacer para ser un buen entrevistador:

- Desplegar un clima emocional cordial y empático, con un buen contacto visual-facial, administración oportuna de sonrisas, y acomodación de paciente y acompañantes.
- Realizar un primer encuadre provisional de la entrevista para detectar situaciones urgentes o la necesidad de activar recursos de manera inmediata.
- Delimitar el motivo de consulta y prevenir demandas aditivas.
- Mapa de quejas y demandas. Patobiografía si fuera necesario.

- Obtener información relevante seleccionando el/los síntomas/signos guías.
- Saber ver más allá de la información «que se quiere dar». Detectar estado de ánimo, dudas, ansiedades, etc., del paciente. Acomodarlos, señalarlos o más en general darles un tratamiento apropiado.
- Apoyo a la libre narración (punto de fuga de la entrevista), del paciente.
- Clarificar, resumir y otras técnicas que nos ayudan a una mejor calidad de la información obtenida.
- Mientras obtenemos todos estos materiales, procesarlo en paralelo. Reencuadrar la entrevista si ello fuera necesario.
- Transición a la exploración física, prosiguiendo la anamnesis (anamnesis integrada en la exploración física).
- Realizar una exploración física básica y también orientada a los problemas.
- Integrar los datos obtenidos verbalmente con los hallazgos exploratorios.
- Adquirir el hábito de interrogación: ¿he realizado un plan básico de entrevista? ¿podría escribir con los datos obtenidos un informe clínico? ¿estoy cerrando la entrevista en falso?
- Proponer y/o negociar la significación de los síntomas (diagnóstico).
- Proponer y/o negociar un plan terapéutico.
- Habilidades informativas, persuasivas, educativas y psicoeducativas.
- Comprobaciones finales y cierre de la entrevista.
- Comunicación telefónica y en otros entornos especiales.
- Habilidades ligadas a situaciones y pacientes especiales. Malas noticias.
- Cierre de la entrevista, minimización de riesgos y seguimiento del paciente.

Habilidades de comunicación para enseñar comunicación

Un buen entrevistador no tiene porqué ser, sin más, un buen profesor en entrevista clínica. Por un lado, hay, sin duda, un aspecto formativo: no sólo hay que saber hacer entrevista, también hay que saberla explicar. Por otro lado, el profesor de entrevista clínica debe asimilar una serie de principios pedagógicos que hagan sus propuestas atractivas y dinámicas. De ello hablaremos en este apartado, a partir de la experiencia del Grupo comunicación y salud de España, posiblemente la organización más extensa en su género (unos 250 profesionales), dedicada a la docencia e investigación en este campo (Gómez Gascón T, 1997).

¿Quién puede ser buen profesor?

Digamos, de entrada, que en una sociedad como la nuestra los discentes son siempre espectadores avezados que exigen, a las propuestas de formación, amenidad, legitimidad, interés práctico y aplicabilidad. Unos espectadores que desean, además de ser educados, ser también (¡y a veces sobre todo!) entretenidos. El profesor debe convencer en los primeros minutos sobre el escenario (real o virtual, sea en grupos pequeños o en amplias audiencias), que si está allí es por tener méritos suficientes. Es una legitimación muy propia de países hispanos. Sólo cuando este primer paso de legitimación se ha resuelto favorablemente, la audiencia se entrega. No deja de llamar la atención esta actitud hispana tan ambivalente frente a la autoridad: a la vez que se impugna de manera rebelde (en pura tradición ácrata), cuando el profesor queda legitimado decae todo espíritu crítico más allá, incluso, de lo razonable. Resulta posible que un seminario de calidad muy baja sea bien puntuado por el único hecho de que el profesor se expresaba de manera simpática y asertiva. Es la ley del balance: la satisfacción global del discente *será un balance (¡pero no una media!)* entre los contenidos que reciba de una parte, y la amenidad y asertividad del docente de la otra. Si lo

segundo es muy alto, puede disparar una mala calidad; sin embargo, pocas veces ocurre al revés. Es el tributo a una cultura donde aún predomina lo taumatúrgico.

Una de las dificultades más importantes que tenemos las personas que nos dedicamos a formar a futuros profesores de entrevista clínica y relación asistencial es el tema de la *asertividad*. Cuesta ponerse frente a un grupo de alumnos y decirles: «ahí estoy yo, y esto es lo que os voy a enseñar». Parece cosa de mucha envidia, y como nuestros candidatos a profesores suelen tener la humildad de las personas inteligentes, llegan no sin razón a pensar que deberán renunciar a ser docentes o, en el mejor de los casos, que deberán incorporar a su estilo cierta dosis de *caradura*. El primer paso suele ser, por consiguiente, demostrarle que un buen profesor no debe ser obligatoriamente un artista, ni un sabio. Basta con que sea una persona honesta que admite sus limitaciones, pero eso sí, que se sabe la lección. El segundo paso es demostrarles que una buena sesión formativa, en la modalidad que consideremos, será exitosa si se apoya en una buena guía de sesión. Veamos este aspecto.

La guía de sesión. El motor de tres tiempos

¿Cómo se elabora una buena propuesta didáctica? ¿Por dónde se empieza? ¿Cuáles son los productos finales de esta elaboración?

Cada maestrillo tiene su librillo, pero bueno es que lo sepamos compartir. En primer lugar, hay que definir los objetivos, la modalidad y el público al que dirigimos la propuesta formativa. Cada grupo discente está en un punto de su desarrollo curricular con *necesidades específicas* que debemos identificar, y con un cuerpo de competencias ineludibles. Sería un error proponer a un grupo de radiólogos cómo obtener permiso para una autopsia, pero en cambio no podrán eludir cómo obtener un consentimiento informado. Las habilidades son parecidas, pero no olvidemos la norma de *ajustar las habilidades a los contextos* que viven los discentes.

Algunos contenidos se adaptan mejor a determinadas modalidades formativas (véase la tabla 7.5). Un curso puede basarse en diferentes combinaciones de estas modalidades.

Muchas veces la sesión que le han encargado tiene ya los objetivos prefijados, el tiempo asignado e incluso un esquema con los contenidos. Ahora ya depende de usted que sepa transformar todo eso en una buena sesión, es decir, dotarse de una buena guía de sesión. Nosotros nos basamos en estas premisas:

- Priorizar en dos o tres frases lo más importante que deseamos que el discente asimile.
- Aplicar lo que llamamos el «motor de tres tiempos» y pensar no tanto en los conte-

Tabla 7.5.
Modalidades formativas

Conferencia magistral

Seminario: exposición en grupo pequeño seguida de debate.

Taller: básicamente participativo, basado en resolver problemas pero sin excluir exposiciones puntuales.

Algunos formatos especiales de talleres serían:

- Taller de lectura: revisión bibliográfica comentada.
 - Taller de historias clínicas: comentario sobre casos clínicos, grabados en vídeo o sencillamente comentados. Un formato especial es el Problem Based Interview (PBI).
 - Taller vivencial: los participantes comunican incidentes o vivencias significativas, según diversos formatos. Por ejemplo: talleres sobre familia de origen, taller tipo Balint o microbalint, taller de errores clínicos, etc.
-

nidos teóricos que transmitiremos como en los ejercicios que les vamos a proponer, en sintonía con los objetivos que nos hemos marcado.

- Visualizar de manera imaginada toda la sesión, tratando de ajustar el tiempo de cada parte de la manera más realista posible.

El motor de tres tiempos consiste en concentrar, en una primera fase, bastantes de los aspectos teóricos de la sesión. En un segundo tiempo, demostrar lo fundamental de la teoría mediante ejemplos. Es importante que sea el propio profesor quien en esta parte se ponga a riesgo, ejemplificando y solventando ejercicios o escenificaciones. Con ello, además de demostrar que sabe del tema (recuerde el problema que mencionábamos anteriormente de legitimación), desdramatiza las escenificaciones. También es una oportunidad para relativizar sus propias opiniones y soluciones: «hay otras maneras de solventar los problemas que se plantean... ¿alguien de la audiencia tiene ideas?».

De esta manera se progresa al tercer tiempo, en el que los participantes, siempre protegidos, moderados y estimulados por el profesor, protagonizan los ejercicios.

Por consiguiente, lo fundamental de las guías didácticas no son los contenidos teóricos que se pretenden transmitir, sino las situaciones docentes que se pretenden crear. El esquema puede parecer Subject Based Learning (recuerde la figura 7.1). Sin embargo, también es posible invertir

Objetivo: los discentes serán capaces de distinguir entre una conducta asertiva y otra que no lo sea, y verificar en su propio elenco de conductas cuáles lo son y cuáles no.

Enfoque clásico:

| Tiempo | Contenido |
|---------|--|
| 5 min. | Presentación del tema, del profesor, de los alumnos. |
| 10 min. | Concepto de asertividad. |
| 15 min. | Aspectos conceptuales. Revisión de la bibliografía. |
| 20 min. | Pasaremos un vídeo y lo comentaremos. |
| 10 min. | Preguntas de los asistentes. |
| 10 min. | Conclusiones. |

Enfoque basado en el motor de tres tiempos

| Tiempo | Contenido |
|---------|---|
| 5 min. | Presentación del tema, del profesor, de los alumnos. |
| 15 min. | Vídeo a partir del cual: concepto de asertividad. |
| 15 min. | Escenificaciones: situaciones en la consulta y como el profesor los resuelve con asertividad. |
| 25 min. | Ejercicio 3×3: en grupos de tres, los participantes tienen que resolver una situación donde se requiere asertividad. Después el profesor elige uno de los grupos, que hace la escenificación para el resto. |

Figura 7.2.
Ejemplo de dos guías didácticas sobre asertividad

el orden del «motor de tres tiempos» aplicando la metodología PBL. Ejemplo: primero presentamos un vídeo, el cual plantea un problema de comunicación; luego se establece un debate sobre cómo y con qué habilidades podríamos solventarlo, y finalmente escenificamos y comentamos estas soluciones. En la figura 7.2 puede apreciarse la diferencia entre una guía de sesión tradicional y una guía de sesión inspirada en el motor de tres tiempos:

Nuestras guías didácticas confieren mucha atención a la *apertura y cierre* de la oferta formativa. En el momento de abrir la sesión dependerá de lo larga que ésta sea, si es un curso o meramente una charla, y de si estamos en un grupo pequeño o una audiencia, para dar más o menos espacio a una presentación personalizada de cada participante. En general, ello no debería ocupar más de cinco minutos. Somos partidarios de que el discente *entre en materia lo antes posible*, sepa los contenidos de la oferta, y pueda sugerir algún cambio. En el momento de acabar vale la pena advertir que vamos a finalizar la sesión, hacer un breve resumen de lo más interesante que ha surgido, ideas clave y, finalmente, expresar nuestro agradecimiento por la atención a la vez que manifestamos nuestros deseos de reencuentro. Puede ser apropiado una nota de buen humor, en forma de chiste, imagen o anécdota.

La curva de atención

Otro de los aspectos a los que conferimos gran interés es la *curva de atención* de los discentes. Para que el lector tenga una idea más concreta de lo que decimos, imagine una charla en la que el conferenciante inicia la sesión con un chiste muy divertido, pero el resto de la exposición es sumamente aburrida. Habrá activado la curva de atención al inicio, pero ésta caerá lentamente en los siguientes 15 minutos, y en la parte final de la charla la gente se preguntará: ¿no prometía ser la charla tan divertida?, ¿no tiene al menos otro chiste que contar?

He aquí algunas estrategias que deben usarse en función de la charla y la audiencia:

Electroshock

Consiste en un inicio que eleva mucho el grado de atención de los participantes. Puede ser una anécdota personal, un chiste, un reto o problema que interese mucho.

El desarrollo de esta estrategia pasa por dejar caer lentamente este nivel de atención, rescatándolo con nuevos estímulos al menos en el tramo final.

Ejemplo: *Reto* (¿alguien sabría definirme lo que es asertividad? Os propongo la siguiente anécdota personal... ¿y ahora, alguien sabría definirla?). *Ejercicios* (en el cuaderno que os adjunto veréis tres ejercicios. Os propongo que los resolváis en grupo de 2 personas y luego los discutiremos; uno de los grupos saldrá y nos representará...). *Teoría* (mientras se resuelven los ejercicios el profesora presenta algunas transparencias que dan respuesta a las dudas que surgen). *Integración y cierre* («antes de acabar, ¿algún comentario o pregunta? En conclusión hoy hemos aprendido... Y, por cierto, antes de acabar [foto de Einstein sacando la lengua] ¿os parece esta foto muy asertiva? Os deseo lo mejor aplicando asertividad en vuestro trabajo, pero por favor, no le saquéis la lengua a vuestro jefe. Gracias por vuestra atención.»)

«Remanso de paz»

En este caso, el profesor no pretende oscilaciones en la línea de atención; apuesta más bien porque sean los contenidos de lo que expone los que pongan el relieve necesario. Cuando el grupo funciona bien y está motivado, da lugar a una sesión que se recuerda como tranquila y confortable, idónea para que las personas reflexionen por sí mismas, sin estridencias de ningún tipo.

Ejemplo: *Enunciación de los objetivos* (Tono cálido pero impersonal). *Teoría-ejercicios* (se resuelven en grupo y nadie sale a realizar escenificaciones). *Integración final y cierre*.

In crescendo

El profesor parece, de entrada, casi tímido, habla muy quedamente, la gente tiene que permanecer en silencio estricto para seguirle, pero lo hace porque los contenidos son interesantes. Poco a poco el profesor se abre, bromea, la audiencia responde como si le liberaran de un yugo, pero continúa muy atenta, porque teme perderse algo. El profesor lanza retos, y estimula a los participantes, los cuales se entregan. El cierre es un refuerzo sobre la autoestima del grupo.

Ejemplo: *Contraste*: el profesor selecciona para los primeros minutos frases o teorías impactantes que expondrá quedamente, en un contraste entre la forma (modesta) y el fondo (conceptos fundamentales). *Retos*: una vez ha conseguido una atención total, se permitirá subir el tono de la voz y empezará a lanzar retos: ¿alguien sabría responder la pregunta del ejercicio...? *Ejercicios*: a continuación, puede realizar ejercicios de participación (véase más adelante) para cerrar con: «hemos visto hoy... El aprovechamiento del grupo ha sido extraordinario, lo cual se demuestra por ejemplo en las respuestas que habéis formulado en los ejercicios... Para mí ha sido un auténtico placer estar con vosotros y espero que en un futuro, etc.».

Técnicas docentes concretas

El Grupo comunicación y salud empezó a utilizar las escenificaciones en el año 1984 y las grabaciones en vídeo en 1989. Desde entonces hemos acumulado una experiencia importante incorporando actores (o pacientes) simulados, estandarizados y monitores (tabla 7.6), y formando a profesionales para el comentario de grabaciones en vídeo. Haremos un breve resumen de los aspectos básicos.

Escenificaciones

Hoy día es difícil entender una oferta formativa en comunicación sin la presencia de escenificaciones. Esta técnica solía utilizarse en los años ochenta en los países de nuestro entorno de una manera muy formal, con un actor que hacía de paciente simulado. La presencia de un actor exclusivo para este tipo de escenas suele gustar, y añade un toque de calidad a la oferta formativa. Sin embargo, la encarece y no siempre es posible disponer de él/ella. Por este motivo, frecuentemente el mismo profesor o bien alguno/s de los alumnos realizan esta tarea.

¿Cómo se prepara a un alumno para que haga una escenificación? Los pasos son: a) le damos los datos básicos por escrito (cuidado, las instrucciones no deben sobrepasar las

Tabla 7.6.

Diferentes modalidades de escenificaciones

-
- *Paciente simulado*: a partir de un guión y unos objetivos docentes, interpreta su papel sin verse obligado a usar unas frases determinadas. Puede improvisar.
 - *Paciente estandarizado*: el margen de improvisación sólo abarca las situaciones que no se hayan previsto en su entrenamiento. Tiene unas unidades básicas de información que debe saberse de memoria, y decirlas de manera todo lo exacta posible y en determinados momentos de la entrevista.
 - *Paciente monitor*: mientras el discente avanza en el ejercicio, el paciente monitor le informa de aspectos de comunicación o de habilidades clínicas para que pueda mejorar la entrevista.
-

5-10 líneas), un tiempo para que lo lea (p. ej., mientras repartimos otras instrucciones), y b) hacemos un aparte y le comentamos el propósito del ejercicio, le indicamos las primeras frases obligatorias que tiene que decir, y las ensayamos. Muchos preguntan: ¿y si me preguntan tal o cual cosa? La respuesta es que todo lo que no venga recogido en estas pocas líneas se lo puede inventar, o hacerlo coincidir con su propia vida o la de un paciente que le venga a la memoria. También es importante indicarle que debe dar la información poco a poco, no de una sola vez, pues en tal caso el entrevistador apenas debería esforzarse. Cuando deba lanzar dos o tres retos sobre el entrevistador (p. ej., ¿no sería mejor que me ingresara en el hospital?), debemos instruirle que lo haga en diferentes momentos, pues la tendencia es hacerlo todo al inicio mismo de la entrevista.

El siguiente problema es «hacer salir» al participante que deberá hacer de profesional. Hay una resistencia obvia, que se desvanece cuando primero somos nosotros mismos los que resolvemos un caso parecido, mostrando lo que se le va a pedir al discente, y también creando un clima amigable («aquí todos somos amigos y nos respetamos, de manera que no vamos a decir tanto lo que nos ha parecido mal, sino lo que haríamos distinto, incluso vamos a decirlo utilizando las palabras y el tono concreto que de verdad utilizaríamos»).

Las escenificaciones suelen realizarse en un espacio central, y alrededor los participantes en semicírculo (figura 7.3). Sin embargo, una excelente técnica es que el pacien-



Figura 7.3. Sentados en semicírculo. En esta disposición el conjunto del grupo atiende a una escenificación central.

te simulado se sienta delante del alumno, progresando hacia la derecha o la izquierda (figura 7.4). De esta manera una entrevista puede iniciarse con el participante 4, proseguir con el 5 y el 6, y finalizar con el 7. Así, los retos de la entrevista se comparten más, y no se viven como un reto personal que pone en cuestión a un participante en concreto.

Otra técnica que hace agradable las escenificaciones es nombrar al alumno que hará de profesional junto a otro que le ayudará (un «ayudante»). En caso de que el alumno-profesional se encalle, haremos que el «ayudante» entre en acción. La entrevista puede acabarla este último, o volver a pasar la palabra al primero.

Una de las dificultades también más frecuentes es que el paciente simulado ponga las cosas difíciles al pobre alumno. Si así ocurriera una *técnica de inversión de roles* puede ser muy oportuna: el paciente simulado pasa a ser el profesional y viceversa.

Trabajar con actores

Tienen la ventaja de dar seriedad a la oferta docente, incluso a veces un punto de dramatismo. Por lo general, usamos al actor para escenificaciones complejas y, por consiguiente, deberá aprenderse un papel más complejo, con dos niveles de dificultad:



Figura 7.4.

Escenificaciones sin levantarse de la silla. El actor o paciente simulado va pasando por delante de cada uno de los participantes, sin que deban abandonar su sitio.

Propiamente la historia clínica que se desea representar, por ejemplo un paciente anciano con dificultades en la marcha, con determinados hábitos alimentarios, unos antecedentes determinados, etc. Hay que definir con claridad las unidades de información básica (UIB) y, de ellas, cuáles son *absolutamente* imprescindibles que diga.

El segundo nivel de dificultad es cómo deberá dar esta información, el tono emocional que debe mostrar y los retos que lanzará. Por lo general, tenemos la norma de que el actor facilite las UIB agrupadas en torno a antecedentes patológicos, alergias, antecedentes familiares, etc., cuando se le solicitan, sin exigir del discente que delimite cada UIB. Por ejemplo, la pregunta «¿tiene usted alguna alergia?, sería suficiente para declarar: «sí, a la penicilina, y por cierto, también al pelo de gato». Es importante entrenar al actor para que se muestre cordial o antipático, repentinamente enfadado o conciliador, y también el momento más oportuno para que lance los retos de comunicación.

Tipos de reto: emocionales (p. ej., «¿puede saberse qué demonios pretende con esta radiografía?»), conductuales (un tic, voz inaudible), o cognitivos (el actor salta de un tema a otro, o proporciona datos contradictorios...).

Por lo general, se requieren varias horas para entrenar a un actor simulado, incluso cuando no deseamos que dicho actor se comporte como un paciente estandarizado. Es bueno presentarle varios escenarios distintos de cómo un alumno puede reaccionar, y las diferentes opciones que tiene. Por ejemplo: «si el alumno se muestra muy reactivo, y no le da espacio para pensar y elaborar sus respuestas, límitese a decir «sí» o «no», sin darle más información».

Grabaciones en vídeo

La experiencia formativa con esta técnica ha evolucionado mucho. Inicialmente grabábamos entrevistas simuladas que después analizaba todo el grupo. Sin embargo, esta metodología entorpecía un desarrollo más activo, y se reserva hoy día para una oferta que llamamos «centrada en el discente». El uso más extendido de grabaciones en vídeo es para «puntuar» los aspectos teóricos que queremos introducir («fijaos en este trozo de entrevista la técnica de racionalidad de la medida terapéutica»), para generar retos («¿creéis que en este trozo de entrevista hay algún error?... os propongo que representemos esta escena aquí, y veamos cómo podemos mejorarla»), o como entrevistas modelicas que muestran los pasos que después deben repetirse (o evitarse) por parte del alumno.

Usamos muchas grabaciones en vídeo simuladas con pacientes-actores, pero también algunas con pacientes reales. Estas últimas deben haber sido obtenidas con permiso del profesional y del paciente. Lo mejor es que este permiso sea escrito y grabado en vídeo al inicio mismo de la entrevista, pues un permiso sólo escrito puede acabar por extraviarse. Una fórmula sería: «vea aquí esta cámara de vídeo (se señala la cámara que no estará oculta): ¿tendría inconveniente en que se grabara la entrevista con fines docentes y de control de la calidad asistencial? (u otra fórmula que describa la finalidad de la grabación)». La persona que solicita la grabación debe responsabilizarse de su custodia y de que su uso se limite a los fines declarados. Bajo ningún concepto saldrá de los circuitos docentes y profesionales, o se prestará a terceras personas a menos que tengamos garantías de que su utilización será ética. También es conveniente que no se graben (o se borren si, por casualidad, se han grabado) los apellidos o datos personales de los pacientes.

La manera de introducir las entrevistas reales debería ser: «la entrevista que a continuación os voy a mostrar es real, y para ella tanto médico como paciente han dado su consentimiento. Por ello les debemos estar muy agradecidos por la oportunidad que nos dan de aprender, y nos abstendremos de juzgarles a nivel personal, o de identificarles si por casualidad les conociéramos. Estoy seguro de que los comentarios que hagáis tendrán este mismo respeto».

Materiales docentes

Cuando preparamos un taller los aspectos básicos para su diseño serán:

- ¿Qué pretendo, al acabar el taller, que los participantes recuerden o sepan hacer?
- ¿Cuáles son los ejercicios, escenificaciones o vídeos que les ayudará a tal fin?
- ¿Qué material auxiliar les repartiré?
- ¿Qué diapositivas/transparencias me ayudarán a fijar conceptos?

Algunos profesores, para mitigar su ansiedad, preparan una gran cantidad de material para repartir que, por lo general, no llega a entrar nunca en contacto con el córtex del cerebro. También preparan muchas transparencias que no van a tener tiempo de usar. Ello genera cierta frustración en los discentes, máxime si el profesor, de forma imprudente, comenta: «es una lástima que no tengamos más tiempo porque ahora precisamente venía un ejercicio muy interesante». Otras normas del Grupo C&S las resumimos en la tabla 7.7.

No puede dar de beber al sediento con una manguera de la que broten 20 litros de sabiduría por segundo, porque el pobre discente se atragantará y apenas podrá probar unas pocas gotas de su elixir. Esto es lo que ocurre con el profesor ansioso, hiperresponsable y que *desea a toda costa quedar bien* ante los alumnos (lo que en verdad es encomiable, pero fútil). Ajuste el esfuerzo a los objetivos, y siempre considerando si estos objetivos se adaptan a las necesidades de los discentes. Valen más dos o tres buenos ejercicios con amplia participación, que 40 sesudas diapositivas.

En cuanto al material que reparta, hoy día tenemos herramientas informáticas que de manera muy sencilla nos permiten pasar los contenidos de las diapositivas a formato texto, listo para entregar como material para el alumno. Las diapositivas como máximo deben tener de 10 a 15 líneas de texto, con un contraste de colores y un cuerpo de letra apto para miopes.

Por consiguiente, una buena sesión requiere:

Tabla 7.7.**Normas para no generar frustración en los discentes**

-
- Todo lo que se anuncia como contenidos de la sesión deberá ser abordado. Por consiguiente sea realista con el tiempo disponible.
 - Evite hacer una propaganda de la sesión que levante muchas expectativas, o que le presenten a usted levantando expectativas: «veréis lo bien que os lo pasaréis...»
 - Nunca diga: «como os habrán explicado en las sesiones anteriores»...
 - Nunca diga: «es una lástima no disponer de más tiempo para...».
 - Nunca diga: «siento no haber podido traer una cinta de vídeo, porque allí se ve muy claro esto que hablamos...», o bien «siento no haberme podido preparar mejor la sesión de hoy pues ha ocurrido que...»
 - Si falla el vídeo o la televisión, no se lamente, ni transmita la sensación de que el curso perderá calidad. Continúe como si tal cosa con el resto de la guía de sesión.
 - Procure no retirar la palabra a alguien por el hecho de que habla mucho. Reparta las palabras de manera inteligente.
 - ¿El grupo quiere participar mucho? No se engañe, también quiere avanzar. ¡Mantenga la dinámica de la clase!
-

- Guía de sesión, cuyo resumen final será de una sola hoja, a consultar de un vistazo.
- Diapositivas/transparencias para fijar conceptos clave.
- Material para el alumno: las mismas diapositivas comentadas, algún artículo de ampliación teórica.
- Grabaciones en vídeo demostrativas.
- Material para escenificaciones: hoja para el voluntario que hace de paciente o familiar, hoja para el que hace de profesional, hoja de observación. Un ejemplo lo mostramos en el apéndice 2.

A todo ello puede adjuntarse, además, el manual del profesor, donde se detalla cómo desarrollar el tema, cuáles son las dificultades y las reacciones de los discentes, aspectos teóricos, etc.

Aportar feedback

Pendleton (1987) fue una de las primeras personas que puso de relieve la importancia de dar un *feedback* de calidad. Una de las normas que recomendaba era no decir lo que a uno le parecía mal, sino cómo se podía mejorar una determinada intervención. El consejo continúa siendo válido. RM Frankel, 1993, insistió en la necesidad de crear entornos amigables, donde el discente considere seguro mostrarse tal como es. Marañón ya decía que «sólo si puedo mostrarme como soy sabrás todo lo que valgo». Por esto resulta importante proteger al grupo de sí mismo. Con frecuencia aparecen intervenciones de un discente que pueden herir a otro. El profesor debe reconducirlas de inmediato, y proteger a las personas que se atreven a preguntar u opinar. Crear un clima cómodo pasa por valorar cada aportación en lo que tenga de positivo, dejando que sea el participante que ha realizado la escenificación quien opine en primer lugar. Por ejemplo, dirigiéndose al participante que ha hecho de entrevistador: «¿cómo te has sentido?, ¿crees que has sido eficaz?, ¿cuáles cosas harías diferente?». Y después hacia el participante que ha hecho de paciente: «¿cómo te has sentido?, ¿crees que has podido expresar todo lo que llevabas preparado?», etc. Sólo después invitaremos a las otras personas a que hagan aportaciones: «sobre todo os ruego que no pongáis de relieve lo que os ha disgustado, sino en cómo podríamos mejorar esta entrevista».

Estas normas son siempre de uso generalizado, sea cual sea el formato final de nuestras propuestas docentes.

Otras estrategias didácticas

Estudiaremos brevemente: el modelo de Lipkin, los grupos Balint y Microbalint, y el Problem Based Interview (PBI). Esta última es la única estrategia que tiene estudios de campo que objetivan su impacto en la conducta de los profesionales (Goldberg D, 1983; Gask L, 1993), aunque ello no resta interés a las otras.

El llamado en EE.UU. «modelo de Lipkin» (Lipkin M jr., 1995) traduce muy bien los valores de autorresponsabilidad de la sociedad americana. De forma parcelar puede verse su influencia en muchos *workshops* internacionales, donde el profesor es facilitador grupal, pero se abstiene de conducir al grupo de manera más o menos directiva. Ello provoca que el peso de lo que se aprende o no se aprende caiga sobre el grupo de discentes. El mensaje es claro: «usted tiene capacidades para aplicar estas habilidades, ahora le brindamos la oportunidad de que en efecto lo haga. Aproveche el tiempo como desee». En el modelo de Lipkin el discente participa en cuatro tipos de actividades:

- Sesiones didácticas, donde un experto proporciona información al grupo. Es la única actividad en que hay expertos que dirigen los contenidos.

- *Habilidades de entrevista*, que se exploran en pequeños grupos a partir, por lo general, de las inquietudes que el mismo grupo expresa.
- *Grupos de reflexión y autoconocimiento*. En ellos se exploran las relaciones significativas de los participantes, su familia de origen, los sentimientos que experimentan durante el curso, otros cursos similares o en entrevistas que recuerdan, etc. El facilitador lleva al plano de la consciencia los elementos de tipo emocional que están implícitos, y las reacciones psicológicas que pulsan por detrás de las situaciones que los participantes describen.
- *Grupos de proyecto*. De nuevo los participantes se mezclan entre ellos para formar subgrupos orientados a profundizar en temas más específicos y de su interés: problemas del final de la vida, los familiares con mucha ansiedad, alcoholismo, somatizaciones, etc.

Este tipo de oferta formativa se desarrolla en formatos de dos días y medio o cinco días, y se dirigen a profesionales clínicos y a formadores en entrevista clínica. La pasividad del facilitador suele irritar a las personas muy resolutivas, o muy orientadas a las tareas, lo que por supuesto genera una reflexión que aún puede irritar más a este perfil de personas (hasta el punto de abandonar el seminario), o logra lo que los budistas llamarían, *pacificar la mente*, abrirse a lo que el grupo pueda enseñar. Es una metodología que, sin términos medios, lleva a la irritación o al entusiasmo del discente.

Los grupos Balint, Microbalint y también los llamados grupos de reflexión tienen como común denominador un marco psicoanalítico, centrándose en las *emociones que surgen en la relación asistencial* (*transferencia* del paciente al profesional, y viceversa, sentimientos *contratransferenciales* del profesional hacia el paciente), con el propósito de *cambiar actitudes* del profesional. Suelen ser grupos inferiores a 15 personas, multidisciplinares, que piden un mínimo compromiso de presencia durante un período determinado que suele ser un año (pues las deserciones perjudican su desarrollo), y que recogen las mismas relaciones o emociones que surgen en el desarrollo de las sesiones como material de análisis. El tema que se debate lo aporta alguno de los participantes a partir de su experiencia clínica, y deben ser casos reales vividos recientemente, casos que hayan suscitado algún tipo de ansiedad, duda o confrontación. Abarcan desde el paciente hiperfrecuentador, ansioso, deprimido, suicida, etc., hasta situaciones clínicas: paciente con cáncer, SIDA, somatizador, etc.

En este tipo de grupos el conductor tiene un papel *aparentemente pasivo*, pero en un determinado momento puede «devolver» al grupo lo que ha ido elaborando. En los grupos de reflexión y Microbalint un conductor más activo suele reconducir al grupo para que analice lo que es factible o no de hacer, focalizar y definir el conflicto, las emociones que surgen del grupo, cuáles son las posibilidades del profesional, y también señalar cómo el resto del grupo ayuda, o no, al profesional que expone el caso, entre otras tareas. A nuestro entender es una oferta formativa útil, a condición de que el participante entienda que no va a aprender técnicas concretas de comunicación, sino acerca de sus propios sentimientos en el desarrollo del acto asistencial. La dinámica suele ser lenta, lo que supone un reto para los tiempos que vivimos. Los profesionales que *se enganchan* deben evitar el sesgo de «balintizar» a los pacientes, buscando aspectos psicológicos y olvidando los biológicos (Aseguinolaza L, 2000). También deben evitar el «paradigma Balint», consistente en pensar que tras la verbalización de un conflicto soterrado, el paciente mejorará o cambiará su frecuentación o perfil de demandas. Eso, por desgracia, ocurre pocas veces, o las mejoras son episódicas. El *paradigma del conflicto* nace con las curaciones casi milagrosas logradas con técnicas hipnóticas (recordemos a Charcot y sus pacientes conversivos), pero es un paradigma de pobres resultados cuando se aplica a la clínica diaria.

El Problem Based Interview (PBI) consiste en un grupo multidisciplinar, estable, donde se permite entrar y salir del grupo (aunque ello perjudica su desarrollo), sin límite en su duración (aunque suelen acordarse unos plazos alrededor de seis meses a un año). Todos sus miembros asumen la responsabilidad de aportar entrevistas propias grabadas en vídeo; un conductor-facilitador tiene el mando del reproductor del vídeo, e irá deteniendo la grabación cuando algún miembro del grupo así lo solicite. Normalmente, las escenas que se visualizan tienen unos 15 segundos de duración, y suscitan múltiples comentarios: ¿qué parece desear el paciente?, ¿cuál es su tono emocional?, ¿cómo reacciona el profesional?, etc. El clínico que aporta la cinta tiene prioridad a la hora de opinar o explicar qué sentía o la razón de su conducta. El facilitador debe, en todo momento, estar alerta para que el grupo avance en el análisis de las emociones y aspectos de comunicación que surgen, pues los comentarios excesivamente teóricos ayudan poco. Lo que interesa en el PBI es que los profesionales aprendan a detectar las *oportunidades de empatía* y las claves de comunicación que pueden *abrirles el mundo interior del paciente*.

Uno de los aspectos mal solucionados del PBI es que el análisis de una sola entrevista puede durar horas, y se pierde la visión de contexto. El árbol puede esconder el bosque. En realidad, nació para que el clínico aprendiera a sensibilizarse ante los sentimientos del paciente, pero es más dudoso que ayude a mejorar la estrategia global de la entrevista. Por consiguiente, debe evitarse también una focalización psicológica, en detrimento de lo biológico.

El método de visualización global ha sido diseñado precisamente para complementar la metodología PBI. En este caso interesa precisamente la globalidad de la entrevista en el doble eje «emotivo-racional». El lector encontrará el método desarrollado en el capítulo 6.

Dinámica del grupo que aprende

Los grupos orientados al aprendizaje saben que convivirán unas horas y que bastantes de las personas no volverán a reencontrarse en años. Ello condiciona varias características peculiares:

- Por un lado, nos da un factor inicial de **inhibición interna del grupo** alto. La gente tiene miedo a hacer el ridículo, a decir cosas fuera de tono, o a ser impugnados, porque los demás pueden *prejujarse* de una determinada manera, y no tener tiempo para compensar el estereotipo que le pueden colgar.
- Por otro lado, la *dinámica afectiva* (emocional) del grupo, tanto en relación a la atención como en relación al buen humor y aprecio que se puedan crear, están muy ligados al estilo del profesor, al clima que éste marca desde el mismo inicio de la sesión. Se da un *efecto eco*: la forma como se siente el profesor en el grupo, se transmite al conjunto del grupo. Un profesor inseguro transmite tensión al grupo, incluso habrá gente que tendrá el impulso de atacarlo. Un profesor muy formal elevará el factor de inhibición interno, porque la gente tendrá miedo a ser juzgada severamente por él. En cambio, un profesor que sepa transmitir familiaridad pondrá a la audiencia en un tono agradable, propicio para la participación.
- Cuando hay participación casi siempre hay aprendizaje y, por consiguiente, es más fácil lograr una satisfacción final alta.
- Finalmente, en cada momento se establece una ecuación entre lo que estoy aprendiendo y el tiempo que llevo invertido. Esta ecuación es diferente para los componentes del grupo, de manera que si una persona en concreto está en números rojos (eso es: el coste de su tiempo está por encima de los beneficios que obtiene), pero no hay quien le secunde, el impacto sobre la satisfacción global del grupo será escasa.

Saber llevar un grupo pequeño requiere años de práctica docente. El buen profesor se adelanta a las reacciones de sus discentes y adivina qué cosas les gustarán o no de la guía docente que tiene o quiere desarrollar. En el apéndice 3 resumimos la guía para la conducción de grupos pequeños, del Grupo Comunicación & Salud.

Un último consejo: si después de haber preparado usted con todo cariño un ejercicio determinado, y ya con sus alumnos delante no «visualiza» que este ejercicio pueda funcionar en aquel momento, *déjese guiar por su instinto*. La guía de sesión la hemos pensado sin los alumnos delante, pero otra cosa es cuando estamos en situación. Lo que puede valer para un profesor puede ser incorrecto para otro, y lo primero es que usted se note cómodo. Su instinto puede que esté más libre de prejuicios que su guía de sesión. Así de sencillo.

Participación del grupo: ejercicios de 3 × 3

Una de las técnicas que recomendamos para lograr una participación generalizada del grupo es la que hemos llamado «ejercicios de 3 × 3». Consiste en que el grupo se distribuye en subgrupos de tres personas, una de las cuales asume el rol de profesional, otro el rol de paciente y un tercero de observador. En cada ejercicio estos roles van cambiando, de manera que al cabo de tres ejercicios todo el mundo ha experimentado los tres papeles. En una sesión formativa de cuatro horas podemos realizar una media de unos seis ejercicios, es decir, dos ruedas.

Preparación de los materiales: el profesor prepara para el tema que desarrolla (véase apéndice 2):

- El papel que debe desempeñar el paciente.
- El papel del observador
- El papel del profesional.

Metodología: solicitamos a todos los participantes que hagan grupos de tres personas. A continuación explicamos el propósito del ejercicio (p. ej., «este ejercicio es para desarrollar habilidades de empatía»), y en qué consiste («uno de vosotros hará de profesional, el otro de paciente, y el tercero observará y tomará apuntes»). Es interesante que antes de este ejercicio hayan visto una grabación en vídeo que muestre las habilidades de comunicación que se les solicita. Esto aumenta el control de la situación y les relaja. También contribuye a ello el hecho de que se examine en grupo la hoja de observación, y las habilidades concretas que se analizarán. Todos los participantes deben conocer, antes de realizar el ejercicio, el tipo de *feedback* posterior que realizará el observador.

A continuación el profesor reúne fuera del aula a todos los participantes que tienen el papel de pacientes, y repasa con ellos la manera en que deben presentarse; también ensaya el tono emocional y la manera de introducir los retos de comunicación. Esta parte no debe ocupar más allá de algunos minutos.

El profesor regresa al aula y comenta con todos los discentes reunidos las tareas que se esperan del entrevistador, e incluso las escenifica por si hay alguna duda. No olvide que no se trata de un examen, todo lo contrario. Deseamos que el discente haga el ejercicio lo mejor posible. A continuación se asigna un tiempo y se inicia de manera simultánea la interacción.

Desarrollo: durante el ejercicio el profesor debe tratar de captar lo más relevante de las entrevistas que se producen. Llevará a tal efecto una libreta y atenderá al desarrollo de la entrevista no más allá de un minuto por subgrupo. Si hay algún hecho relevante no dudará en dar un *feedback* inmediato.

Comentarios posteriores y escenificación central: acabada la parte de escenificación el profesor solicitará a los observadores que rellenen el impreso que tienen (véase apéndice 2) y den *feedback* al entrevistador. Finalmente pondrá en común, junto a sus propias notas, las dificultades y los aciertos que se han producido. Esta parte es muy importante, porque es la síntesis grupal y lo que va a quedar en el imaginario colectivo como avance conceptual. Eventualmente (sólo si tiene un valor añadido para el grupo), puede escoger a alguna de las parejas clínico-paciente –por lo general una que haya realizado el ejercicio muy bien– y solicitarles que reproduzcan la entrevista para todos los participantes.

Algunos síndromes disfuncionales del profesor

Ser profesor nos expone al juicio de nuestros congéneres. Por ello moviliza a la par nuestro pudor y nuestro «ego», aflorando algunos rasgos característicos:

Profesores acobardados

Falta de confianza en sí mismos: «¿qué les voy a explicar si saben más que yo?» Aunque sea verdad, usted siempre puede crear participación. No olvide el modelo anglosajón de autoaprendizaje del grupo.

Consejos: visualice al grupo como amigo. Hable con la gente antes de empezar la sesión, y trate de que sea casi una transición de la charla que mantenía. Para hacer una buena sesión tiene que dejarle de importar la valoración que hagan los alumnos de usted y de su aspecto físico: así podrá *entregarse* a la clase.

No nos salen las palabras, estamos adormecidos

Muchas veces son los mismos nervios que nos agarrotan.

Consejos: cuente una anécdota sobre lo que está explicando. Trate de apasionarse por lo que cuenta. Deje de prestar atención a su pereza y entréguese a los contenidos de la charla.

Pensamos: «no estamos convenciendo a la audiencia».

Puede que sea usted muy hipersensible. Si usted se cree que «no convence» seguro que no convencerá. Muchas veces estas impresiones se basan en una o dos personas que bostezan o hablan entre ellas, y no tienen mayor trascendencia. El conjunto de la gente sí recibe bien la clase.

Consejos: no se haga caso, continúe como si todo el mundo atendiera. Deje de mirar a las personas que no atienden y preste una atención preferente con los que sí atienden. No olvide el aforismo: «los mejores profesores tienen un poco de caraduras».

Tenemos tendencia a encallarnos en un tema o irnos por las ramas.

Anécdotas que no vienen al caso

Es un rasgo de inseguridad. La anécdota en cuestión nos gusta y nos complace referirla. Pero alargarse con ella puede romper la dinámica de la guía de sesión.

Consejo: tenga preparadas las transiciones de un tema a otro. Controle el tiempo.

Mucho «ego». Nos escuchamos mientras hablamos

Está pendiente de su aspecto mientras habla. Visualiza su imagen, lo que los discentes pueden ver de usted, o cómo cree que le ven. Cuando esto pasa las personas suelen adoptar un tono de voz engolado.

Consejo: olvídense de usted y de su imagen. Apasiónese por lo que dice hasta el punto de olvidarse de sí mismo.

Incapacidad para captar como está el grupo (p. ej., excitado, inhibido, disperso, hipercrítico)

Usted va a la suya y se ha propuesto dar un temario sea como sea. Pero los alumnos pueden estar agotados, pueden venir de una guardia, o que lleven varias horas de clase... en fin, la vida siempre tiene algo de imperfección.

Consejo: comparta sus impresiones con ellos: «¿estáis cansados?», «¿otro descanso de cinco minutos?», etc.

El enfoque centrado en el discente. Grabación de entrevistas

Un reflejo derivado del modelo centrado en el paciente ha sido el modelo *centrado en el discente*. Al igual que el anterior, pretende dar al discente lo que éste necesita, no unos contenidos prefijados y estándares, como en realidad ocurre con la oferta de un taller o curso. La metodología centrada en el discente es compatible con las ofertas de tipo estándar, que tienen por ventaja poner a todo el mundo en un mismo raso. Uno de los aspectos que creemos que funcionan mejor es la grabación de entrevistas y posterior comentario con un experto. En este caso, se procede de la siguiente manera:

- Se invita a los residentes (pero también puede participar cualquier profesional de la salud que así lo deseara), a que aporten una cinta virgen. Esta cinta, se les dice, va a quedar en su poder en todo momento.
- En el día marcado, se instala en su despacho una cámara que no se disimula, visible para paciente y profesional. Es muy importante la fuente de sonido: un micrófono externo a la cámara de vídeo, de tipo direccional, y que se instalará encima mismo de la mesa del profesional.
- Enseñamos al profesional a manipular el mando a distancia para que sea él mismo quien active la grabación. La luz roja asegura que en efecto el aparato esté grabando, lo que evita errores de manipulado.
- El paciente es advertido de la grabación, se le pide permiso (y el permiso queda grabado en vídeo). Si no lo da, se detiene de inmediato la videograbación e incluso se tapa la cámara con una tela.
- Cuando se acaba la cinta se retira la videocámara y se le da la cinta al profesional.

El día señalado se procede al análisis de la cinta. Lo hacemos normalmente en grupos de dos personas más el experto, siendo la segunda persona que acompaña al profesional grabado en vídeo otro residente o amigo/a que, por afinidad personal, desea compartir la experiencia. El discente habrá visualizado la cinta y escogerá aquellos fragmentos sobre los que desee comentarios o aportaciones. Otras veces preferimos seleccionar al azar una entrevista. Ambas opciones tienen ventajas y desventajas.

Para proporcionar un *feedback* completo puede basarse en las tablas 6.6, 6.7 o 6.10 (GATHA-RES).

Entrevista clínica e investigación

Breve repaso histórico

Los trabajos de campo más iniciales en entrevista clínica surgen en EE.UU., en 1930, con audiograbaciones (Deutch y Murphy), y en Países Bajos 20 años después (NIVEL, 1950, filmación de entrevistas en consultas de medicina de familia; Bensing JM, 1998). Estos trabajos pioneros no tienen continuidad hasta 1976, cuando Byrne y Long, usando audiograbaciones, publican su famoso *Doctors Talking to Patients*. Este libro marca un cambio

cualitativo en el mundo anglosajón, pues propone varias ideas que tendrán un desarrollo posterior: el concepto de entrevista centrada en el médico o en el paciente, distinguir entre la fase exploratoria y resolutoria de la entrevista, y una manera de codificar las interacciones para su estudio. De manera simultánea, ya en 1950 se había desarrollado un instrumento para codificar entrevistas (Bales, 1950), que resultaba en exceso complicado, y que más tarde modificaría Roter (1989); su mayor simplicidad haría que fuese adoptado por muchos investigadores. Es curioso constatar que ya en aquellos años Roter demostró que preparando al paciente para que tomara un papel más activo en la entrevista se lograban mejores resultados en salud (Roter DL, 1977). Este concepto, que más tarde se conocería como **paciente activado**, vuelve a ser objeto de estudio en la década siguiente, para diversas enfermedades crónicas, con parecidos resultados (Kaplan SH, 1989).

Durante la década de los ochenta y noventa se observa un gran esfuerzo por validar instrumentos de codificación, tanto en lo que respecta a la entrevista en su globalidad (ACIR, MAAS, GATHA), como a los aspectos verbales (Stiles) y no verbales (Facial Action Coding System, Eckman, 1978, 1982). Algunos estudios ponen el acento en la importancia del paralenguaje (Scherer KR, 1982).

Por consiguiente, se consolidaron tres líneas importantes: a) los efectos sobre la salud y la satisfacción de determinadas conductas del profesional, trabajos que originan, a su vez,...; b) el desarrollo de instrumentos validados, los cuales, además, apoyan..., y c) el desarrollo y validación de nuevos enfoques en las propuestas formativas.

En relación a este último aspecto los primeros esfuerzos se realizan en el pregrado, y dan unos resultados inicialmente paradójicos. Por un lado, parece que los estudiantes empeoran su empatía a medida que avanzan en su desarrollo curricular, aunque se muestran sensibles a las propuestas didácticas, y mejoran con ellas. Por ejemplo, Maguire GP en 1986, demostró que estas mejoras persistían incluso cinco años después del período de entrenamiento. Hundert, en 1996, advierte de los efectos del «currículum inaparente», es decir, de los valores éticos que de manera sutil el estudiante adquiere de los clínicos en ejercicio, y que tanto le influyen en esta pérdida de empatía. En el posgrado, Roter y Hall (1991) demostraron que un médico que integra habilidades de comunicación disminuye el distrés emocional de los pacientes, pero el efecto final en términos de salud es más controvertido. El estudio Concord, realizado en España con residentes de medicina de familia en su tercer año, no logró demostrar diferencias entre un método interactivo de enseñanza de habilidades y un método centrado en el discente (*learned centered*). A lo largo de su residencia el residente aprendía sobre todo a cerrar las entrevistas de manera más rápida, aún a costa de no explorar aspectos psicosociales (Ruiz R, 2002).

La bibliografía más reciente, que analizamos en detalle más adelante, dedica un gran esfuerzo a valorar la bondad de las estrategias centradas en el paciente y en el discente. Los resultados, como veremos, son contradictorios, como también lo son los esfuerzos para delimitar estilos en la manera de proceder el profesional.

Áreas de investigación y tipos de estudio

En la tabla 7.8 sistematizamos las áreas en que pueden desarrollarse trabajos de campo. Estos estudios, a su vez, pueden ser (figura 7.5): a) observacionales, y b) experimentales.

En los estudios observacionales el investigador no realiza una intervención concreta, y las personas entran en el estudio por tener un atributo (formar parte de una comunidad, tener una enfermedad, etc.). En comunicación son estudios que establecen, por ejemplo, hasta qué punto los profesionales realizan de manera natural determinadas técnicas, o el tiempo que dejamos hablar a los pacientes sin interrupciones (por cierto, son 18 segundos, según Beckman HB, 1985), cómo interpretan los pacientes determinados términos médicos

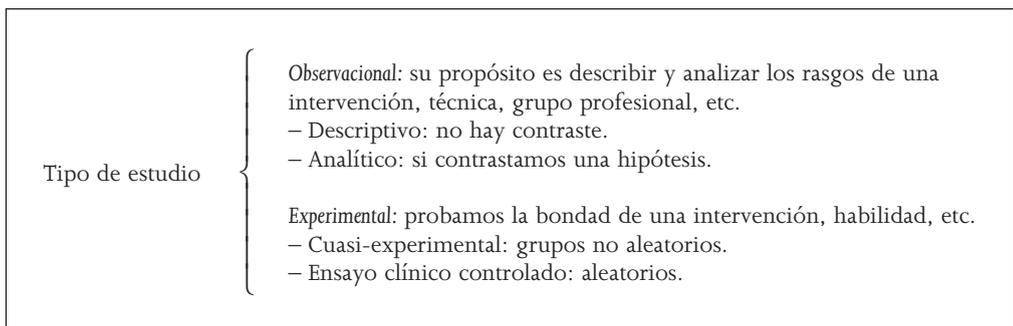
Tabla 7.8.**Áreas de investigación en entrevista clínica y relación asistencial
(algunas de las preguntas que tratamos de responder con trabajos de campo)**

-
- Sobre el paciente: ¿qué fuentes de información le influyen?, ¿cómo percibe la relación?, ¿y la satisfacción?, ¿hay preferencias de género?, ¿podemos acercarnos a la calidad del acto clínico basándonos en las percepciones del paciente?
 - Sobre el profesional: ¿influye su conducta, estilo o personalidad en los resultados de salud que obtiene?, ¿y en su perfil de entrevistador?
 - Sobre el proceso asistencial y la relación establecida: ¿tiene relación la calidad de la historia clínica con la calidad de la entrevista?, ¿y con la calidad de los resultados?
 - Sobre la institución que alberga los actos asistenciales: ¿tiene relación el ambiente laboral con la calidad de las entrevistas?, ¿y la presión asistencial?
-

potencialmente ofensivos (Stone J, 2002), la presencia de una técnica informativa y el control metabólico de la glucemia (Schillinger D, 2003), el perfil sociopsicológico de los pacientes hiperfrecuentadores (Dowrik CF, 2000; Bellón JA, 2002), o la expresividad facial de los ancianos con síndrome depresivo (Bosch JM, 1993).

Los *observacionales analíticos* se caracterizan por contrastar una hipótesis; el grupo de pacientes queda dividido en aquellos que reciben la influencia de una variable y los que no, pero esta variable existe independientemente de la voluntad del investigador, es decir, no se trata de una intervención del investigador. Ejemplos serían: presencia de acuerdo (o desacuerdo) entre médico y paciente y resultado en salud (Starfield B, 1981), o en clínica pediátrica grado de apoyo que los profesionales clínicos dan a los padres, y resultados en términos de salud que se obtiene (Wasserman RC, 1984).

En el *ensayo clínico controlado a doble ciego* los participantes son asignados aleatoriamente al grupo intervención o grupo control, y tanto el profesional que efectúa la intervención como el profesional que recoge los datos ignoran a qué grupo está asignado cada paciente en concreto. Estos estudios tienen mayor complejidad metodológica, aunque no forzosa-mente exigen más dedicación. Sería de este tipo la asignación aleatoria de estudiantes a una técnica docente para mejorar sus hábitos de comunicación, y otro grupo al que se le brinda una técnica docente clásica, para comparar posteriormente sus habilidades como

**Figura 7.5.**

Tipos de estudios en entrevista clínica

entrevistadores, ignorando cuál de los dos tipos de formación han seguido en el momento de evaluarlos (Rutter DR, 1976). Una idea de la dificultad de estos trabajos nos la da el hecho de que sólo el 1,4 % de los estudios recogidos en el MEDLINE sobre la temática que nos ocupa eran de este tipo (Bellón A, 2000, 2001).

En los *cuasi-experimentales* un grupo recibe la influencia de una intervención externa sin que los pacientes se asignen aleatoriamente, mientras que el grupo control no recibe dicha intervención. Si comparáramos la satisfacción y resultados en salud de una población donde aplicamos una determinada técnica informativa, en relación al resto de la misma población que no recibe esta técnica, estaríamos ante un diseño de este tipo.

Bellón (2000) encontró entre 1995-2000, 6.766 artículos en MEDLINE, 42 en el Índice Médico Español (0,046 % del total indexado) y 34 resúmenes a congresos semFYC (1,47 % del total). Entre los temas más estudiados se hallaron la información-educación a pacientes, el estrés profesional y la entrevista psicológica, y entre los menos estudiados, pacientes difíciles y agresivos, negociación y acompañantes. La proporción de artículos originales en MEDLINE fue del 70 %, mientras que en el de lengua española (IME) fue del 37 %. Si atendemos a los trabajos de revisión fueron del 11 y del 44 %, respectivamente. En otras palabras: tenemos que incrementar los estudios de campo si queremos colocarnos en una pauta más internacional.

Si analizamos los contenidos de los artículos los podemos agrupar en los conceptos de la tabla 7.9.

En un seminario del grupo comunicación y salud (Martínez-Cañavate T, Bellón J, 2001) los participantes sugirieron las siguientes áreas a las que deberían dedicarse esfuerzos de investigación (mantenemos, casi sin modificar, las palabras con que fueron formuladas):

- De qué depende el tiempo que dedicamos a nuestros pacientes en la consulta?
- Investigar la vivencia que tiene el paciente sobre la calidad de la relación (comunicación) con su médico y compararla con la vivencia del profesional.
- Investigar las posibles situaciones que empeoran significativamente la relación (desde el punto de vista del paciente).
- Motivo de consulta repetido, múltiples estrategias fracasadas, ¿qué hacer?
- Importancia de la proxémica, opinión del paciente.
- Intercambio de información escrita: valoración entre niveles asistenciales y propuestas de mejora.
- ¿Cómo influye el estado anímico del profesional en el tipo de entrevista?
- ¿Qué efectos tienen sobre los pacientes las interrupciones de las consultas?
- ¿Si se negocia el tratamiento son más cumplidores los pacientes?
- ¿Miente el paciente al médico?
- Comparación de satisfacción del usuario y estilo del entrevistador.
- Comparación de satisfacción del profesional (*burntout*) y estilo de entrevistador.
- Comunicación centrada en el paciente: ¿realmente qué hay detrás de este concepto que pueda tener una traducción práctica? ¿los médicos que creen aplicar este modelo tienen una praxis diferente del resto de «buenos» médicos? ¿Gusta a los pacientes? ¿Ahorran? ¿Ganan en adherencia?
- Eficacia y eficiencia de la entrevista motivacional.
- Competencia emocional del profesional de la salud.
- ¿Tiene alguna relación el interés de algunos sanitarios sobre el tema de comunicación y su propia dificultad para comunicarse?
- La comunicación no verbal en el paciente terminal y cómo influye en la tolerancia al dolor.

Tabla 7.9.**Contenidos más habituales de los trabajos de investigación en entrevista clínica y relación asistencial****Estudios de validación:**

- Métodos de codificación para describir o cualificar la actividad verbal y/o no verbal.
- El paciente (real o simulado) como juez de la calidad relacional y técnica.

Estudios observacionales:

- ¿Están satisfechos los pacientes?, ¿bien informados?, ¿por quién?
- El razonamiento del clínico: cómo se produce, qué lo favorece o dificulta.
- Calidad de la historia clínica: ¿hasta qué punto responde a la realidad de lo que el paciente trae a la consulta?
- Comprensión del paciente de la información recibida.
- Impacto de los Sistemas de Salud (presión asistencial, tiempo asignado a la visita, sistemas de pago, etc.) sobre la relación asistencial.
- Factores relacionados con el estrés profesional, calidad de vida profesional y burnout.
- Pacientes y profesionales difíciles: quiénes son, qué los caracteriza.

Estudios observacionales analíticos:

- Evaluación de habilidades concretas del profesional y su impacto sobre resultados (satisfacción, cumplimiento, morbimortalidad, parámetros biológicos o psicológicos).
- Evaluación del estilo del profesional y resultado en salud (p. ej., estilo centrado en el paciente).
- Impacto de la informática sobre la relación asistencial.

Estudios experimentales:

- Paciente activado (entrenado para preguntar) y resultados en salud.
- Efectividad de determinadas propuestas docentes curriculares o de técnicas docentes concretas sobre los hábitos del profesional, o los resultados en salud.
- Efectividad de una técnica comunicacional concreta sobre resultados en salud.

- El uso «manipulador» de los buenos comunicadores.
- Malas noticias: la familia en nuestra cultura ¿no es totalmente diferente a la de los pacientes de Buckmann?
- Somatizadores: ¿la «escuchoterapia» cura o produce hiperfrecuentación?
- ¿Cómo investigamos abusos sexuales?
- Adolescentes: ¿son sinceras sus respuestas?
- Empatía... ¿es corriente?, ¿cómo y cuándo se produce?

Hay que decir que algunos de estos temas se han investigado, y otros están en vías de investigación en nuestro propio país. Pero, sin lugar a dudas, es una alentadora «lluvia de ideas».

Métodos e instrumentos para el estudio de la entrevista clínica y la relación asistencial

Los estudios realizados con *metodología cualitativa* se basan, en general, en grupos de personas seleccionadas por su representatividad, a las que se pide que opinen sobre determina-

dos aspectos de la relación asistencial. El objetivo suele ser averiguar el estado de opinión, el estado subjetivo o las creencias que se albergan en un determinado grupo de personas en relación al tema en estudio. El formato de preguntas oscila desde cuestiones muy generales, por ejemplo: «¿cuáles son los aspectos que usted valora en una enfermera?», hasta cuestiones más concretas: «¿le merece confianza la información que suministran en las oficinas de farmacia sobre... (fármacos, dietas para la obesidad u otro tema objeto de la investigación)?»

Las sesiones son grabadas en vídeo o sólo con sonido y las respuestas se codifican y analizan conforme a un abanico de posibilidades que previamente se han determinado. Toda vez que trabajamos sobre datos textuales (frases y textos verbales), que se pueden acompañar de datos «no verbales» (expresiones faciales o de paralenguaje), deberemos definir con precisión cada una de ellas, y construir un marco teórico previo. Este marco de conceptos previos resulta clave para interpretar el material. En general, este marco teórico debe reexaminarse antes de iniciar la explotación de los datos, para perfeccionarlo y asegurar una mejor validez de constructo. Posteriormente, y simplificando al máximo, se clasifican las frases por categorías que serían a modo de carpetas donde se distribuye la información, y que luego permiten hablar del contenido del discurso. Los datos textuales también pueden ser analizados con métodos «cuantitativos» (es frecuente hacerlo), e incluso hay programas estadísticos complejos que cuantifican el número de veces que se hace alusión a algún tema. Este tipo de estudios adquieren todo su valor no tanto para hablar de porcentajes de personas que piensan tal o cual cosa, sino para detectar el espectro de creencias, actitudes o conductas que existen. Un estudio muy representativo de esta metodología, sobre el proceso de socialización de los médicos residentes, y con un anexo que detalla ampliamente la metodología utilizada, puede encontrarse en Sánchez-Candamio (2002). También se han realizado estudios cualitativos con entrevistas grabadas en vídeo. En estos casos, se procede de manera similar: se codifican los diálogos y se analizan conforme a una matriz. Suchmann (1997), por ejemplo, define el concepto de «oportunidades para la empatía» y cómo estas oportunidades son aprovechadas o rechazadas por el profesional.

Los métodos cuantitativos se basan en instrumentos que codifican los diálogos según conductas observadas o percepciones del observador. Entre las primeras tenemos el Roter Interaccional System (Roter Dol, 1989) o el Stiles' Verbal Response Modes (Stiles WB, 1978), que codifica las unidades semánticas verbales y no verbales. Entre las segundas, el GATHA, el MAAS, el Calgary y otros ya analizados en el capítulo precedente. Estos últimos son instrumentos más viables, aunque una entrevista puede tardar un mínimo de dos horas en ser codificada por un profesional bien entrenado.

Las entrevistas, hoy día, deben ser grabadas en vídeo con permiso del paciente y del profesional. Pueden usarse entrevistas en la consulta real del profesional, o efectuadas en un ambiente de laboratorio, con pacientes simulados o estandarizados, e incluso en ambiente real pero con falsos pacientes. El primer trabajo que se realizó en entorno de consulta real con metodología de falsos pacientes en España (Borrell F, 1990; Suñol R, 1992) estableció un bajo cumplimiento de las tareas más básicas de *entrevista semiológica* en las consultas normales de médicos de familia. Posteriormente, se ha analizado con esta metodología el efecto de los *retos emocionales* en el *resultado de la entrevista* (Prados JA, 1996) y la *calidad de procesos* concretos (Barragán N, 2000). Este tipo de estudios tienen el interés de acercarnos a lo que de verdad sucede en la consulta del profesional. Debe solicitarse con antelación su permiso por escrito (explicando de manera pormenorizada los objetivos y metodología del trabajo), y se entrena a actores para efectuar un papel de paciente estandarizado, eso es, los mismos tipos de reto y unidades básicas de información para todos los profesionales entrevistados. Estos actores (falsos pacientes) se confunden con el resto

de pacientes de la sala de espera, en un día y hora que el profesional ignora, y graban en audio la interacción. Posteriormente, se recoge el historial clínico que ha usado el profesional.

Si la relación asistencial es la respuesta, ¿cuál era la pregunta?

Wagensberg (2002) propone el aforismo: «si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta?». Con ello quiere poner de relieve que una buena pregunta lleva a desenredar el ovillo de las teorías, a ver un poco más claro gracias al contenido explicativo que la misma pregunta tiene. De manera similar, si de la lista de temas que veíamos anteriormente seleccionamos: «¿cómo influye el estado anímico del profesional en el tipo de entrevista?», de inmediato podemos sospechar que no es una pregunta inocente. Quien la formula sospecha que «un mal día» puede originar una «mala entrevista». En el fondo no hay buena investigación que no parta de un modelo sospechado, un modelo que tratamos de sustentar o demostrar. Parafraseando a Wagensberg: ¿cuáles van a ser las preguntas que nos aproximarán a este fenómeno tan complejo de la relación asistencial? E incluso: ¿qué características debe tener la pregunta para llevarnos a un buen trabajo de investigación?

Constatemos, en primer lugar, que de la mayoría de preguntas que veíamos en la «lluvia de ideas» *no puede derivarse directamente un buen trabajo*. Delante nuestro tenemos en toda su riqueza de matices la relación asistencial, pero a partir de la pregunta: «¿si se negocia el tratamiento son más cumplidores los pacientes?», aún no puede derivarse un trabajo. ¿Qué se entiende por negociar? ¿Cómo diremos que tal profesional ha negociado? ¿Y si, sencillamente, ha preguntado por la *predisposición* a tomarse tales pastillas, cómo lo clasificaremos? Un trabajo de investigación debe formular una pregunta lo más concreta y medible que podamos. Pero hay más: una vez definida de manera práctica, la negociación, debemos asegurarnos de que la *respuesta a dicha pregunta no sea obvia*. El peligro de *tautología* es enorme: por ejemplo, realizar un trabajo para ver las técnicas que utilizan los mejores entrevistadores, seleccionándolos a partir de las buenas técnicas que *a priori* creemos que utilizan. A esta tautología se la llama *sesgo de contaminación de criterio*.

Se ha propuesto que el camino lógico para alcanzar cierta madurez en investigación sería progresar de los estudios observacionales a los analíticos y, finalmente, los cuasi-experimentales y ensayos a doble ciego (Bellón JA, 2000). Esta progresión tendría la virtud de conocer la realidad del tema seleccionado en una primera fase observacional, facilitar a los investigadores trabajos viables, entrenarlos en la metodología de investigación, e ir seleccionando áreas más complejas para progresar. No hay que perder de vista, sin embargo, que lo importante es tener una idea, y que ésta aporte luz sobre algún tema. Por ejemplo: ¿es eficaz el miedo para cambiar hábitos? Planteado así, posiblemente la respuesta sea muy genérica. Sin embargo, si matizamos qué tipo de miedo y en qué contexto lo vamos a introducir, puede que hagamos un descubrimiento importante. La diferencia entre un trabajo anodino y otro interesante es que el segundo responde o propone *algo que no sabíamos, no era obvio y que, además, resulta práctico*.

El paradigma «centrado en el paciente», o las dificultades de una definición

Expondremos las investigaciones de campo sobre el modelo centrado en el paciente como ejemplo de hasta qué punto la investigación en relación asistencial está en el límite de la discusión, no sólo científica, sino también ideológica y filosófica.

Anteriormente, se ha descrito el modelo centrado en el paciente. Durante dos décadas (posiblemente desde Byrne y Long [1976] pero ya antes otros autores lo habían apuntado) se ha postulado que existe un estilo centrado en el paciente simétrico a otro estilo centrado en el profesional. El primero dejaría espacio para que el paciente sitúe su agenda,

hable lo necesario, y el profesional averigüe sus expectativas y creencias, haciéndole participar en las decisiones. Desde luego, no hay dudas sobre la bondad de un estilo definido así, congruente con las corrientes que abogan por una autonomía del individuo. Pero los estudios de campo topan con una primera dificultad al definir a un profesional centrado en el paciente: ¿todas las características mencionadas son imprescindibles? Admitamos que pueda haber un consenso al respecto... bien pudiera ocurrir que un mismo profesional use estas habilidades de manera concreta para situaciones concretas, por ejemplo cuando trata con pacientes más complicados de lo habitual, y que para el resto sea más directivo (o centrado en el médico, eso es, en sus objetivos para este encuentro). También podemos poner en duda que un profesional sea estable en el tiempo y mantenga estas habilidades para la mayor parte de sus pacientes durante años. Quién sabe si puede oscilar de un estilo centrado en el paciente a otro más directivo, en función de la presión asistencial, o de factores ligados al cansancio psíquico.

Así las cosas, investigar sobre el modelo centrado en el paciente y sus beneficios en términos de resultados de salud resulta terriblemente complicado. Hay evidencias de que los médicos que trabajan más los intereses y expectativas de los pacientes logran mejor satisfacción de sus pacientes, mejores resultados en salud, costes económicos más ajustados y menos demandas legales (Steward M, 1999; Holman H, 2000). Pero cuando formamos a médicos para que sean más sensibles a esta perspectiva, logramos mejoras en conductas como preguntar por las expectativas del paciente, solicitar que clarifique sus ideas, etc., pero no resultados en términos de salud (Ruiz R, 2001; Lewin SS, 2001). En un estudio en curso, Epstein (2002) encuentra que los entrevistadores «centrados en el paciente» se diferencian sobre todo por cómo conducen la parte exploratoria de la entrevista, pero apenas en la parte resolutoria. Además, un estilo participativo por parte del médico se relaciona con un mejor control de patologías crónicas: diabetes, hipertensión, estatus funcional, y menos dolores en pacientes con dolor crónico (Kaplan SH, 1989; Greenfield S, 1985, 1988). Pero en una importante revisión Mead (2002) pone en duda que una estrategia centrada en el paciente se traduzca en un mejor resultado en términos de eficiencia económica.

¿A qué se deben estas discrepancias? ¿Puede ser necesario un trabajo más riguroso para establecer de manera definitiva quién tiene razón? Bien pudiera ocurrir que la complicación resida en los presupuestos de partida que nos hemos dado, es decir, la misma definición de «estilo centrado en el paciente». Puede que sea un concepto muy adecuado para la docencia de actitudes y técnicas, pero que, en cambio, no pueda operativizarse adecuadamente en trabajos de campo, ya sea por los motivos alegados anteriormente o porque su definición no resulta consistente de un trabajo a otro. Si es así, los estudios tendrán el sesgo de seleccionar uno u otro profesional según lo entendamos «centrado en el paciente», con resultados paradójicos. En el fondo, lo que estamos discutiendo es si hay «estilos» de consulta (y responderían que sí los investigadores filosóficamente esencialistas), o si el estilo debe definirse para cada entrevista en concreto (hipótesis que defenderían los nominalistas) (Wulff HR, 2002). La presión social en favor de que el médico adopte conductas participativas decanta la balanza a favor de los esencialistas, pero un enfoque naturalista partiría de bases más modestas: «vamos a ver en cada entrevista cómo se comporta el profesional». En resumen: algunos trabajos sobre el modelo centrado en el paciente constituyen un caso típico donde la moda se mezcla con la ideología para confirmar unas conclusiones que, forzosamente, tenían que ser las que, finalmente, se encuentran. Con el peligro siempre presente de caer en otra tautología: definir como estilo centrado en el paciente aquel que proporcione mejores resultados en salud guiados precisamente por los trabajos de campo previos. Cuando la investigación se plantea en términos de que «si eso no es así, mal iríamos», es que hay un sustrato ideológico que va a interferir con nuestra percepción de la realidad. Nos parece más segura la

posición nominalista: veamos el efecto que tiene cada técnica o cada característica del entrevistador. Y también nos parece más prudente confiar en el sentido común de los profesionales: si no se comportan de manera consecuente con un modelo es que, posiblemente, deberemos cambiar el modelo, no a los profesionales.

¿En qué punto estamos en la relación asistencial? Los problemas de los servicios nacionales de salud

Los servicios nacionales de salud de tipo *gatekeeper* afrontan retos similares. Éstos deben ser temas prioritarios para la investigación, pues repercuten directamente en la relación asistencial. Freeman GK (2002) identifica los siguientes para el Reino Unido:

- Las visitas más largas en tiempo se asocian a mejores resultados.
- Cada vez tenemos pacientes más complejos.
- Un estilo de participación exige más tiempo.
- Dificultades en la accesibilidad con pérdida de continuidad asistencial añaden estrés y un bajo perfil competencial, y conducen, paradójicamente, a mayor presión asistencial.
- Lograr más tiempo por consulta es una de las prioridades de los profesionales, así como un incremento en el uso apropiado de tecnología y una gestión flexible de los servicios que permita una mayor continuidad.

Esta visión coincide con la de los profesionales españoles. Observe el lector la similitud de estas conclusiones con las defendidas por la Plataforma 10 minutos (de Pablo R, 2002). Una de las quejas más constantes es la carga burocrática, que interfiere con una dedicación más personalizada hacia el paciente. Se han realizado diversos trabajos de investigación en nuestro país, Gervás JJ (1987, 1991), Hernández LM (1992), en relación a la diferencia de género y uso del tiempo, y más recientemente, Bellón JA (1995), estudió las fracciones de tiempo dedicadas a comunicación propiamente clínica, y para actividades burocráticas, repartiéndose casi al 50 % del total de tiempo disponible. Las recetas e ILT suponían el 72 % del tiempo burocrático, y sólo el 28 % el registro sobre historia clínica. La escucha al paciente, interrogatorio y exploración física ocupaban prácticamente el 25 % del tiempo propiamente asistencial. Resulta curioso constatar que a mayor demanda, mayor tiempo dedicado a la cumplimentación de recetas.

Pero con ser todo eso cierto, no quiere decir que la satisfacción de los usuarios decaiga. Las Memorias de los servicios autonómicos de salud suelen recoger satisfacciones en torno a 8 sobre 10, confirmados en el estudio de Demoscopia (Demoscopia, 2002). Destaca también en este estudio que el médico es la fuente más privilegiada en la transmisión de información, y que, mayoritariamente, se acepta su autoridad.

Ahora bien: ¿qué ocurre de verdad dentro de las consultas? El estudio cualitativo más importante con grabaciones en vídeo de entrevistas reales, el The Eurocommunication Study (van den Brink-Muñinen, 1999) compara Países Bajos, Suiza, Alemania, Francia, España y Reino Unido. Para cada uno de estos países se seleccionaron de 15 a 20 médicos, y las entrevistas fueron valoradas por observadores entrenados. He aquí las principales conclusiones:

- Perfiles por país. Se resumen en la tabla 7.10. Para España se caracteriza como una relación instrumental (es decir, pocos contenidos afectivos, se va directamente a solventar un problema), el médico lanza preguntas, se interroga bastante sobre los componentes psicosociales, el paciente inhibe la mirada (no se atreve a mirar al médico,

Tabla 7.10.**Perfiles de comunicación médico-paciente por países**

-
- Países Bajos: instrumental, con énfasis en la información y consejo que, por lo general, tiene lugar sobre temas de tipo biomédico; las conductas afectivas están dirigidas a crear una relación eficaz (p. ej., clarificando mediante repetición de frases), que a establecer un vínculo afectivo (mostrando preocupación, empatía); la longitud de visita y el tiempo que el paciente mira al médico están en la media del estudio.
 - Reino Unido: afectividad verbal, con mucho componente de acuerdo y charla social; se da menos información; orientados al paciente, con más aspectos psicosociales que biomédicos; en la media del tiempo por visita, pero por encima en lo que se refiere a tiempo en que el paciente mira al médico.
 - España: relación instrumental, el médico lanza preguntas, bastante componente psicosocial, escasa conducta afectiva, paciente inhibe mirada, consultas breves (las agendas más cargadas, con cinco minutos por visita, y mayor incumplimiento horario por el esfuerzo de atender las necesidades de cada paciente).
 - Bélgica: muy instrumental, con énfasis en la información que proporciona el médico y en aspectos biomédicos; consultas largas y poco tiempo de mirada del paciente al médico.
 - Alemania: afectividad verbal, con muchos aspectos de creación de vínculo afectivo; en el aspecto instrumental, mucho consejo y contenidos biomédicos; consultas cortas y en la media del tiempo en que el paciente mira al médico.
 - Suiza: mucha conducta afectiva, del tipo de acordar y construir vínculo afectivo; se le da al paciente mucha información; hay contenidos biomédicos y psicosociales; considerable tiempo de mirada del paciente al médico, con largas consultas.
-

lo que indica sumisión), y las consultas son breves (las agendas muy cargadas, con cinco minutos por visita, y mayor incumplimiento horario del profesional por el esfuerzo de atender las necesidades de cada paciente).

- Los sistemas de *gatekeeper* (Países Bajos, España, Reino Unido) en relación a los países de acceso libre (resto), tienen más tiempo por paciente para hablar de aspectos psicosociales.
- Los sistemas de acceso directo a especialistas suponen que el médico de familia debe hacer mayor esfuerzo para agradar a sus pacientes, hablando de su entorno familiar incluso cuando no viene a cuento, y conociéndoles mejor personalmente.
- El sistema sanitario no parece influir mucho en el desempeño y calidad profesional. Las variables fundamentales parecen ser el profesional en sí mismo, si existe o no continuidad asistencial y el motivo de consulta. En este sentido, los sistemas de *gatekeepers* tienen más continuidad asistencial y la ventaja a la hora de cazar al vuelo expectativas del paciente o claves verbales que les orientan a padecimientos mentales.
- Cuando se abordan aspectos psicosociales la entrevista se alarga.
- En España, los médicos realizan más exploración física.
- En consultas de «pago-por-servicio» se generan más visitas de seguimiento o exploraciones complementarias. En los sistema de *gatekeeper* el «consumo» sanitario es menor.
- Las mujeres pacientes saben exponer de manera más extensa sus problemas de salud, preguntan más, proporcionan más información y tienen conductas afectivas del tipo: mostrar optimismo, empatía o preocupación, sobre todo si el médico es mujer.
- Los médicos lanzan preguntas a los pacientes con mayor nivel cultural (posiblemente porque se expresan mejor), y estos pacientes obtienen más información de los médicos.

- Los médicos mujeres están más atentas a las emociones de los pacientes, y también muestran más conductas afectivas.

Este estudio es modélico en su diseño (aunque con un sesgo importante en la selección de los profesionales participantes), y ofrece datos que deberían actualizarse periódicamente para facilitar la toma de decisiones políticas y profesionales.

¿Hacia dónde vamos?

La investigación en entrevista clínica y relación asistencial debe caminar un paso por delante de las tendencias colectivas, dando soporte a las mejores técnicas, maneras de organizarnos o formas de aprender. Si en los años ochenta y noventa predominaba un modelo de «autonomía impuesta al paciente», eso es, el paciente tenía que ser autónomo aunque no le gustara, poco a poco se abre paso el modelo fiduciario propuesto por V. Camps (2001) basado en la confianza. Este modelo es congruente con el llamado modelo de «autonomía opcional» (Schneider CE, 1998): no siempre el paciente quiere saber «la verdad», como nos dice el estudio de Jovells A (2002), y a veces quiere que decidamos por él, o al menos «que nos mojemos» (Borrell F, 1995).

Por consiguiente, se imponen enfoques menos redentoristas y más basados en buscar la excelencia profesional. ¿Qué podemos hacer y no hacemos para mejorar nuestro perfil? ¿Cómo podemos organizar nuestras agendas y nuestros centros de salud? ¿Y los equipos que tanto nos ayudan a sobrevivir? ¿Cuáles son las estrategias que debemos escoger para que estos equipos sean entornos *amigables* para el profesional? El tiempo por visita, la manera de asignar los pacientes a los profesionales, cómo vamos a premiar el buen trabajo, el compromiso de estos profesionales con el sufrimiento, todo ello configura un Ethos que es algo así como el aire que se respira en un equipo. No olvidemos que los médicos con mayor sentido de autonomía, que tienen un período de entrenamiento previo en entrevista clínica, que dan importancia a la autonomía del paciente, y con menos presión asistencial, son también los que permiten una mayor intervención de los pacientes en las decisiones (Colliver JA, 1991; Kaplan SH, 1996).

Las intervenciones formativas tienen efectos positivos (Levison W, 1993; Roter D, 1995; Smith R, 1998; Bowman F, 1992; Sancí L, 2000), pero no siempre (Merkel W, 1983; Gask L, 1988; Ruiz Moral R, 2001). Posiblemente la calidad del profesor y el contexto en que se efectúan influyan tanto como las técnicas docentes en sí mismas. Recordemos que en el estudio Concord los participantes aprendían sobre todo... ¡a cerrar las entrevistas más rápidamente! No puede negarse la *coherencia* con un entorno de alta presión asistencial. De aquí la importancia de que el discente interiorice mucho más que unas técnicas. El modelo emotivo-racional tiene en cuenta estos aspectos cuando habla de tensión crítica, condiciones de suficiencia, reencuadre, etc. Se abre, por consiguiente, un nuevo campo para articular estrategias docentes y de investigación basadas en modelaje de conducta, tutorización directa y ejercicios cognitivo-emocionales en entornos asistenciales con diferentes características.

Por otro lado, los profesionales de la sanidad poco a poco normalizamos una relación presidida por el pudor (Epstein R, 2001), realizando más y mejores exploraciones físicas (p. ej., tacto rectal, vaginal), abordaje más abierto de las drogodependencias, sexualidad o de los pacientes en la fase final de su vida. Sin embargo, aún hay mucho terreno en el que avanzar: abordaje de problemas psicosociales, integración de la exploración física orientada a los problemas, técnicas de *counselling* y de apoyo psicológico, etc. Recordemos que al menos el 50 % de los pacientes, incluso del área anglosajona, quieren participar en las decisiones clínicas (Torio J, 1997 a, b, c; Arora NK, 2000; Deber RB, 1994 a, b; 1996). Los pacientes ancianos, o más enfermos y con menos nivel cultural desean participar menos.

El profesional debe *adaptarse* a las preferencias de su paciente. Cabe abrir nuevas líneas de investigación que, en lugar de definir el estilo del profesional a partir de sus creencias y conductas o si está o no centrado en el paciente, lo hiciera por los *climas emocionales que crea*, y su *adaptación* a los diferentes pacientes.

También hay un importante campo de investigación para rodear a los profesionales de medios informáticos que les ayuden, asesoren e incluso guíen en las decisiones clínicas. Hay que favorecer el paradigma de los ordenadores que *ayudan* en lugar del paradigma de los ordenadores que *sustituyen* al profesional.

¿Y los pacientes? ¿Pueden aprender a ser mejores pacientes? El concepto de paciente *activado* no debiera equivaler a paciente *envalentonado*. Las estrategias deberían dirigirse a mejorar el clima de la relación, la alianza terapéutica y la búsqueda de confianza por parte de ambos protagonistas. Casi el 90 % de pacientes quieren más información del médico, y quisieran conocerle más como persona («en qué manos me pongo») (Fitzgerald JM, 1994; Deber RB, 1996; Jovell A, 2002 b), pero los profesionales son remisos a mostrar sus méritos profesionales, al menos cuando trabajan en los servicios públicos de salud. ¿Qué ganarían con ello? Más trabajo por el mismo salario. He aquí uno de los mayores retos de los sistemas nacionales de salud: investigar en qué entornos se logra una mejor relación de confianza, y ponerlos en práctica.

Sumario

Todo enfoque docente que pretenda generar cambios estables en la manera de proceder de un profesional debe ser curricular. Los mejores diseños en pregrado integran la comunicación como una habilidad clínica más, íntimamente ligado al proceso diagnóstico y de trabajo con las actitudes. En el posgrado suele darse la paradoja de que está interesado en comunicación quien en realidad menos lo precisa. El profesional recoge de las propuestas docentes aquello que le ayuda a adaptarse a sus condiciones reales de trabajo y, sobre todo, a la falta de tiempo. El gran reto es construir hábitos inteligentes. En este sentido, se analizan diferentes metodologías para el progreso técnico y humano del entrevistador: PBI, Balint, Microbalint, grupos de reflexión, etc. Se repasa también la construcción y ejecución de guías didácticas participativas: motor de tres tiempos y ejercicios de 3×3 .

En el campo de la investigación, la mayor parte de estudios son observacionales y descriptivos. Existe la gran dificultad de codificar las entrevistas y definir perfiles o estilos estables de entrevistadores, para relacionarlos con resultados en términos de salud. Los estudios, además, prejuzgan lo que es «un buen estilo de entrevista», llegando fácilmente a conclusiones tautológicas. Se ha avanzado en la codificación conductual y perceptiva de las entrevistas, pero todos los instrumentos requieren entrenamiento para su uso, y cada entrevista, varias horas de arduo trabajo para ser codificada. Finalmente, apuntamos nuevas vías para el desarrollo de la investigación, destacando los enfoques sistémicos: la entrevista clínica como consecuencia de un contexto determinado (institución, sistema nacional de salud).

Bibliografía

- Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care* 2000; 38(3): 335-341.
- Aseguinolaza L, García Campayo J, Tazón P. Grupos Microbalint. En: *Relación y Comunicación. Enfermería*. Madrid: Difusión Avances Enfermería, 2000.
- Bales RF. *Interaction Process Analysis: a Method for the Study of Small Groups*. Cambridge Mass: Addison-Wesley, 1950.
- Barragán N, Violan C, Martín Cantera C, Ferrer-Vidal D, González-Algas J. Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. *Atención Primaria* 2000; 26(9): 590-594.
- Bellón JA, Fernández-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 33-41.
- Bellón JA, Molina F, Panadero A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Atención Primaria* 1995; 15(7): 439-445.
- Bellón JA, Martínez-Cañavate T. La investigación en comunicación y salud: una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. Ponencia presentada al Taller Nacional e Internacional de Entrevista Clínica. semFYC. Barcelona, 2000.
- Bellón JA, Martínez-Cañavate T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria* 2001; 27: 452-458.
- Bensing JM. Personal communication. En: *Communication in Health Care*. 10-12 Junio 1998. Amsterdam, junio 1998.
- Borrell F, Prados JA. *Malas noticias. Estrategias sencillas para situaciones complejas*. Barcelona: Doyma, 1995.
- Borrell F, Sunyol R, Porta M, Holgado M, Bosch JM, Jiménez J. Capacidad para detectar y registrar problemas de salud, en relación a la calidad de la entrevista clínica. I WONCA European Regional Conference on Family Medicine. Barcelona, 1990.
- Borrell F, Epstein RM. Preventing clinical errors. A call for self-awareness. *Annals of Family Medicine*, 2003 (en prensa).
- Bosch JM. *Comunicación no verbal del síndrome depresivo en el anciano*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, 1993.
- Bowman F, Goldberg D, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Educ* 1992; 26: 63-68.
- Byrne PS, Long BEL. *Doctors Talking to Patients*. Londres: Her Majesty's Stationary Office, 1976.
- Camps V. *Una vida de calidad*. Ares y Mares. Barcelona, 2001; págs. 184-186.
- Colliver JA, Robbs RS, Vu NV. Effects of using two or more standardized patients to simulate the same case on case means and case failure rates. *Acad Med* 1991; 66(10): 616-618.
- Damasio AR. La sensación de lo que ocurre. *Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate, 2001; págs. 203-227.
- Deber RB. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *CMAJ* 1994; 151(2): 171-176a.
- Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ* 1994; 151(4): 423-427b.

- Deber RB. Shared decision making in the real world. *J Gen Intern Med* 1996; 11(6): 377-378.
- Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 1996; 156(13): 1.414-1.420.
- Demoscopia. Estudio 51020153. El paciente en España. Actitudes y tendencias. MSD, Octubre 2002. En: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.
- De Pablo R, Almendros C. Disponible en: www.diezminutos.com
- Dowrick CF, Bellón JA, Gómez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 361-365.
- Eckman P, Friesen W. Facial Action Coding System (FACS). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1978.
- Eckman P, Scherer K. *Emotion in the Human Face*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
- Epstein RM. Comunicación personal. Barcelona, IES, 1998.
- Epstein RM. Atención centrada en el paciente y resultados sanitarios. Conferencia pronunciada en el Institut d'Estudis de la Salut (IES). Barcelona, 2002.
- Fitzgerald JM. Psychosocial barriers to asthma education. *Chest* 1994; 106(4 Suppl): 260S-263S.
- Frankel RM, Beckman HB. Teaching communication skills to medical students and house officers: an integrated approach En: Clair J, Allman R (eds.). *Sociomedical Perspectives on Patient Care*. Kentucky: The University Press of Kentucky, 1993.
- Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, Wilson A. Primary care. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *BMJ* 2002; 324: 880-882.
- Gask L, Goldberg DP, Lesser A, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ* 1988; 22: 132-138.
- Gask L, Goldberg DP. Impact on patient care, satisfaction and clinical outcome of improving the psychiatric skills of general practitioners. *Eur J Psychiat* 1993; 7: 203-218.
- Gervás JJ, Pérez Fernández MM. El tiempo del registro médico. *Atención Primaria* 1987; 4: 73-74.
- Gervás JJ, Hernández Monsalve LM, Martí A, García Sagredo P, Elvira P, Esteve A, et al. La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Atención Primaria* 1991; 8: 202-205.
- Goldberg D, Steele JJ, Smith C, Spivey L. *Training family residents to recognize psychiatric disturbances*. Rockeville Md: NIMH, 1983.
- Gómez Gascón T. Grupos colaboradores de la semFYC. El Grupo C&S. En: *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*, de Tomás Gómez Gascón y Julio Ceitlin. Madrid: semFYC, 1997; págs. 358 y ss.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE, Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102(4): 520-528.
- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Jr., Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3: 448-457.
- Hernández Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gervás JJ. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Atención Primaria* 1992; 10: 719-724.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000; 320(7234): 526-527.

Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ* 1996; 30: 353-364.

Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ* 1996; 30: 353-364.

James W. *The principles of psychology* (2 vols.) Nueva York: Holt, 1890.

Jovell A. El paciente del futuro. Revisión de la literatura: España. En: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.

Jovell A. El Proyecto del paciente del futuro. Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España. Julio 2001. Presentado en: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease [fe de erratas publicada en *Med Care* 1989 Jul; 27(7): 679]. *Med Care* 1989; 27: S110-S127.

Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE, Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124(5): 497-504.

LeDoux J. El cerebro emocional. Ariel. Barcelona: Planeta, 1999; págs. 300-362.

Levison W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 318-324.

Lewin SS, Skea ZC, Entwistle V, Dick J, Zwarenstein M. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Library* [4]. Oxford: Update Software, 2001.

Lipkin JM. *The Medical Interview and Related Skills*. En: Branch WT (ed.). *Office Practice of Medicine*. Filadelfia, PA: W. B. Saunders Company, 1994.

Lipkin M, Jr, Kalet A, Wentz S, Lazare A. *Macy Initiative in Health Communication. Communication in Medicine Conference*. Chicago: Northwestern University, 1999.

Lipkin M Jr, Kaplan C, Clark W, Novack D. *Teaching Medical Interviewing: The Lipkin Model*. En: Lipkin M, Putman S, Lazare A (eds.). *The Medical Interview: clinical care, education & Research*. Nueva York: Springer-Verlag, 1995.

Maguire GP, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I - benefits of feedback training in interviewing as students persist. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292: 1.573-1.576.

Martínez-Cañavate T, Bellón J. *Foro de Investigación*. En: Taller Nacional de Entrevista Clínica del Grupo Comunicación y Salud. Cala Mior, Mallorca, 2001.

Mead N, Bower P. Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education Counselling* 2002; 48(1): 51-61.

Merkel W, Nierenberg B. Behavioral science training in family practice residency education: a first evaluation. *Soc Sci Med* 1983; 17: 213-217.

Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FJ. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001; 19(8): 2.206-2.212.

Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Perry WG. Cognitive and ethical growth: the making of meaning. En: Chickering AW and Associates. *The Modern American College*. San Francisco, California: Jossey-Bass, 1981.

Pietroni R. (Convenor). Working Group on Higher Professional Education. Portfolio-based Learning in General Practice. Londres: The Royal College of General Practitioners, 1993.

Prados Castillejo JA. Distorsión en las Técnicas Comunicacionales (Entrevista Clínica) en las consultas de Demanda de Atención Primaria. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina. Córdoba: Departamento de Medicina, 1996.

Rodríguez Salvador JJ, Sobrino A, Ruiz R, Arbonies JC, et al. Competencias del médico de familia. Área Docente. Propuesta de Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia, 2002.

Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr* 1977; 5: 281-315.

Roter DL. Coding Manual for Roter Interactional Analysis Scheme. Baltimore, Md: John Hopkins University, 1989.

Roter D, Hall J, Kern D, Barker R, Cole K, Roca R. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1.877-1.884.

Roter DL, Hall JA. Physicians' address of psychosocial distress. Ponencia presentada en: The Fifth Annual National Institutes of Mental Health International Research Conference on the Classification, Recognition and Treatment of Mental Disorders in General Medical Settings. Washington DC, 1991.

Ruiz E, Florensa E, Cots JM, Sellarés J, Iruela A, Blay C, Morera R, Martínez JM. Primeras experiencias en evaluación de la competencia clínica de los médicos de familia de Catalunya. *Atención Primaria* 2001; 28(2): 105-109.

Ruiz R, Rodríguez JJ, Pérula LA, Prados JA, por el grupo de investigación COMCORD. Effectiveness of a learner-centered training program for primary care physicians in using a patient-centered consultation style. *Fam Pract* 2001; 18: 60-63.

Ruiz R, Rodríguez JJ, Pérula LA, Prados JA, por el grupo de investigación COMCORD. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Atención Primaria* 2002; 29(3): 132-141.

Ruiz Moral R, Muñoz Alma M, Alba Jurado M, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centered training programme for primary care physicians in using a patient-centered consultation style. *Fam Pract* 2001; 18(1): 60-63.

Rutter DR, Maguire GP. History-taking for medical students: II. Evaluation of a training programme. *Lancet* 1976; 2: 558-560.

Sánchez-Candami M, Pla M, Alnertin P, Rodríguez M. El procés de socialització del personal mèdic intern resident. Aportacions de la investigació social qualitativa a l'anàlisi de la iniciació professional en un context institucional. Monografies n.º 10. Institut Estudis Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 2002.

Sanci L, Coffey C, Veit F, Carr-Gregg M, Patton G, Day N, et al. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 320: 224-230.

Scherer KR, Eckman P. Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, Leong-Grotz K, et al. Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. *Arch Intern Med* 2003; 163: 83-90.

- Schneider CE. The practice of autonomy: patients, doctors and medical decisions. Nueva York, NY: Oxford University Press, 1998.
- Smith R, Lyles J, Mettler J, Stoffelmayr B, Van Egeren L, Marshall A, et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med* 1998; 128: 118-126.
- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on the outcome of care. *Am J Public Health* 1981; 71: 127-131.
- Stiles WB. Manual for a taxonomy of verbal response modes Institute for Research in Social Science University of North Carolina at Chapel Hill, Technical Papers 5, 1978.
- Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999; 3(1): 25-30.
- Stone J. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The number needed to offend. *BMJ* 2002; 325: 1.449-1.450.
- Suchmann AL, Markakis K, Beckmann HB, Frankl R. A model of empathic communication in medical interview. *JAMA* 1997; 277(8): 678-682.
- Suñol R. Correlación entre los procesos y los resultados de la Entrevista Clínica: su aplicación a los programas de calidad en Atención Primaria. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1992.
- Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 44-60 a.
- Torío J, García MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria* 1997; 19(1): 63-74 b.
- Torío J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Atención Primaria* 1997; 20(1): 45-55 c.
- Unitat Docent Medicina Familiar i Comunitària de Catalunya. Portfolio. Quaderns de'Aprentatge per Residents i Tutors. Barcelona: IES, 2003.
- van den Brink-Muinen, Verhaak PFM, Bensing JM, et al. The Eurocommunication Study, Nivel, Utrecht, 1999.
- Wagensberg J. Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? Metatemas. Barcelona: Tusquets Editores, 2002.
- Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincot P. Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics* 1984; 74: 1.047-1.053.
- Weston WW, Lipkin M. Doctors learning communication skills: developmental issues. En: Stewart MA, Roter D (eds.). *Communiating with Medical Patients*. Newbury Park, California: Sage Publications, 1989.
- Woods DR. Problem-based learning. How to gain the most from PBL. Hamilton: Griffing Printing Ltd, 1994.
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela, 2002.

Epílogo

A lo largo de estas páginas tal vez usted, amigo lector, se haya preguntado: «¿seré capaz de adoptar estas técnicas?», e incluso: «¿se adaptan estas técnicas a mi estilo personal?». Aunque usted decida no poner en práctica alguna de estas habilidades o técnicas, podemos afirmar que por el simple hecho de conocerlas, o de aceptarlas como posibilidades de acción presentes o futuras, ya es usted más libre. La libertad no es el acto que realizamos (el «hacer»), ni las diferentes posibilidades que un juez objetivo y distante podría dictaminar («las opciones que tenemos»), sino el horizonte de nuestra reflexión, lo que somos capaces de imaginar. Y en este sentido, conocer una serie de técnicas es conocer una aplicación de la inteligencia a situaciones concretas. Si alguien alguna vez intuyó esta técnica... ¿por qué no *repensarla* e incluso mejorarla? Aplicar inteligencia a la cotidianeidad, he aquí el reto. No conformarnos con lo que sabemos, ni con lo que hemos aprendido. Buscar oportunidades para romper inercias y reinventarnos.

El simple paso de los años no asegura que un profesional tenga más recursos de comunicación. En realidad con los años nos equivocamos de manera más conspicua, más seguros de que nuestra actuación es la correcta... ¡por el simple hecho de que ya la hemos ensayado con anterioridad! Nada produce mayor quebranto a nuestra pericia que las rutinas, el creer que ya sabemos lo necesario, la *pereza de no querer saber más*. Es muy legítimo que usted rechace determinadas técnicas, pero como profesionales siempre tenemos que estar atentos a las inercias. Cuando dejamos de cambiar *a mejor*, es que estamos cambiando *a peor*. He aquí la servitud del clínico.

Esforzarnos en ser mejores profesionales nos hace ser mejores personas

El abanico de emociones que se producen en la consulta es variado. A lo largo de estas páginas hemos mencionado empatía, cordialidad, honestidad, generosidad... opuestos a irritabilidad, pereza, falta de conocimiento de uno mismo. Son palabras que traducen actitudes, maneras de percibir nuestra profesión. Cada una de ellas nos conduce inexorablemente a un conjunto de «buenas» o «malas» técnicas. Así, por ejemplo, en ausencia de genuino interés por los problemas de una determinada persona, lo más probable es que una empatía verbal devenga un acto mecánico incapaz de llegar al paciente, un acto percibido incluso en el límite de la honestidad.

Urge depurar nuestro lenguaje de términos como «paciente pitiático», «histérico», «pesado», y evitar que tales juicios aparezcan en las historias clínicas. Y ello no sólo porque cada vez más el paciente tendrá acceso a esta información (es el propietario de su his-

toria clínica), sino porque son palabras que fijan un determinado concepto de «buen o mal» paciente que no se ajusta a la realidad. No tenemos ningún derecho a pedir a nuestros pacientes que sean «buenos» pacientes. Tenemos que aceptarlos como son. A veces detrás de consignas como «educar a los pacientes» se esconde el imposible deseo de convertirlos en comunicadores perfectos, con la obligación de mostrar sus dolencias educadamente y a las horas convenidas. Pero eso jamás ocurrirá. Los pacientes son tan complejos como la vida misma, porque el ser humano es el animal más complejo... ¡y también el más divertido! Adaptarnos a esta complejidad es aprender a disfrutar de ella, no percibirla de manera defensiva.

Tampoco debemos aplicar paños calientes con nuestros errores y defectos. Tenemos un trabajo que exige cada día de nosotros el 100 % de nuestra capacidad. Mirado por el lado negativo es terrible, porque algún día o algunos días estaremos en baja forma y, por tanto, a riesgo de errores. Mirado por el lado optimista, quiere decir que cada día nos sometemos a una gimnasia intelectual. Una trabajo que, parafraseando a Ramón y Cajal, «nos hace más inteligentes», y que en buena medida es *gimnasia emocional*: sonreír, aceptar que podemos equivocarnos, aprovechar las oportunidades para aprender, etc. Cualquier arista de nuestro carácter a la larga nos produce tanto dolor que debemos escoger entre el orgullo de negarla o, lo más sencillo e inteligente, limarla, cambiarla. Y muchas veces cambiamos, ¡claro que cambiamos!, porque ser mejores resulta ser lo más cómodo. ¡Bienvenida comodidad!

Lo más práctico y lo más cómodo es ser un buen profesional

Y no sólo eso. También prepararnos como buenos profesionales resulta ser lo más cómodo. Pero si eso fuera así de sencillo todos llegaríamos a ser grandes profesionales con el simple paso del tiempo. Y no es así.

Tenemos una edad cronológica y una edad profesional. Esta segunda pasa por varias fases, las que llamamos *edades del clínico*:

- *Juventud*: acabamos nuestro pregrado y formación posgraduada básica, y nos creemos magníficos clínicos. «¡Vaya suerte tiene este paciente de haber caído en mis manos!», puede que nos digamos. Claro que siempre hay el eterno dubitativo, pero sería más bien un espécimen raro. Lo más normal es que el nuevo profesional crea que la sociedad ha invertido en su formación con buen provecho.
- *Primera crisis*: he aquí que sucede lo que jamás habíamos pensado, nos equivocamos, o sucede un incidente crítico de importancia. Toda la autoestima se derrumba, y pensamos casi con dolor físico: «soy un desastre, no merezco ser médico/enfermera, debería colgar la bata y dedicarme a otra cosa». De golpe y porrazo nos damos cuenta de que apenas sabemos nada, de que hemos de volver a aprender, y la tarea nos parece descomunal, infinita, el martirio de Sísifo.
- *Madurez*: cultivamos el *punto de perplejidad*, buscamos lo que no sabemos para darle carta de existencia, para saber los límites de nuestras habilidades. No estamos tranquilos hasta que esta frontera está más o menos trazada. Nos ponemos límites: «bueno, esto renuncio a saberlo». Después viene la rutina diaria, el hacer el trabajo con poco esfuerzo, y esta misma rutina empieza a devorarnos, a marchitar la ilusión: «cada día igual». Los pacientes difíciles nos resultan más difíciles porque activan la pereza. Sabemos lo que debemos hacer con ellos, pero sabemos también que exigen un esfuerzo que no siempre estamos dispuestos a asumir, y además aprendemos a sortearlos... ¡sin tener que escucharlos! De vez en cuando, entra una bocanada de aire fresco que nos reanima: «¡venga, vamos a tal taller, a tal congreso!». La influencia de la vida en equipo es enor-

- me, y muchos profesionales se salvan por simple contagio, porque hay profesionales en otros estadios, o porque los hay incombustibles al desaliento. Pero en esta fase nos acecha la mediocridad, a saber, no el hacer las cosas mal, el no quererlas hacer mejor.
- *Mediocridad*: ésta es una de las posibles salidas de la madurez; desertamos de la lucha; ya no queremos ser lo mejor de nosotros mismos. Ya no hay el orgullo de decir: «soy o seré un excelente clínico». Puede que en un amago de buena salud mental nos refugiamos en otra actividad, por ejemplo una actividad artística, o incluso científica (la típica «publicitis», eso es, afán desmesurado de publicar). Pero rehuimos del paciente. El paciente empezó por aburrirnos y he aquí que ahora... nos asusta. Asusta porque interiormente reconocemos que «ya no somos lo que éramos».
 - *Enroque*: la desertión es completa. Ahora ya no estamos, ya no existimos. Nos escondemos de las sesiones clínicas, cuando se expone un caso clínico no decimos esta boca es mía, no sea que se note demasiado nuestra falta de lecturas. Cuando hay un caso comprometido no damos un paso al frente como antaño, deseosos de incrementar nuestra experiencia, sino que pasamos la carga al colega más predispuesto. La gente nos empieza a ver como una carga para el equipo. Y en esta tesitura aparece el fantasma de la jubilación como un desideratum. El profesional empieza a contar los años que le faltan para ganarse el cielo... sin tener en cuenta que tal vez la jubilación tampoco serán mieles.
 - *Corredor de fondo*: pero también hay quien reacciona a todo eso con la mentalidad del corredor de fondo. Aunque el primer sprint fue rápido y duro, acomoda el paso y se pertrecha para andar un largo camino. En primer lugar, aprende que su mejor recompensa es el trabajo bien hecho. No espera las alabanzas de jefes o pacientes: mejor si vienen, pero el placer de la faena bien hecha gravita sobre sí mismo. Tampoco busca la ilusión de nuevos proyectos como quien cata todos los platos en busca de la última maravilla culinaria. Más bien reparte sus esfuerzos en algunos, pocos, proyectos bien asentados, y pone en la agenda a su propia familia y amigos.

El corredor de fondo tiene que avituallarse para tanto esfuerzo. Sólo la curiosidad intelectual puede darnos de beber, y nos da de beber cuando nos preguntamos: ¿Qué me está diciendo este paciente desde su manera de vivir? ¿De dónde le viene esta serenidad frente a la muerte? ¿He sabido crear un ambiente de reflexión en esta familia? ¿Qué he aprendido de este paciente difícil? ¿En qué sentido me ha supuesto un reto? ¿Qué me ha cambiado? ¿Soy un poco mejor que hace medio año?

Dos ideas más para el corredor de fondo:

- Nada resulta más difícil para cualquier ser humano que mantener la frescura de su arco emocional. La risa como el llanto. La vida no siempre nos trata bien, y es entonces cuando más valor cobra mantener la sonrisa... o saber llorar.
- La voluntad de ayudar a los demás y ser un poco mejor profesionales es una voluntad (un empeño) que debe actualizarse periódicamente. La mediocridad siempre está al acecho. Nunca podemos levantar la guardia, porque la pereza no va a conformarse con el «sólo hoy»; una vez se instala quiere siempre el mañana.

Malas noticias para el buen profesional

Hasta aquí todo han sido buenas noticias: existe una recompensa para nuestro esfuerzo. Pero no queremos ocultar toda la verdad. Ahora, amigo lector, vienen las malas noticias.

Si usted ha decidido mejorar su práctica clínica y, por consiguiente, ser un profesional equilibrado en el trato humano y técnico, tiene que saber que van a delegarle más trabajo,

que los pacientes van a pedir más sus servicios, y que para todo ello usted va a ganar lo mismo que el resto del equipo. Le van a delegar más porque le van a ver en mejor predisposición. Puede incluso que le digan en tono de reto: «¡a ver si puedes con este paciente refunfuñón!». Este diferencial de esfuerzo con el resto del equipo raramente tiene recompensa crematística, y aquí aparece sin lugar a dudas una importante responsabilidad del gestor y del político. Resulta muy humano que usted piense: «¿vale la pena?».

Y no sólo eso. Resulta que por el hecho de que sabe usted comunicación también va a ser más consciente (o se va a poder *engañar menos*), de su mala praxis. Imagine el siguiente escenario: 50 pacientes para tres horas. Pacientes deprimidos que pasan por su consulta sin que usted pueda abordarlos con las técnicas más obvias. Demandas abigarradas que exigen el bisturí de la inteligencia para clarificarlas, aislar sus componentes, apreciar su potencial gravedad. Y usted, en cambio, obligado a ser resolutivo... ¡a costa de su propia salud!

Comentando esta situación un gran comunicador se planteaba: «¿acaso saber comunicación no nos sitúa a mayor riesgo de activar nuestra culpa en entornos de consultas masificadas? El buen comunicador también lo es para ver cuándo lo hace mal y perder con mayor facilidad su autoestima» (Prados JA, 2003). Lo peor que le puede pasar en esta tesitura es que el sentimiento de culpa le bloquee, por lo que, siguiendo a Prados «no vayamos a compararnos con un ideal abstracto, sino comparémonos con lo mejor que puedo dar de mí en esta situación concreta». Si no fuera así, añadimos nosotros, perderíamos toda capacidad de transformar la realidad, porque para transformarla casi siempre tenemos que adaptarnos primero a ella. Adivinamos por ahí lo que podríamos llamar una *patología de las utopías*: objetivos excesivamente inalcanzables, y la brusca pérdida de ideales, como reacción a la frustración.

En resumen: ¿es una actitud inteligente desear ser mejor comunicador/profesional? La respuesta que le brindamos es la siguiente: la práctica clínica sólo merece la pena de ser vivida *desde la intensidad emocional* (lo que supone momentos de plenitud, pero también de sufrimiento y tensión). Sólo desde esta intensidad emocional se conjura el aburrimiento, esa venialidad del alma capaz de enturbiar la felicidad en mayor medida que los retos de la vida cotidiana. Tener ilusión por hacer bien nuestro trabajo no es algo que nos sea regalado, ni que dependa de gerentes o políticos: es algo que nos hemos de construir cada uno de nosotros y, si acaso, regalarlo a nuestros compañeros de trabajo. La rutina de cada día puede ser también una aventura. Pero no espere que nadie le regale un mejor escenario para su práctica profesional. Usted puede hacer de su consulta una choza o un palacio, y en gran medida se lo habrá construido usted mismo. Es más confortable vivir en un palacio, pero exige un importante esfuerzo mantenerlo en orden y limpio. Sin embargo, quien elige vivir en una choza sufre más, aunque no lo sepa. En definitiva, cada uno de nosotros debe responder a la pregunta clave: ¿cómo deseo vivir mi profesión?, ¿intensamente o a hurtadillas?

Bibliografía

Prados JA. La responsabilidad de aprender a comunicar. Conferencia Taller Nacional de Entrevista Clínica y Relación Asistencial. A Toxa, 2 de mayo 2003.

Glosario de términos, técnicas y habilidades de comunicación

En el siguiente glosario se indica cuándo se trata de una habilidad de comunicación (HT), falta (o error) de técnica (FT) o de un término descriptivo relacionado con la comunicación (T).

Abordaje o entrevista en «dos fases» (FT). El entrevistador agota el tiempo tratando de verificar hipótesis de tipo biológico, hasta que se percata de que debe abordar causas psicológicas (o viceversa). Sin embargo, ha agotado su tiempo y paciencia y tiene que citar al paciente para otra entrevista.

Accesibilidad (T). Facilidad o dificultad para poder contactar con el profesional de la salud.

Acomodación (T). En la metodología de malas noticias, alude a la fase previa a la emisión de una mala noticia, fase en la que el entrevistador trata de preparar al paciente, y a la fase inmediatamente posterior, donde atempera el impacto emocional. En interacciones con descarga emocional, alude a las técnicas de acompañamiento.

Acompañar la transición (HT). Advertimos (o incluso justificamos) un cambio de tema. Por ejemplo: «De acuerdo... ahora me interesaría que habláramos un poco de su vida corriente».

Acordar un plan (HT). Profesional y consultante se proponen ejecutar una o unas determinadas acciones. Por ejemplo: «¿le parece bien si hacemos un perfil de glucemia la próxima semana?».

Actitud (T). Disposición de ánimo sobre un determinado tema. La actitud se asienta sobre unas creencias, emociones y conductas o hábitos.

Actitud de segundo nivel (T). Por debajo de una actitud «oficial» (la que pensamos tener, acuerdo con nuestros presupuestos éticos), tenemos actitudes de segundo nivel, que pueden aflorar en determinadas circunstancias.

Acuerdo (T). Propuesta aceptada por varias personas.

Adaptadores (T). Movimientos corporales, por ejemplo repiqueteo con un dedo sobre la mesa, que manifiestan el esfuerzo de un sujeto para asumir emocionalmente una situación desagradable.

Añadición sugerida, Técnica de la (HT). Añadimos un adjetivo o un dato que pensamos que el paciente desea o está a punto de expresar. Propia de entrevistadores proyectivos, suele tener valor empático. Por ejemplo: «Paciente: Y este dolor en las cervicales... ufl!... Entrevistador: Es un dolor muy molesto... sí.» Con esta técnica existe el peligro de inducir respuestas inexactas. Por ejemplo, el paciente describe su molestia estomacal pero no encuentra las palabras oportunas, momento que aprovecha el profesional para decir: «¿tal vez como ardores?». El paciente dice «sí» para congratularse de la ayuda, pero en realidad no siente esta molestia como ardor.

Aditiva, Técnica (HT). Equivalente a Técnica de la Adición Sugerida (véase anteriormente).

Agenda acordeón (T). Agenda que incorpora espacios libres (es decir, sin visitas asignadas), para recuperar el tiempo que previsiblemente nos habremos atrasado.

Agenda inteligente (T). Capacidad del sistema organizativo para asignar un tiempo a cada visita lo más ajustado posible a las necesidades del paciente, evitando, entre otros, el «efecto alud» (véase). A diferencia de la Agenda Acordeón, no hay espacios prefijados para recuperar el tiempo atrasado (del tipo de 15 minutos cada 4 visitas de 5 minutos), sino que los tiempos de visita se asignan mediante algoritmos lógicos, teniendo en cuenta el historial del paciente concreto que solicita la visita, edad, sexo, lista de problemas, etc.

Alimentar al vagabundo, Técnica de (HT). El entrevistador deja que el paciente domine el curso de la entrevista, y aporte libremente materiales; ello le permite conocer, o ganarse la confianza, de un paciente por lo demás suspicaz o defendido, a condición de que en una segunda fase se complete el plan de entrevista.

Amplitud competencial (T). El entrevistador sabe moverse de una entrevista operativa a otra semiológica, de ésta a una de integración, etc.

Anamnesis en extensión (o extensiva) (HT). Anamnesis que considera no sólo el paquete de cuestiones que llamamos focal (o naturaleza del problema), sino también los otros dos: el psicosocial y el centrado en el paciente. Por ejemplo: ya hemos profundizado en los aspectos somáticos del mareo y pasamos a los psicológicos diciendo, «me interesaría ahora que me hablara de cómo se nota usted por dentro, quiero decir si normalmente está usted relajado o nervioso, alegre o triste». A partir de aquí se abre una anamnesis psicosocial.

Anclaje diagnóstico (T). Grado de certeza o compromiso que tiene el paciente o el profesional clínico en un determinado diagnóstico. Compartir un diagnóstico es compartir una realidad; por ello, el terapeuta puede forzar el reconocimiento de un diagnóstico como ludopatía por parte del paciente, y «anclarlo» a ésta, su realidad. La certeza proviene de las pruebas científicas que avalan esta orientación diagnóstica (anclaje por certeza). El anclaje por compromiso arranca del tipo de relación interpersonal establecido entre paciente y clínico, o de la necesidad social que existe para perseverar en este diagnóstico. Ejemplos de anclaje por compromiso social: un diagnóstico de depresión puede sustentarse en la necesidad de explicar una conducta de malos tratos familiares, y así dar una segunda oportunidad al paciente. Otras veces será el paciente quien creará a pies juntillas en una «artrosis invalidante», a pesar de las pruebas en contra, para mantener una baja laboral. Por el contrario, un médico puede negarse a considerar una «mononucleosis» sencillamente porque su paciente se ha adelantado a mencionarle esta posibilidad (anclaje negativo).

Anclaje diagnóstico indirecto (HT). Evitamos la etiqueta de una palabra concreta, y dejamos que sea el propio paciente quien configure su situación clínica a partir de un hábito (p. ej., beber), o de otra evidencia (un resultado analítico, un grupo de síntomas, o una situación sociolaboral).

Anclaje diagnóstico por compromiso social (T). Véase anclaje diagnóstico.

Antagonismo (FT). Aquella conducta verbal o no verbal que opone, culpabiliza o impugna la conducta o las emociones del paciente. Por ejemplo: «¡No hay para tanto!».

Apariencia (T). Imagen externa que ofrecemos a las otras personas.

Apoyo narrativo (HT). El entrevistador favorece o posibilita la libre verbalización del paciente mediante una conducta verbal o gestual basada en silencios funcionales, facilitaciones, frases por repetición, entre otras técnicas. Por ejemplo: cabeceos afirmativos a la vez que decimos «sí, sí, ya veo...».

- Aprendizaje de la gratificación (T).** Desde la infancia el ser humano descubre y busca fuentes no sólo para satisfacer sus necesidades fisiológicas, sino también para gratificarse emocionalmente, es decir, encontrar motivos de tensión, excitación y relajación. Un ejemplo extremo: algunas veces los niños reciben malos tratos y hacen un aprendizaje gratificante de éstos. Son experiencias primordiales que marcarán su manera de estar en el mundo: «buscar caricias negativas», golpes, abusos de diverso tipo, como manera de gratificarse.
- Aprensividad (T).** Miedo excesivo a tener enfermedades o acontecimientos vitales desfavorables.
- Asertividad (HT).** Saber en cada momento lo que debe hacerse, expresarse con seguridad, templar las reacciones emocionales del paciente sin contagiarnos por ellas, sin caer en la agresividad o en la pasividad. Por ejemplo: el paciente nos tira sobre la mesa una receta espetando «eso es una porquería». Sin mostrar nerviosismo, le decimos: «por favor, le ruego que se siente y me cuente lo que ha pasado».
- Asesoramiento en tiempo real (HT).** Observaciones aportadas por el profesor en el mismo momento en que se produce una conducta del alumno. Su finalidad es indicar una estrategia o técnica comunicacional a desarrollar por el entrevistador (discente).
- Atención preferente en el primer minuto (HT).** Consiste en un contacto visual-facial con el paciente en el primer minuto de la entrevista que ocupe la mayor parte de este minuto inicial.
- Atender a (o monitorizar) nuestro paralenguaje (HT).** Darnos cuenta, mientras hablamos, del tono, timbre, cadencia e inflexiones de nuestra voz, detectando nuestros estados de ánimo y las reacciones que experimentamos. Por ejemplo, el entrevistador piensa: «¿por qué estoy alzando la voz con este paciente?, me pone nervioso/a, debo tratar de relajarme porque le contagio mis propios nervios».
- Atribuir emociones/actitudes/creencias positivas (HT).** Manifestamos verbalmente o actuamos como si el paciente tuviera unas determinadas emociones, actitudes o creencias, dándolo por hecho y, de esta manera, arrastrándolo a ser coherente con ellas. Por ejemplo: «ya podrá coger el alta, que es lo que usted en el fondo deseaba».
- Autoestima (T).** Consideración que tenemos de nosotros mismos.
- Averigua creencias (HT).** El entrevistador pregunta y se interesa por las creencias que suscita el paciente. Por ejemplo: «¿piensa que algo en concreto la está perjudicando?».
- Baja productividad, entrevistador de (FT).** En anamnesis: el entrevistador emite pocas preguntas o frases por unidad de tiempo; en exploración física: el profesional desarrolla pocas maniobras exploratorias por unidad de tiempo, en relación a la media poblacional.
- Balance confianza-fines (HT).** Establecemos un juicio de valor entre lo que pretendemos y el coste en términos de pérdida de confianza al que nos arriesgamos. Por ejemplo: «no se irá contenta si no le hago una TC, y posiblemente se cambiará de médico con un gasto global muy superior; voy a hacérselo ganándome más confianza».
- Balance emocional profundo (T).** Emoción o sentimiento que predomina como recuerdo varias semanas después de un encuentro.
- Barreras a la comunicación (T).** Cualquier rasgo del otro que sea disimilar a nosotros: edad, sexo, nivel social o cultural, aspecto, etc. Dificultades expresivas o de comprensión (sordera, tartamudeo, etc.). Aspectos intrapsíquicos del profesional: personalidad, tensión o ansiedad porque no sabe qué debe hacer, lo que le ocurre al paciente... Aspectos intrapsíquicos del paciente: ansiedad, depresión, problemas de personalidad... Situaciones clínicas comprometidas: por la urgencia, por el tipo de demanda, por los acompañantes disfuncionales...

- Bidireccionalidad (HT).** Existe un clima de verdadero diálogo, en el que ambos actores, profesional y paciente, se notan con libertad para opinar e incluso interrumpirse. Por ejemplo, crear silencios o preguntas del tipo: «¿tiene preguntas?», «¿qué opina al respecto?», para incentivar la participación del paciente.
- By the way (T).** Término anglosajón que expresa aquella situación por la que un paciente introduce una nueva demanda cuando preveíamos el final de la entrevista. Traduciríamos el término por: «por cierto, doctor, ya que estoy aquí...».
- Caída de heurísticos (T).** Debido a algún factor restrictivo (cansancio, irritabilidad, etc.), el profesional trata de resolver la situación clínica con una estrategia muy elemental. Por ejemplo: aplica unos baños oculares en lugar de realizar una exploración detallada de la córnea.
- Calidad de los procesos de una entrevista (T).** Hasta qué punto se han realizado las tareas que estaban prescritas para la modalidad de entrevista y situación clínica en que dicha entrevista se desarrollaba.
- Calidades profundas del entrevistador (T).** Manera de responder al sufrimiento del paciente, por parte del entrevistador. La empatía es una de estas calidades profundas.
- Calidades de superficie del entrevistador (T).** Manera de acoger al paciente por parte del entrevistador. La cordialidad es una de estas calidades de superficie.
- Calidez (HT).** Cualidad de una persona por la cual es capaz de crear un clima de afabilidad en sus relaciones interpersonales. Equivale a: «me gusta cuidar de usted».
- Cambiar el tono emocional (T).** Capacidad de un sujeto para pasar de uno a otro estado emocional. Se alude a ella como «quinesia» emocional. Por ejemplo, en cuestión de fracciones de segundo el sujeto pasa de la seriedad a la risa.
- Cambio (T).** Admitimos como correcta una actitud, idea o emoción distinta de la que hasta el momento sustentábamos.
- Campo de búsqueda (T).** Todas las conductas presentes o que el sujeto alguna vez ha realizado, o que están en su entorno, y que se le aparecen como posibilidades cuando debe dar respuesta a un reto.
- Campo de negociación (T).** Materia sobre la que discurre la acción de negociar.
- Carácter (T).** Estilo de sentir.
- Carácter circular de las emociones (T).** Las emociones se justifican cognitivamente, de manera que es muy difícil salirse de ellas mediante una acción crítica. Así, cuando estamos enfadados nos enfada incluso la posibilidad de considerar que nuestro enfado carece de base. Cuando estamos cansados de conducir nos cansa incluso pensar en dónde detener el coche para echar una cabezada, y continuamos conduciendo. Cuando experimentamos un fuerte rencor, por un lado el sentimiento nos daña, pero por otro lado nos sentimos apegados a él, como si se devengara cierto placer acariciando una hipotética venganza, por lo que no desistimos de mantenerlo, etc.
- Carga asistencial (T).** Cantidad de trabajo clínico que diariamente debe solventar el profesional.
- Cesión condicional (HT).** Acepta una petición o sugerencia del paciente si se cumple una determinada condición. Por ejemplo: «si no mejora puede ser adecuado hacer esto que propone».
- Cesión diferida (HT).** Acepta una petición o sugerencia del paciente para aplicarla en un lapso de tiempo. Por ejemplo: «puede que en un mes sea adecuado hacer esto que propone».
- Cesión intencional (HT).** Acepta una petición o sugerencia del paciente a nivel de intenciones futuras. Por ejemplo: «me parece bien que me lo diga, lo tendré en cuenta».

- Cesión real (HT).** Acepta una petición o sugerencia del paciente para aplicarla de manera inmediata. Por ejemplo: «sí, me parece bien hacer esto que propone».
- Charlatanismo (FT).** Uso de un vocabulario exagerado que busca fascinar al receptor (paciente) rebajando su espíritu crítico, con fines de manipulación o simple lucimiento personal.
- Ciclo ideal de entrevistas (HT).** Algunos pacientes requieren para el correcto abordaje de sus síntomas la progresión desde una entrevista semiológica a una entrevista de escucha y una de integración/psicoeducativa. Por desgracia no siempre es posible (ya sea por falta de habilidad del entrevistador o por resistencia del paciente) por lo que a este ciclo le llamamos «ciclo ideal».
- Cierre de entrevista (HT).** Por lo general, consta de: advertencia de final, señales de acuerdo, concertar visita de seguimiento y despedida cordial.
- Clarificación (HT).** Frase por la que se solicita el significado de una palabra o expresión. Es una intervención verbal o no verbal que obliga al paciente a explicar el sentido de un término o idea; por ejemplo: «¿qué entiende usted por...?» o una expresión de extrañeza equivalente.
- Clarificación de expectativas (HT).** Solicitamos que se nos amplíe el significado de lo que la otra persona espera de nosotros. Por ejemplo: «¿en qué piensa que puedo ayudarle?».
- Clarificación forzada (HT).** Invitamos al paciente a explicarnos unos síntomas que aqueja sin usar una determinada palabra. Por ejemplo: «cuénteme lo que le ocurre sin usar la palabra mareo».
- Claves que obligan (T).** Dato anamnésico o exploratorio cuya presencia siempre debe llevarnos a una determinada actuación.
- Coartada cognitiva (T).** Justificación por la que nos permitimos resolver una situación clínica a sabiendas de que estamos aplicando una regla de acción (o heurístico) de bajo nivel. Por ejemplo: «estoy agotado y este paciente es un quejica. Le pediré un análisis de complacencia y si vuelve a quejarse ya me lo miraré con más detalle». En cursiva la coartada cognitiva.
- Cognición (T).** Pensamiento por el cual somos capaces de conocer.
- Cognitivo (T).** Relativo a los pensamientos que orientan nuestra percepción y conocimiento de las cosas.
- Compartir riesgos (HT).** Procedemos a solicitar la opinión de otros profesionales, no tanto porque no sepamos lo que debemos hacer, como por el hecho de que prevemos que la evolución del paciente nos será favorable, y queremos agotar todo el espectro de posibilidades de acción, así como demostrar que hemos actuado *lex artis*.
- Competencia emocional del entrevistador (T).** El entrevistador sabe detectar las emociones del consultante, la repercusión que dichas emociones tienen sobre sí mismo, y sabe contrarrestarlas para mantener su propio tono emocional e incluso sintonizar al paciente en otra emocionalidad más apropiada (rescate emocional).
- Complacencia (T).** Actitud por la que el entrevistador satisface los deseos del consultante, incluso a riesgo de incurrir en iatrogenia.
- Compromiso con la relación asistencial (T).** Grado de riesgo, esfuerzo e incluso sacrificio personal que el paciente, o en su caso el clínico, están dispuestos a arrostrar en el proceso terapéutico.
- Comunicación (T).** Acción de comunicar, es decir, hacer partícipe a otro de algo que poseemos. Suele distinguirse un emisor del mensaje (aquel que da a conocer algo), un receptor (el que escucha) y un canal por el que circula el mensaje.
- Concatenaciones de preguntas cerradas (FT).** Varias preguntas cerradas que se emiten de manera muy seguida, y son contestadas con «síes o noes».

- Concreción (HT).** Capacidad de una persona para delimitar el objeto de una entrevista, y transmitir los mensajes de la manera más sencilla y concreta a fin de lograr una comunicación eficaz.
- Condiciones de suficiencia (T).** Criterios que usamos para aceptar una determinada orientación diagnóstica, combinando datos de tipo anamnéstico y exploratorio.
- Conducta no verbal (T).** Mensajes emitidos mediante gestos o expresiones ajenas al lenguaje hablado.
- Conflicto (T).** Choque de expectativas, prestigio o intereses entre varias personas.
- Conflicto desplazado (T).** Una persona traslada su malestar, fruto de un conflicto primario, hacia otro conflicto que no tiene nada que ver con el anterior (al que llamamos conflicto secundario). En ocasiones, este conflicto secundario es creado ex profeso. Por ejemplo: un determinado paciente es maltratado en su empresa; posteriormente, aprovecha una pequeña discrepancia con su doctora para descargar toda su tensión. O bien: un paciente se muestra contrario a una determinada medida terapéutica, no tanto porque dude de la eficacia del medicamento como porque así aflora su malestar por una alta laboral forzada.
- Confrontación (confrontar) (HT).** Poner al paciente frente a su realidad para que reaccione, ya sea a nivel verbal o conductual. A diferencia del antagonismo, nuestro propósito no es criticar, sino movilizar energías del paciente hacia la reflexión o el cambio. Por ejemplo: «le he contado 120 g de ingesta diaria de alcohol, y para su edad no debiera pasar de 30... ¿qué le parece?».
- Connivencia (FT).** Justificar una conducta equivocada debido al apego emocional que tenemos con esta persona.
- Consejo inoculado (HT).** Emitimos un consejo en un momento de la entrevista en que parece un comentario nuestro casual. Por ejemplo, acabando la visita con un paciente muy derrotista: «y el próximo día a ver si me viene con alguna alegría para contarme».
- Consejos/mensajes personalizados (HT).** Frases emitidas en primera persona del singular del tipo: «yo en tu lugar», «si dependiera de mí...».
- Conspirativo, tono (T).** El mundo, en general, y las personas, en concreto, actúan movidas por intereses secretos, inconfesos y entrelazados.
- Contención emocional (T/HT).** Característica o habilidad técnica del entrevistador, por la que no se ve forzado a dar consejos o a proponer acciones como respuesta a una transacción o descarga emocional del paciente. Por ejemplo: una mujer empieza a llorar en la consulta al revivir el fallecimiento de un familiar. El profesional podría decir: «todo se solucionará», o proponer: «¿ya sale a pasear con las amigas?», etc., sin embargo, es capaz de escuchar con respeto y empatía, sin importarle los silencios.
- Contraargumentar, capacidad de... (T/HT).** La persona que escucha a otra puede preguntarse: «¿es eso que me dice exactamente así?». En tal caso, esta persona tiene capacidad de contraargumentar, capacidad que puede manifestarla en abierta confrontación verbal («eso que usted afirma no es cierto»), como mediante otras estrategias.
- Contrabalanceo emocional (HT).** Efecto por el cual un entrevistador logra balancear a un paciente hacia emociones opuestas a las que inicialmente manifestaba, generalmente de emociones negativas a otras positivas o más constructivas, gracias a que deja expresar estas emociones negativas sin cortapisas.
- Contraproyectiva, Técnica (HT).** Ante una intervención desairada, contestamos mostrando, en primer lugar, una emoción de tipo similar (y especular), primer tiempo de la técnica, y en seguida ofrecemos otro tema en el que ocupar nuestra atención, segundo tiempo. Por ejemplo: «Paciente (con hostilidad): estoy muy disgustado porque no he encontrado mejoría con estas pastillas. Entrevistador (con serenidad): a mí también me disgusta no aliviar sus molestias... ¿ha comido sin sal?».

- Contrarrestar estereotipos (HT).** Agrupa diversas técnicas de tipo cognitivo mediante las cuales nos «abrimos» a conocer mejor a la otra persona. Por ejemplo: «¿y si esta persona que me cae mal tuviera las mismas aficiones que tengo yo?». Otra técnica es atribuirle una actividad, habilidad o conocimiento que admiramos.
- Contrasugestiva, Técnica (HT).** Mensaje con una primera parte sugestiva («podría ser que estas pastillas le dieran ardores») y una segunda contrasugestiva («pero sería muy raro que sucediera»).
- Contrato (T).** Ambos contertulios ligan sus voluntades de manera formal a través de un documento oral o escrito por el que se comprometen a algo.
- Contratransferencia/Transferencia (T).** Al establecer una relación, recuerdos o eco emocional que despierta en nosotros dicha relación interpersonal. Se llama transferencia cuando nos referimos al paciente, y contratransferencia cuando nos referimos al profesional.
- Controlabilidad sobre los procesos (HT).** Dar elementos al paciente para que decida el mejor curso de la entrevista o de la acción a emprender; por ejemplo, solicitar permiso para un procedimiento, dar información sobre lo que se debe hacer en determinadas circunstancias, cómo monitorizar algún parámetro de su enfermedad y las acciones consiguientes, etc.
- Conversión inaparente (T).** El consultante es persuadido de un concepto determinado, aunque no lo admita tras la discusión.
- Cordialidad (HT).** Clima por el que dejo entrever a mi interlocutor que me encuentro a gusto hablando con él/ella, y que es bienvenido, en caso de que le reciba.
- Corregir errores de atribución (HT).** Todos tenemos sesgos importantes en la manera de atribuir rasgos de personalidad a nuestros semejantes. Los repelentes verbales (tono o timbre de voz que, de inmediato, nos predispone en contra del orador), es un ejemplo de este tipo de error sistemático. Descubrirlos y corregirlos es una de las tareas primordiales de todo profesional de la comunicación.
- Coste emocional del reencuadre (T).** Esfuerzo emocional que debe asumir el entrevistador cuando se percata de que la entrevista va por un camino equivocado.
- Creación de nuevo entorno (HT).** Variar alguna característica de la entrevista: lugar, número de personas entrevistadas, presencia o ausencia de un acompañante... Apartamos al paciente del acompañante, por ejemplo: «verá, por lo general, a estas edades a los chicos/as les gusta comentar sus cosas sin la presencia de los padres, ¿tendrían la bondad de esperarse un momento en la sala de espera, y luego vuelven a pasar?»; otras veces indicaremos al paciente que pase a la camilla, y allí proseguiremos la anamnesis.
- Crear escenarios (HT).** Proponer al paciente que se encuentra en una situación determinada, o con algún tipo de condicionante, y preguntarle cómo se sentiría o actuaría en tales condiciones. Por ejemplo: «si tuviera que subir 4 pisos sin parar en el rellano, ¿qué cree que sucedería?».
- Crear espacios para la contraposición de argumentos (HT).** Mediante algún tipo de mensaje verbal o no verbal nos resulta posible exponer argumentos contrarios a la creencia del paciente, y que éste los escuche. Por ejemplo: «permítame que ahora le exponga lo que pienso al respecto».
- Creencia (T).** Concepto dado como cierto por el sujeto, sin que sea verificado o comprobado.
- Criterio «Para mí» (T).** El clínico maduro no se limita a «evocar» conocimientos aprendidos, sino que explora la realidad mediante su intuición y creatividad. Establece un contraste entre lo que sabe y lo que supone, en un proceso que hemos llamado «doble contraste subjetivo». Gracias a él va estableciendo la realidad de estas presunciones, que

pasan a ser criterios que le guiarán en la práctica clínica. Sin embargo, estos criterios son «para mí», en el sentido de que muchas veces no pueden comunicarse a los demás por no tener suficiente sustento de pruebas.

Culpabilización (FT). Presuponer algún tipo de responsabilidad sobre un resultado adverso y reñir por ello.

Dar controlabilidad sobre los procesos (HT). Dar elementos al paciente para que decida el mejor curso de la entrevista o de la acción que se va a emprender; por ejemplo, solicitar permiso para un procedimiento, dar información sobre lo que se debe hacer en determinadas circunstancias, cómo monitorizar algún parámetro y las acciones consiguientes, etc.

Dar las instrucciones por escrito (HT). Proporcionar algún tipo de documento donde consten las instrucciones que hemos dado verbalmente.

Dar nombre al padecimiento (HT). Más allá de un diagnóstico científico (aunque puede coincidir), ofrecer al paciente un término comprensible que pueda darle cierto grado de control sobre su padecimiento.

Delimitar demanda (HT). Averiguar lo que desea el paciente obtener en la entrevista: «¿qué le trae hoy por aquí?», «¿era eso lo que le traía a la consulta o hay más cosas que desee consultarme?».

Denegar (HT). Decir «no», no acceder a una petición. Por ejemplo: «lo siento, esto no se lo puedo hacer».

Dependencia de campo (FT). Olvidamos el plan de entrevista a favor de seguir los materiales que van surgiendo en el diálogo.

Desactivar las proyecciones de omnipotencia (HT). Rechazamos las imputaciones no realistas que nos hace nuestro contertulio, referidas a nuestras capacidades curativas. Por ejemplo: «le agradezco su confianza, pero me temo que el problema suyo es más complicado que darle sencillamente unas inyecciones».

Descubrir emociones propias (Self disclosure) (HT). Llevamos, al plano de la relación, emociones que experimentamos. Por ejemplo: «me sabe mal esto que me cuenta, yo tenía la esperanza de que le hubiera aliviado».

Desgaste profesional (T). Erosión de tipo emocional que sufre el profesional de la salud y que afecta a sus propósitos a largo plazo de ser mejor profesional, eso es, de no caer en la mediocridad (el ir pasando).

Detallar las instrucciones y cambios conductuales (HT). Proporcionar al paciente las indicaciones suficientes para que pueda situar en sus rutinas diarias las instrucciones que le hemos dado.

Detectar mala adherencia, Técnicas para (HT). Preguntas y otras técnicas que permiten saber, o aproximarnos, al grado de cumplimiento con las medicaciones. Por ejemplo: «algunos pacientes tienen dificultad para tomarse cada día las pastillas, ¿es éste su caso?».

Detectar resistencias (HT). Darnos cuenta de la oposición explícita o implícita del paciente para tratar un tema determinado o llegar a acuerdos.

Diálogos virtuales (T). Imaginamos un diálogo con una persona que nos importa. La mayor parte de ideas creativas surgen en diálogos virtuales. En la soledad de nuestra mente no podemos dialogar con nosotros mismos, pero podemos crear la ficción de hablar con una persona que nos importe.

Disco rayado (HT). Denegar algo de manera repetitiva, usando cada vez similar gestualidad y tono de voz.

Disonancia cognitiva (T). Esfuerzo para justificar cómo son las cosas, aunque, de hecho, sentimos en alguna medida cierto desagrado.

- Doble contraste subjetivo (T).** Proceso por el que tras comprobar que una determinada intuición nuestra ha sido correcta o incorrecta, creamos un criterio «esta intuición es verdadera/falsa y a partir de ahora interpretaré tal signo/síntoma/escenario clínico de tal manera».
- Doble pacto (HT).** Ceder en un punto a cambio de que el consultante ceda, a su vez, en otro. Por ejemplo: «me parece bien hacerle estas radiografías, pero vamos a avanzar y mientras usted debería empezar con estos estiramientos..., ¿de acuerdo?»
- Dominar/Cultivar el punto de la perplejidad (HT).** Aplicar nuestra voluntad de manera deliberada para detectar situaciones cotidianas donde predomina el «no saber», y que, sin embargo, tratamos de encubrir (p. ej., aplicando diagnósticos o tratamientos para situaciones parecidas). Por ejemplo: «puede que esta lesión sea un liquen, pero predomina la duda». Centenares de médicos vieron casos de SRAS (neumonía asiática), y aplicaron todo tipo de diagnósticos «rutinarios», antes de caer en la cuenta de que «no sabían» qué tipo de infección afrontaban.
- Dominio del entorno(HT).** Asegurarse el máximo confort, regular la presencia de acompañantes, ordenar impresos, llamadas externas, etc., para asegurar una mejor entrevista. Por ejemplo (en un domicilio): «¿Tendrían la amabilidad de abrir aquella ventana y quedarse sólo usted en la habitación, con el paciente?».
- Edades del clínico (T).** Sin relación con la edad cronológica del profesional, describe la evolución emocional y cognitiva desde que éste acaba el MIR hasta que se jubila: juventud, primera crisis, madurez, mediocridad, enroque y corredor de fondo.
- Efecto alud (T).** Al final de la jornada laboral acumulamos los máximos retrasos sobre los horarios preestablecidos.
- Efecto antiplacebo (FT).** El paciente desea que «aquello que me han dicho» no le vaya bien para así poder volver «a protestar», si cabe, con mayor vehemencia.
- Efecto bumerán (T).** Ante preguntas relativas a creencias o expectativas (p. ej., «¿qué cree que le influye en sus síntomas?», el paciente responde: «eso debería saberlo usted, para eso vengo». El entrevistador entrenado suele responder con un contrabumerán: «yo me formo mi opinión, pero ahora la que me interesa es la suya».
- Efecto de generalización emocional (T).** Atribuimos las malas sensaciones que nos transmite una persona en concreto a un determinado conjunto de personas. En el caso de un profesional, atribuye una emoción desagradable que le despierta un paciente concreto al conjunto de pacientes que esperan para ser visitados, o a todos los pacientes en general.
- Efecto eco (T).** El profesional (o el profesor), reciben del paciente (o de los discentes), las emociones que ellos mismos proyectan.
- Efecto iatrotrópico (T).** Tendencia de los pacientes a interactuar en cualquier lugar y situación con personas que son, o aparentan ser, médicos.
- Ejemplificación (HT).** Explicación de un concepto mediante un símil, en general de tipo visual, de fácil comprensión. Por ejemplo: «tiene los bronquios afectados por el tabaco, como una chimenea con hollín».
- Emblemas (T).** Gesto o expresión cuyo significado viene determinado culturalmente de manera unívoca.
- Emotivo-racional, modelo (T).** Modelo que entiende la entrevista como un cruce de emociones y cogniciones, con una fase de tensión (no sabemos) y relajación (resolvemos la entrevista). El profesional debe, en primer lugar, establecer lo que se pretende de él (encuadre) y verificar unas primeras hipótesis tempranas, con la idea de aplicar unas condiciones de suficiencia y resolver la entrevista: («ya sé lo que le pasa/ya sé lo que debo hacer»). Según este modelo, la gran dificultad estriba en reencuadrar la entrevista («voy por mal camino»), y demorar su resolución hasta reprocesar las condiciones de suficiencia.

- Empaquetar para usar (HT).** Método de estudio consistente en «empaquetar» la información bajo los epígrafes de la tabla 3.4.
- Empatía (HT).** Cualidad de una persona por la cual es capaz de transmitir comprensión hacia las emociones de otros individuos. Capacidad para comprender cómo puede sentirse la otra persona (primer momento de la empatía) y hacérselo saber (segundo momento). Puede ser verbal o no verbal, por ejemplo: un movimiento de cabeza que significa «ya veo que lo pasa mal».
- Empezar de cero (HT).** Los datos que hasta el momento disponemos son tan confusos que decidimos que lo mejor es considerar al paciente como si fuera completamente nuevo para nosotros.
- Encuadre de la entrevista (T).** «¿Qué se pretende de mí?» La respuesta que demos a esta pregunta en cada momento de la entrevista es el encuadre o intencionalidad de la entrevista.
- Enfermedad autógena (T).** Padecimiento cuyos síntomas se exageran, y que obliga al sistema sociosanitario, al paciente y a su familia a actuar de una determinada manera, hasta el punto de que el paciente debe proseguir con el rol que se ha asignado para mantener el nuevo equilibrio sociofamiliar, cuidados recibidos, beneficios de ayudas económicas, etcétera. A diferencia de la simulación, el paciente cree en la realidad de sus síntomas.
- Entrevista de cambio de hábitos o motivacional (T).** Describe un tipo de entrevista en el que el paciente nos pide de manera explícita o implícita que le ayudemos a cambiar unos determinados hábitos. Ejemplo: un paciente nos pide que le ayudemos a dejar de fumar. Véase también *entrevista motivacional*.
- Entrevistador campo-dependiente (FT).** Centra su atención en función de los materiales que salen en la conversación, sin seguir un plan de entrevista.
- Entrevista confrontativa.** Le decimos al paciente lo que esperamos de él.
- Entrevista de escucha y acomodación (T).** Describe un tipo de entrevista en la que nuestra principal intencionalidad es que el paciente llegue a encontrarse cómodo y a escucharse él mismo mientras nos abre su intimidad; en el proceso tenemos la esperanza de que si se escucha llegue incluso a aceptarse y/o comprenderse. Ejemplo: paciente que expresa disconfort psicológico.
- Entrevistador de habilidades extensas.** Es capaz de realizar las diferentes modalidades de entrevista. Si además sabe moverse de una a otra modalidad tendrá amplitud competencial.
- Entrevistador intuitivo (FT).** Tendencia a inventar datos que en realidad no ha comprobado de manera suficiente.
- Entrevista en dos fases (T).** El entrevistador, cuando se percata de que el paciente «no tiene nada orgánico», experimenta la relajación propia de haber llegado al diagnóstico, y deja para una segunda entrevista el diagnóstico psicopatológico más preciso.
- Entrevista informativa y prescriptiva (T).** Describe un tipo de entrevista en la que el profesional debe informar y/o prescribir unos consejos. Puede ser la segunda parte de cualquiera de las anteriores modalidades. Ejemplo: debemos recomendar la mejor estrategia para un paciente con una fuerte bronquitis.
- Entrevista motivacional (T).** Describe un tipo de entrevista en la que el entrevistador trata de cambiar hábitos y actitudes a partir de la propia motivación que el paciente es capaz de generar.
- Entrevista operativa (T).** Describe un tipo de entrevista en la que profesional y paciente tienen claro el contenido de la entrevista: control de un determinado padecimiento, aplicación de una técnica, etc. Ejemplo: paciente que acude para una cura de una herida.

- Entrevista psicoeducativa y de integración (T).** Describe un tipo de entrevista en la que el profesional persigue un cambio en la manera de percibir o interpretar la enfermedad, una situación sociofamiliar o su propio cuerpo, e incluso puede proponer estrategias, pautas o ejercicios para lograrlo. Ejemplo: un paciente con múltiples demandas, en el que observamos importantes aspectos biográficos que él/ella no relaciona, y que influyen en el cuadro clínico.
- Entrevista semiestructurada (HT).** Entrevista en la que se desarrolla una secuencia de técnicas según un modelo de aplicación general.
- Entrevista semiológica (T).** Describe un tipo de entrevista en la que nos marcamos como objetivo establecer la presencia de unos síntomas o signos para los que se nos pide una orientación diagnóstica. Ejemplo: paciente que acude por un dolor torácico.
- Enunciación (HT).** Efecto de advertir lo que vamos a comunicar. Por ejemplo: «ahora vamos a hablar de los controles que haremos de su azúcar».
- Enunciación autoritaria (HT).** Sabemos que el diagnóstico o problema del problema que vamos a emitir va a contar con la oposición o rechazo del paciente, pero aún así lo enunciamos de manera asertiva, conscientes de que es una estrategia de negociación. Por ejemplo: «por más que lo niegue, usted tiene un problema que se llama alcoholismo».
- Enunciación del problema de salud (HT).** Consiste en dar un diagnóstico o definir el problema de salud.
- Enunciación simple (HT).** Damos un solo diagnóstico o definición de problema.
- Enunciación múltiple (HT).** Damos varios diagnósticos o definiciones de problema. Por ejemplo: «usted tiene tres problemas. El primero es... el segundo... el tercero...».
- Enunciación parsimoniosa (HT).** Insinuamos un diagnóstico o problema, pero dejamos que sea el subsiguiente diálogo con el paciente el que nos permita definir con mayor claridad lo que pensamos de la situación del paciente. Por ejemplo: «creo que en sus molestias influye todo el problema familiar que antes me refería, ¿qué piensa al respecto?»
- Epicrisis abierta (o resumen abierto) Técnica de (HT).** Consiste en una breve narración escrita que sintetiza lo esencial del paciente; equivale a autoexplicarnos el paciente en unos pocos minutos. Por ejemplo: «paciente de 56 años, que enviudó hace 6, a partir de lo cual presenta múltiples síntomas digestivos con duelo mal resuelto».
- Escucha empática (HT).** Con ella tratamos de reproducir de manera imaginada el estado emocional o los síntomas que refiere el paciente.
- Escucha semiológica (HT).** Con ella atribuimos aspectos del paciente (síntomas o signos) a la presencia de un determinado padecimiento o característica descrita en la bibliografía.
- Esfuerzo empático (HT).** Reproducimos cómo puede encontrarse el paciente evitando que nuestro propio recuerdo de situaciones parecidas interfiera en el acto de imaginarlo.
- Espacios de elaboración (T/HT).** Momento que se produce durante el diálogo en que uno de los contertulios elabora lo que va a decir.
- Espacio seguro para aceptar críticas, crear un... (HT).** Clima emocional que sabe crear el profesional o el profesor, gracias al cual el receptor de estas críticas las vive como oportunidad y no como impugnación de su manera de ser.
- Especular, Técnica (HT).** Consiste en reflejar con el rostro reacciones emocionales similares a las que experimenta su paciente. Lo contrario es la posición asimétrica (véase).
- Establecer los propios objetivos de la entrevista (HT).** El profesional se hace en cada momento y para cada paciente su propia idea de lo que pretende con esta entrevista.
- Esteréognósica, Técnica (HT).** Mostramos el significado de una medida terapéutica o de

un proceso fisiopatológico (como la presión arterial alta), mediante el uso del sentido del tacto y de la presión, u otro órgano perceptivo diferente del oído. Por ejemplo: «observe esta gráfica: usted corresponde a este punto, y estos otros puntos son los resultados suyos de otros años. Ningún punto debería atravesar esta línea roja... ¿se da cuenta?».

Estereotipa (FT/T). Imagen que domina el análisis de una determinada persona, dándole atributos o defectos que, en realidad, no posee.

Estilo de confrontación (HT). Véase «confrontación». Manera de actuar por la que situamos a nuestro contertulio frente a su propia realidad pero sin enjuiciarle, sino como si fuéramos espejos de dicha realidad.

Estilo de culpabilización (T). Véase «culpabilización». Manera de actuar por la que buscamos imputar culpas a las otras personas, y de esta manera lograr cierta ventaja o ascendencia sobre ellas.

Estilo emocional reactivo (T/FT). Se refiere al estilo emocional del entrevistador, según el cual éste reacciona de manera similar al estímulo que recibe del paciente. Con los pacientes agradables se muestra agradable, y antipático con los pacientes antipáticos.

Estilo emocional proactivo (T/HT). Se refiere al estilo emocional del entrevistador, según el cual éste logra mantener un tono emocional en la consulta, sin dejarse arrastrar por las emociones negativas que reciben.

Estilo natural de entrevistar (T). La manera habitual de entrevistar un profesional no entrenado en comunicación.

Evaluar las dudas/respuesta evaluativa (HT). Ante la expresión verbal o no verbal de duda, el profesional procede a valorar las expectativas o creencias del consultante. Por ejemplo: «le veo un poco dudoso, ¿qué piensa al respecto?»

Evitación (T). Conducta de tipo no verbal, en general no consciente, por la cual una persona expresa el deseo de salir de un lugar, no contestar una pregunta o finalizar un encuentro.

Evitar discrepancias gratuitas (HT). El entrevistador sólo debe abordar las creencias del consultante que interfieran de manera significativa con su calidad de vida o con el plan terapéutico.

Expectativa de enfrentamiento (T). Uno de los actores ha planificado o imaginado el encuentro suponiendo que es inevitable un enfrentamiento.

Expectativa del paciente (T). Lo que espera de nosotros o del proceso terapéutico.

Explorar últimas consecuencias (HT). El entrevistador acoge las creencias del paciente y le conduce a las últimas consecuencias de lo que podría pasar si estas creencias se pusieran en práctica. Por ejemplo: «me parece bien rechazar todo lo que lleva química, pero dígame, ¿usted bebe bebidas refrescantes tipo...? ¿sabe que este tipo de bebidas llevan mucha “química”?».

Facilitación (HT). Mensajes verbales o no verbales que animan al consultante a proseguir su relato sin prejuzgar el contenido. Por ejemplo: «siga, le escucho».

Factores restrictivos (T). Variables que operan sobre el entrevistador reduciendo su capacidad de decisión reflexiva.

Falsa bidireccionalidad (FT). Aparentemente el entrevistador facilita un diálogo («¿lo entiende?, pregunte lo que quiera»), pero en la práctica su reactividad es tan alta que no permite al consultante que participe o pregunte.

Fascinar/Fascinación (T). Retener la atención de alguien mediante una cualidad de la mirada, del habla o de otra capacidad de comunicación, suspendiendo su espíritu crítico, es decir, su capacidad de contraargumentar.

- Fase exploratoria de la entrevista (T).** Aquella parte de la entrevista en la que el profesional averigua y explora el motivo de consulta del paciente (o los motivos de consulta).
- Fase resolutive (T).** Aquella parte de la entrevista en la que el profesional expone un plan diagnóstico o terapéutico, informa respecto al padecimiento o problemas del paciente, y, en su caso, negocia con él dichos contenidos.
- Favorece controlabilidad (HT).** Véase controlabilidad.
- Feedback (HT).** Retroalimentación en el modelo cibernético. En el contexto de la comunicación es la crítica recibida, u otros efectos positivos o negativos derivados de una actuación, y que influyen sobre el protagonista de ésta.
- Fenómeno de la expectativa insinuada (T).** El paciente manifiesta una expectativa sin hacer una petición formal, pero el profesional intenta satisfacerla.
- Flujo emocional, Estado de (HT/T).** Ambos contertulios se mueven en un terreno emocional sintónico (ver) y positivo.
- Focalización bióloga/psicóloga/sintomática (T).** Alude a la tendencia del profesional para explicar la realidad del paciente de una manera sesgada a los aspectos biológicos del enfermar (sin considerar otros aspectos psicosociales), o viceversa: hacia aspectos psicosociales (sin considerar el aspecto biológico). En la focalización sintomática no existe esfuerzo para ir más allá de los síntomas.
- Fosilización cognitiva (T).** Proceso por el que perdemos habilidades discursivas, las cuales quedan, al final, reducidas a las que usamos más y con las que obtenemos resultados habitualmente «suficientes». Por ejemplo: en la lectura de una radiografía de tórax, olvidar la valoración del marco óseo.
- Fosilización de actitudes (T).** Proceso por el que seleccionamos las actitudes que nos resultan más cómodas, olvidando aquellas que nos obligaban a un mayor esfuerzo de tipo emocional. Por ejemplo: intentar escabullirnos ante un accidente, o tratar de comprender si un paciente hiperfrecuentador nos está refiriendo síntomas nuevos.
- Fosilización de conductas (T).** Proceso por el que perdemos habilidades clínicas de tipo psicomotriz, las cuales quedan al final reducidas a las que usamos más.
- Frase interrogativa (HT).** Casi cualquier pregunta abierta o cerrada puede formularse como una frase en la que obviamos la interrogación. Por ejemplo: cuénteme qué tipo de persona es usted. Pueden ser frases interrogativas abiertas o cerradas (aunque estas últimas son más difíciles de formular), concretas o generales, en este último caso indistinguibles de las facilitaciones verbales («dígame algo más de cómo se sentía»).
- Frase por repetición (HT).** El entrevistador repite la frase, o una parte de ésta, que acaba de pronunciar el consultante con el fin de dirigir su atención de manera selectiva.
- Fuerza ilocucionaria (T).** Lo que informa al oyente de las normas que hay en el grupo, y como nos obligan las relaciones que establecemos. Por ejemplo (con severidad): «si, eso siempre se hace así». Concepto similar al de injunción implícita.
- Gota Malaya (HT).** Repetimos en diferentes contextos un determinado mensaje, con el fin de que cale en el consultante.
- Hábito de interrogación (HT).** Conducta de aseguramiento frente a errores clínicos que consiste en preguntarse de vez en cuando si el curso de acontecimientos es el más adecuado. Por ejemplo: «¿estoy corriendo demasiado?, ¿me queda clara la demanda del paciente?».
- Hacernos nuestra propia opinión/Independencia de campo (HT).** El profesional se hace en cada momento su propia idea de cual es su orientación diagnóstica y curso de acción más apropiado.

- Health Belief Model (T).** Modelo que define algunas variables explicativas del cambio en los pacientes.
- Heurístico (T).** Regla de decisión. Ante una situación clínica se activa una regla de decisión para darle respuesta. Esta regla de decisión puede ser muy elemental (presencia un accidente, pido ayuda), es decir, de bajo nivel, o muy compleja (veo un accidente, pido ayuda, reconozco a los heridos, aplico primeros auxilios, etc.), o de alto nivel. Cuando estamos bajo los efectos de factores restrictivos (cansancio, ansiedad, trastornos cognitivos, etc.), se activan coartadas cognitivas para aplicar reglas de decisión (heurísticos), elementales o de bajo nivel, aunque sepamos «hacer mucho más» (es decir, aunque tengamos un heurístico de alto nivel, complejo, para dar respuesta a esta situación clínica). Es, por tanto, una manera de ahorrar energía aun a costa de asumir riesgos.
- Heurístico de alto/Bajo nivel (T).** Las reglas de decisión a las que incorporamos nuestra experiencia clínica, y que minimizan las posibilidades de error, o son capaces de contrarrestar un curso clínico desfavorable, las llamamos de alto nivel. Las más elementales, para «cubrir el expediente», serían de bajo nivel.
- Hipótesis inversa, Técnica de la (HT).** Considerar hipótesis contrarias al área que hasta el momento hemos trabajado, por ejemplo: «estoy planteándome hipótesis de tipo biológico... ¿y si el problema estuviera en el ámbito de lo psicosocial?» o viceversa.
- Ilustradores (T).** Gestos o expresiones por los que subrayamos enfatizamos, o describimos las cosas que estamos diciendo.
- Imposición (T).** Uno de los contertulios obliga a aceptar una determinada conducta a la otra parte.
- Independencia de campo (HT).** El profesional se hace en cada momento su propia idea de cuál es su orientación diagnóstica y curso de acción más apropiado. Por ejemplo: «este informe del hospital pone que el paciente tuvo una gastroenteritis, pero voy a hacerme mi propia idea para corroborarlo o no».
- Inercia de hábitos (T).** Una vez aprendida una nueva conducta, hasta qué punto la persona es capaz de mantenerla e incorporarla a su vida cotidiana de manera estable. En la bibliografía se ha distinguido el perfil de personalidad con fuerte tendencia a adquirir conductas adictivas (inercia de hábitos adictivos), sin valorar el otro polo: personas proclives a adquirir inercia de hábitos que requieren esfuerzo. Por ejemplo: incorporar unos ejercicios de estiramientos diarios, que nos han aconsejado.
- Información (T).** Mensajes que suelen expresar juicios de hechos, datos objetivos o instrucciones.
- Influencia (T).** Proceso de cambio debido a la presencia activa de alguien o algo.
- Influencia interpersonal, Modelo (T).** Modelo que distingue unos modos de influencia (persuasión, consejo, orden, negociación), que se desarrollan de manera consciente o no consciente (inaparente). El sujeto en crisis puede orientarse a buscar soluciones o a aceptar sugerencias externas (locus de control), mostrando tres grados de resistencia al cambio (pirámide del cambio).
- Informe clínico, Técnica del (HT).** Sólo daremos por buena una anamnesis cuando mentalmente seamos capaces de escribir un informe clínico. Por ejemplo: «¿tengo todos los datos necesarios para hacer un informe clínico, si fuera el caso? En caso negativo debo proseguir la anamnesis».
- Inhibición interna grupal (T).** Los participantes de un grupo determinado no participan de manera espontánea, temerosos de verse cualificados por el resto de participantes.

- Insight (T).** La persona con *insight* tiene capacidad para percatarse de sus emociones y sentimientos.
- Intencionalidad/Encuadre de la entrevista (HT).** Aquello que se pretende de mí en tanto que profesional en una determinada situación clínica (que llamamos situación estimular). Por ejemplo: un ciudadano se desmaya en la cola del cine. «En tanto que profesional de la salud estoy obligado a atenderle», sería el primer encuadre que hacemos de esta situación estimular.
- Interacción estratégica (T).** Modelo según el cual los seres humanos nos relacionamos con un libro de contabilidad en el que vamos apuntando las interacciones en una columna de debe y otra de haber.
- Interiorizar los síntomas del paciente (HT).** El clínico reproduce los síntomas que le expresa el paciente como si él mismo los experimentara, y se pregunta: «¿si yo me sintiera así, en qué enfermedad pensaría?».
- Interpretación sugerida (HT/FT).** Ofrecemos una interpretación de lo que le ocurre al paciente, adelantándonos a su propia elaboración de los hechos. Por ejemplo: «por todo lo que me cuenta parecería que esta relación sentimental le afecta mucho, incluso le dificulta hacer bien las digestiones».
- Interpretación profunda (HT/FT).** Ofrecemos al paciente una visión de lo que le ocurre a partir de variables biográficas importantes, que explicarían conductas aparentemente inconexas o poco justificadas. Por ejemplo: «parece como si experimentara rechazo hacia cualquier persona con autoridad que le recuerde a su padre».
- Juicios de valor (T).** Valoración de tipo ético de un dato de la realidad: «hiciste lo que pudiste», «hiciste bien», «es un gran avance», etc.
- Lectura textual, Técnica de (HT).** Imaginar que la información que se recibe auditivamente en realidad la estamos leyendo, e interpretarla «fuera del contexto», como si se tratara de un informe clínico.
- Legitimar (HT).** Damos a entender al paciente que tiene todo el derecho de decir, pensar o sentir lo que expresa. Por ejemplo: «tiene todo el derecho a notarse triste».
- Lex artis (HT).** Término que describe de manera global la conducta de un profesional que se ajusta a los cánones de buena práctica.
- Ley del «uno más uno» (FT).** Cuando un dato de anamnesis aportado por el paciente nos orienta hacia un determinado padecimiento, y encontramos en la exploración física o en la anamnesis subsiguiente otro dato congruente con esta orientación, otorgamos el diagnóstico.
- Listón de negociación (T).** Énfasis que pone una de las partes en conseguir algo en el marco de una negociación.
- Locus de control (T).** Externo cuando la persona cree que sus problemas biográficos dependen para su resolución de factores externos a ella, interno cuando cree que sobre todo va a ser su propia acción la que va a condicionar dicha resolución.
- Macrodiagnóstico (T).** Palabras que reflejan una constelación de datos orgánicos y psicosociales. Por ejemplo: cuidador claudicante, mujer en fase de nido vacío, síndrome metabólico del varón adulto (hipertensión, tabaquismo, diabetes, etc.).
- Manipular (FT).** Solicitar una conducta a alguien diciendo que pretendemos un fin, cuando en realidad pretendemos otro fin distinto.
- Mapa de quejas y demandas (HT).** El entrevistador establece todas las quejas y demandas que sufre el paciente.

- Marcador de clima de cordialidad (HT).** Rasgo de comunicación emitido por el entrevistador y que confiere un clima de cordialidad al encuentro, por ejemplo: sonreír, tono de voz, dar la mano, etc.
- Menú de sugerencias (HT).** Diversas opciones ofrecidas por el entrevistador para orientar el sentido de la respuesta del paciente. Por ejemplo: «estas molestias, ¿las tiene desde hace meses, días o años?».
- Método de la bolsa (HT).** Solicitamos al paciente que nos traiga en una bolsa todas las medicinas que tiene en casa, a fin de poner orden y ajustar las instrucciones.
- Microexpresión (T).** Expresión facial cuya duración es muy breve, casi imperceptible para un observador no entrenado.
- Modalidades de entrevista (T).** Formas habituales que adoptan las entrevistas en función de la intencionalidad: semiológica, de escucha, prescriptiva, etc.
- Modelado de conducta (HT).** Acción de modelar la conducta (véase).
- Modelar conductas (HT).** En lugar de emitir una orden verbal, mostramos, haciéndolo nosotros, lo que queremos que haga la persona. Por ejemplo: «fíjese cómo lo hago yo y después lo hace usted».
- Modelo de la esponja (T).** Cada persona busca la estima de las demás hasta quedar suficientemente empapada por ella. En caso de no lograrlo se deriva insatisfacción o frustración.
- Modelo relacional (T).** Pauta de conducta habitual en las relaciones entre consultante y profesional.
- Modo emocional avanzado (T).** Conductas que un entrevistador es capaz de realizar cuando un paciente le plantea retos. Destaca: mostrar paciencia, empatía y calidades proactivas de rescate de atención y rescate emocional, además de otras técnicas.
- Monitorizar nuestro paralinguaje (HT).** Darnos cuenta, mientras hablamos, del tono, timbre, cadencia e inflexiones de nuestra voz, detectando nuestros estados de ánimo y las reacciones que experimentamos.
- Negativa argumentada (HT).** Explicar el por qué decimos «no» a una determinada propuesta. Por ejemplo: «por desgracia, esta receta no te la puedo hacer porque este producto está desaconsejado en pacientes de tu edad».
- Negociación (HT/T).** Una de las personas desea de la otra parte algo, y trata de lograrlo mediante un acuerdo.
- Negociación explícita (HT/T).** Ambos contertulios saben que se está produciendo una negociación en la que una de las partes puede ceder o conceder algo a requerimientos de la otra.
- Negociación implícita/Negociación por deslizamiento (HT/T).** Una de las partes muestra una expectativa dejando a criterio de la otra su satisfacción. Por ejemplo, un paciente manifiesta: «¿me iría tan bien si pudiera hacer rehabilitación!», esperando que el profesional recoja la expectativa y acceda.
- Negociando el contenido de la consulta (HT).** Profesional o consultante intentan que un determinado tema sea o no sea abordado en la entrevista. Por ejemplo, el profesional dice: «por desgracia, hoy tenemos un tiempo limitado, ¿le parece que el asunto de la espalda lo posterguemos para un visita que me puede pedir para la semana entrante?».
- Normalizar (HT).** Uno de los contertulios admite como normal una conducta o sentimiento de la otra parte. Por ejemplo: «la mayor parte de personas después del fallecimiento de un familiar se encuentran como tú».
- Notarial, Técnica (HT).** El entrevistador indica que toma nota textual de las palabras del consultante, y las hace constar en el historial clínico.

- Notificación compensada (HT).** Compensamos una mala noticia con otro de tipo más optimista; por ejemplo: «tengo una buena y una mala noticia; en efecto, la biopsia ha mostrado células malas, pero todo parece estar en una fase muy temprana de desarrollo».
- Notificación neutra (HT).** En el momento de emitir una mala noticia consiste en evitar cualquier valoración verbal o no verbal que estimule la emocionalidad del paciente.
- Notificación paradójica (FT).** El entrevistador notifica la mala noticia en un clima emocional inapropiado, por ejemplo mostrando alegría.
- Notificación valorada (HT).** En el momento de emitir una mala noticia calificamos como tal el mensaje.
- Núcleo de gratificación (T).** Desde el punto de vista emocional, podemos definirlo como aquello que nos ilusiona hacer. Desde la perspectiva conductual, aquellas conductas que reportan al sujeto cierto placer o recompensa. Desde la perspectiva cognitiva: aquellos temas sobre los que nos gusta pensar.
- Ocupación verbal (T).** Porcentaje de tiempo usado por el profesional frente al usado por el paciente a lo largo de una entrevista o parte de ésta.
- Oportunidades para la empatía (T).** El paciente lanza una petición al profesional para que éste se solidarice con su sufrimiento. No siempre esta petición es atendida. Suele ocurrir que el profesional prosigue con las tareas de entrevista, y al final realiza una empatía que responde a varias peticiones de este tipo. Por ejemplo, una oportunidad de empatía desatendida sería: Paciente: «ya ve lo mal que me encuentro», Enfermera: «Prosigamos con el tema de la dieta».
- Orden amable/cordial (HT).** Orden emitida en un contexto de buenos modales: «¿tendrá la amabilidad de...?».
- Ordenar los contenidos de la entrevista (HT).** El profesional hace una previsión de cómo ocupará el tiempo destinado a la entrevista, y hace explícita esta previsión al paciente. Por ejemplo: «si le parece, en primer lugar abordaremos el tema de... y después el de...».
- Paciente activado (T).** Paciente que recibe una formación previa a la entrevista para que gane en seguridad y se anime a preguntar y participar en recursos.
- Paciente precontemplativo.** No ha considerado cambiar ni critica sus conductas.
- Paciente resistente al cambio.** Paciente refractario a la persuasión verbal. Son un porcentaje de los precontemplativos.
- Paciente programado (T).** Actor que asume el rol de paciente. Este rol puede desarrollarse de forma semiestructurada (paciente simulado, o mediante una guía verbal y gestual que delimite con precisión todas sus intervenciones (paciente estandarizado), o incluso capacitándole para dar *feedback* al discente (paciente monitor).
- Pacto de intervención (HT).** Acuerdo por el que de manera explícita se regulan los turnos para hablar. Por ejemplo: «si le parece, ahora vamos a dejar que sea Carmen la que nos cuente como ve el problema...».
- Palabras de alto contenido emocional (FT).** Su mera pronunciación en el contexto de la entrevista activa emociones.
- Paradigma del conflicto (T).** Término con el que se conoce el modelo que explica la producción de síntomas por la represión de determinadas emociones, y la curación de síntomas mediante la verbalización de dicho conflicto. El paradigma Balint es un subtipo consistente en lograr, tras múltiples entrevistas, un contacto con este núcleo conflictivo, muchas veces gracias al uso de un lenguaje simbólico, logrando la curación del paciente.
- Paradoja de la prisa (T).** Cuanto más quiere correr el profesional para resolver las visitas, tanto más lento le obligan a ir los pacientes.

- Paradoja del gestor ingenuo (T).** El gestor construye indicadores para tener una idea de la calidad asistencial, pero en realidad estos indicadores penalizan a quien más calidad humana proporciona a su relación asistencial.
- Paralelenguaje (T).** Tonalidad, inflexiones y timbre de la voz, así como todos los sonidos que no constituyen propiamente palabras o signos verbales.
- Paréntesis (HT).** Declinar la emisión de un diagnóstico (o una determinada conducta), hasta no tener más elementos de juicio. Por ejemplo: «prefiero no darle de momento ningún tratamiento hasta no tener un diagnóstico más fiable».
- Patobiografía (HT).** Dibujar una línea que arranca del nacimiento, sobre la cual situamos los eventos biográficos (debajo de la línea) y de enfermedades (parte alta) hasta la fecha actual.
- Patologías de la familiaridad (FT).** En los pacientes hiperfrecuentadores, asunciones que hace el entrevistador presuponiendo padecimientos, intenciones ocultas o, simplemente, no escuchando.
- Pensamiento de tipo intuitivo/analógico (T).** Tipo de pensamiento que se basa en asociaciones de ideas con situaciones similares vividas con anterioridad para tomar decisiones. Opuesto a pensamiento guiado por criterios (véase).
- Pensamiento guiado por criterios (T).** Tipo de pensamiento que toma decisiones basadas en la presencia de un (o unos) dato(s) de la realidad.
- Perfil/Estilo de entrevistador (T).** Manera característica de actuar en la entrevista clínica.
- Personalidad (T).** Manera habitual de actuar en la vida cotidiana.
- Persuasión (T).** Acción de inducir con razonamientos (u otro tipo de mensajes) a otra persona a creer o hacer una cosa determinada.
- Persuasión aparente (T).** La persona hace como si hubiera sido convencida por los argumentos contrarios, pero en el fondo no lo está.
- Persuasión argumentativa (HT).** Mensajes basados en argumentos o razones, dirigidos a que cambie en algún sentido su conducta. Por ejemplo: «estas vitaminas favorecen que...».
- Persuasión identificativa (HT).** Mensajes que promueven en la otra persona las ganas de ser como un determinado grupo de gente. Por ejemplo: «las personas con este tipo de problema suelen hacer...».
- Persuasión motivacional (HT).** Mensajes que promueven en la otra persona las ganas de cambiar, a partir de sus propias creencias. Por ejemplo: «imagínese lo feliz que sería usted si...».
- Plan de acción (HT).** Lo que proponemos hacer.
- Plan de entrevista (HT).** Lo que planificamos llevar a término a lo largo de la entrevista.
- Posicionarse (T).** Una de las partes expresa claramente lo que desea de la otra.
- Posición asimétrica (T).** Sonreímos y nuestro contertulio evita la mirada o claramente no sonrío, tratamos de ser amables y percibimos que el otro se comporta con rudeza, etc.
- Preguntas/Frases abiertas (HT).** Preguntas o frases formuladas de tal manera que obligan al consultante a responderlas mediante varias palabras. Por ejemplo: «Cuénteme en aquellos momentos lo que sentía». Observe que una pregunta abierta a su vez puede ser concreta («¿puede describirme esta molestia?») o general («¿qué tipo de persona se considera usted?»). Esta distinción es aplicable a las preguntas cerradas y a las **frases interrogativas**.
- Preguntas cerradas (HT).** Preguntas que pueden responderse sin mayores dificultades con un monosílabo. Por ejemplo, señalando una parte del cuerpo: «¿le dolía aquí?».
- Preguntas de respuesta inducida (FT).** Tipo de pregunta que por la manera en que está construida, hace evidente al receptor cuál es la respuesta que esperamos.
- Preocupación personalizada (HT).** Transmitimos al paciente que nos preocupamos específicamente por su bienestar o salud. Por ejemplo: «me interesaría que cada semana fuera a una farmacia para tomarse la presión, porque así estaríamos más seguros de que todo va bien».

- Prevención de demandas aditivas (HT).** En la fase exploratoria de la entrevista procuramos que afloren todos los motivos de consulta. Por ejemplo: «aparte de estos temas que me ha contado, ¿alguna otra pregunta?».
- Principio del coraje compartido (HT).** Ante la valentía de un paciente por saber su situación exacta, el profesional responde con similar valentía desvelando los datos que le son requeridos, pero sin dejar de aplicar el principio de no maleficencia.
- Principio de yuxtaposición de técnicas (T).** Cuando a una primera técnica verbal o no verbal, se sucede otra, suele predominar esta última, excepto que el receptor tenga un interés concreto en hacer prevalecer la primera de estas técnicas. Por ejemplo: Profesional (empatía): «No sabes cómo lo lamento... (juicio de valor) pero es algo que te buscaste». En este caso predomina el juicio de valor, excepto que el receptor desee ignorar la última intervención.
- Profecía de autocumplimiento (T).** La persona está persuadida de que debe ocurrirle algo, y sin ser consciente de ello su conducta favorece que, en efecto, le ocurra. Por ejemplo, puede creer que morirá joven, y descuidar su salud hasta el punto de precipitar una muerte prematura o evitable.
- Profesional-desagüe (T).** Profesional que, de manera incauta, se ve arrojado a un diálogo hostil, entrando al trapo que le tiende el paciente, y, en consecuencia, favoreciendo la descarga emocional negativa de éste. Actúa como un desagüe para las peores emociones de su contertulio.
- Propuesta de nueva relación (HT).** La relación asistencial llega a un punto en que, sin un replanteamiento de la confianza depositada en el profesional, o de las emociones subyacentes, no puede proseguir de manera constructiva, e incluso puede derivarse de estas emociones subyacentes una conducta iatrogénica. Por ejemplo: «siento decirle, Sr. V, que si no cuento con su confianza me va a resultar muy difícil continuar siendo su médico, ya que nos exponemos a errores de todo tipo».
- Puente, Técnica del (HT).** El profesional aprovecha una intervención del acompañante para decir al paciente: «¿qué opina al respecto?».
- Punto de fuga de la entrevista (HT).** Permitimos al inicio de la entrevista que el paciente se exprese de manera completamente libre.
- Punto de perplejidad (HT/T).** Momento en que nos percatamos que no sabemos. Cultivar este punto resulta necesario pues son muchas las soluciones habituales que tratan de minimizar de manera automática esta percepción.
- Racionalidad de la medida terapéutica (HT).** Explicación sencilla y comprensible del mecanismo por el cual actúa el fármaco o medida higiénico-dietética que recomendamos. Por ejemplo: «estas pastillas hacen que la sangre sea menos espesa».
- Racionalización (T).** Excusas que elabora el consultante para justificar una conducta dañina para su salud.
- Reactividad del entrevistador (T).** El tiempo que tarda en intervenir después de haber hablado el paciente. Con reactividad alta se producen interrupciones del profesional, y con reactividades bajas, silencios disfuncionales.
- Recalificación de valores (HT).** Mediante una acción persuasiva logramos que lo que antes era conceptualizado como perjudicial o negativo, lo sea de manera más favorable. Por ejemplo: «es verdad que sabe mal, pero es el mejor medicamento para lo que tiene».
- Reconducción por objetivos (HT).** Reconducimos la entrevista al terreno en que puede resultar más provechoso. Por ejemplo, el paciente se muestra quejoso de una prueba que le hemos realizado: «(empatía) entiendo su enfado, (reconducción) pero veamos en lo que ahora le podemos ayudar. Ahora podemos darle estas pastillas que nos desinflanarán las paredes del estómago y, etc.».

- Reconversión del miedo en acción preventiva (HT).** Mediante una acción persuasiva logramos que el miedo que experimenta el paciente por un resultado negativo en salud, se traslade como voluntad de realizar una determinada conducta saludable.
- Refraining (HT).** Véase «reinterpretar».
- Regulación de la zona de trabajo óptima (HT).** El profesional es capaz de detectar estados de activación, o desactivación, cognitiva, o de malestar, o excesivo bienestar, corporal, que interfieren con su capacidad técnica, y pone medidas para superarlos.
- Reguladores (T).** Conjunto de señales gestuales o verbales por las que regulamos el flujo conversacional.
- Reinterpretar (HT).** En lugar de dar por bueno el juicio de valor que extrae el paciente de una determinada situación, el profesional procede a darle otra valoración (en general, más positiva a efectos de salud).
- Rentismo (T).** Conducta del paciente orientada a lograr una renta por invalidez.
- Reparar los últimos eventos, Técnica de (HT).** El entrevistador repasa de manera dialogada con el paciente las últimas visitas y eventos sucedidos, y después averigua el motivo de consulta. Por ejemplo: «el año pasado le atendí por el asunto de su circulación, y por el tema del sobrepeso... ¿qué novedades me cuenta de estos problemas?».
- Repelentes de comunicación (T).** Características de una persona que nos llaman la atención en un sentido negativo: olor, paralenguaje, apariencia, etc. Constituyen una causa frecuente de error de atribución, en especial los repelentes de tipo verbal.
- Rescate de atención (T).** El paciente se muestra disperso o desconcentrado y el entrevistador logra dirigir su atención hacia un tema.
- Rescate emocional (T).** Véase también competencia emocional. El entrevistador sabe conducir al paciente hacia emociones apropiadas para el éxito de la entrevista.
- Resistencia (psicológica) (T).** Evitación de determinados recuerdos (o a evocarlos y hablar de ellos).
- Respeto (HT).** Cualidad de una persona por la cual es capaz de aceptar que otros individuos piensen de manera distinta o tengan costumbres o conductas diferentes a las que él considera como óptimas, sin que le influyan a la hora de tomar decisiones que les pudieran afectar.
- Respuesta empática (HT).** Ante una queja del paciente, el profesional se solidariza con él/ella. Por ejemplo: «¡no sabe lo mal que me sabe!»
- Respuesta evaluativa (HT).** Ante la expresión verbal o no verbal de duda, el profesional procede a valorar las expectativas o creencias del consultante. Por ejemplo: «me interesa su opinión».
- Respuesta justificativa (FT).** Ante la expresión verbal o no verbal de duda, el profesional insiste en sus argumentos.
- Resultado de la entrevista (T).** Satisfacción o impacto en la morbimortalidad del paciente. No confundir con productos finales de la entrevista: exploraciones solicitadas, prescripciones, etc.
- Resumen-lista-curso, Técnica del (HT).** El profesional lee estas partes de la historia clínica para integrar de la manera más breve posible la información más relevante del paciente, normalmente antes de que éste entre en la consulta.
- Reto de comunicación (T).** Puede ser emocional («usted, doctora, es muy jovencita, ¿verdad?»), cognitivo (el paciente salta de un tema a otro, dificultando una escucha eficaz), o conductual (tics verbales, por ejemplo, que interfieren en la comprensión del mensaje).
- Reto emocional (T).** Véase reto de comunicación.
- Riesgos innecesarios, Asumir (FT).** Asumir frente al paciente un riesgo que no era necesario asumir a efectos de la acción diagnóstica o terapéutica.

- Rol (T).** Papel que desempeñamos en las relaciones sociales, ya sea en el ámbito familiar o laboral. Aquello que se espera de nosotros por la posición social que ocupamos.
- Rol Playing (T).** Escenificación de una entrevista clínica u otra interacción personal, realizada a partir de un guión estricto (*rol playing* estructurado) o libre (*rol playing* libre).
- Salto psicosocial, Técnica del (HT).** Preguntas que permiten «saltar» del ámbito biológico al psicosocial con escasa resistencia del paciente. Por ejemplo: «¿qué tal descansa?, ... ¿y de estado de ánimo, cómo se encuentra?... etc.»
- Seguimiento, pauta de (T).** Aquellas medidas que acordamos con el paciente que deben ser realizadas para mantener su salud.
- Seguridades prematuras (FT).** Asegurar al paciente que todo tendrá solución, incluso antes de considerar el problema en profundidad.
- Seguro de pericia (HT/T).** Aquellas estrategias que ponemos en práctica para evitar errores clínicos, por ejemplo, regular nuestra zona óptima de trabajo, hábitos de interrogación; y señalización de situaciones clínicas.
- Selfdisclosure (T).** Véase Descubrir emociones propias.
- Señalamiento (HT).** Mensaje del entrevistador cuya finalidad es poner de manifiesto al consultante una emoción (señalamiento emocional) o conducta (señalamiento conductual). Por ejemplo: «le veo algo nervioso, ¿es así?».
- Sesgo de hipercrítica (FT).** Tendencia que tiene un observador no entrenado a juzgar de manera excesivamente rigurosa una entrevista videograbada.
- Silencio disfuncional (FT).** Ausencia de palabras o mensajes no verbales en un momento en que dicha ausencia perjudica el clima de concentración del consultante, o su capacidad de comunicarse de manera eficaz.
- Silencio funcional (HT).** Ausencia de palabras o mensajes no verbales cuyo efecto tiene un contenido claro para ambas partes: facilitar un espacio para meditar una determinada respuesta, o trasladar al consultante la responsabilidad de proseguir el diálogo.
- Sincronía (T).** Efecto entre dos o más personas por el cual realizan un mismo gesto, expresión o acto en prácticamente el mismo instante.
- Síndrome inspectoril (FT).** El profesional de la salud pone en primer plano consideraciones de tipo económico y no propiamente asistenciales, a la hora de tomar decisiones.
- Sintonía (T).** Ambos contertulios experimentan emociones simétricas.
- Síntoma guía (T).** Síntoma expresado por el paciente y que por su significación clínica puede guiarnos hacia un correcto diagnóstico.
- Síntomas o signos de luz roja/verde (HT).** El entrevistador clasifica los síntomas como potencialmente graves o sin importancia, marcándolos de manera que automáticamente se activa la alarma cuando está frente a los primeros. Por ejemplo: «toda cefalea que aumenta con la defecación, debe prevenirme».
- Sordos emocionales (T).** Personas que no se percatan de sus sentimientos hasta que los pueden dialogar con otras personas. En el acto de oírse hablar se percatan de la importancia o profundidad de lo que experimentan.
- Sumario (HT).** Síntesis de información cuyo propósito es devolver al paciente todo lo escuchado para confirmar si se ajusta a lo que deseaba explicarnos. Por ejemplo: «permítame que sintetice lo que me ha venido contando hasta ahora... Si lo he entendido bien, usted desde hace cosa de dos meses tiene un dolor en..., etc.».
- Tarjeta de visita (T).** Impacto emocional que tenemos cuando, de manera inesperada nos encontramos con una persona a la que previamente hemos tratado.

- Temperamento (T).** Nuestra forma más biológica (y con menos contenido de aprendizaje) de nuestra manera de ser.
- Tensión crítica (T).** La tensión de «no saber» lo que le sucede al paciente o lo que debemos hacer, nos lleva a un umbral de tensión que llamamos «tensión crítica», alcanzado el cual deseamos solventar la entrevista «a toda costa».
- Tiempo subjetivo (T).** Percepción subjetiva del paso del tiempo en la entrevista.
- Tirar del hilo, Técnica de (HT).** Combinación de técnicas (sobre todo facilitadores, frases por repetición y clarificaciones), mediante la cual extraemos información relevante sin apenas formular preguntas.
- Toma de precauciones (HT).** Antes de finalizar el encuentro el profesional aconseja al paciente actuar de determinada manera o incluso regresar a la consulta si se dan determinadas circunstancias en su evolución. Por ejemplo: «si no mejora, no dude en regresar», «en caso de que notara que el niño tiene fiebre por encima de... no dude en llamarme por teléfono».
- Tónico de la voluntad (T).** Diálogo interno que produce la persona que persiste en un esfuerzo intelectual o físico como medio de motivarse y así mantener la conducta. Si está acostumbrado a esforzarse llega un punto en que tiene una inercia de hábito al esfuerzo, y precisa poco «tónico de la voluntad» para incorporar nuevas conductas.
- Tono emocional básico (T).** Derivado de las calidades de superficie, incluye cordialidad, calidez y asertividad. Cualquier paciente por breve que sea el contacto, percibe rasgos de este tono básico.
- Transferencia/contratransferencia (T).** Recuerdos o eco emocional que despierta en nosotros una determinada relación. Se llama transferencia si nos referimos a la percepción que tiene el paciente de una determinada relación, y contratransferencia si es el profesional. Hablaremos de contratransferencia grupal si es todo el grupo de profesionales quienes actúan como un solo sujeto perceptivo.
- Transferencia de responsabilidad (HT).** El profesional declara al paciente que no es responsable de una determinada medida que debe aplicar de manera obligatoria. Por ejemplo: «lo lamento, pero tenemos órdenes en el sentido de que...».
- Usar el miedo (HT/FT).** El profesional usa el miedo como mensaje destinado a cambiar algún tipo de conducta. Si no se vehiculiza la ansiedad secundaria a dicho mensaje, el resultado final puede ser contrario al fin perseguido.
- Vaciado de la información preelaborada (HT).** Favorecer que el paciente o consultante explique su punto de vista (elaborado antes de visitarnos) sobre lo que piensa que le ocurre y lo que entiende puede aliviarle.
- Vaciado de la interferencia (HT).** Favorecer que el acompañante que desea intervenir en la entrevista nos refiera su punto de vista.
- Visita múltiple (T).** Visitas realizadas en un mismo acto asistencial por varios consultantes, por lo general componentes de una misma familia.
- Visita por adición (T).** Nuevo motivo de consulta que aporta el consultante al finalizar el acto asistencial. Equivalente al término inglés *by the way*.
- Visualización patográfica (HT).** Método para recoger información que consiste en que el entrevistador va averiguando datos hasta que «ve» (cronología), «oye» una banda sonora (lo que dice de la molestia) y «siente» el relieve (importancia vital) de los síntomas.
- Vocabulario neutro (HT).** Palabras que, por sí mismas, tienen una baja carga emocional. Por ejemplo: decir tumor en lugar de cáncer.

Bibliografía comentada

Autor: Balint M.

Título: El médico el paciente y la enfermedad.

Editorial: Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.

Índice abreviado y páginas. Tomo I. Diagnóstico, donde analiza la influencia de las sugerencias del paciente sobre el proceso diagnóstico, la utilización de pruebas complementarias, el nivel de comprensión de la realidad del paciente por parte del sanitario, y el papel tutorial ejercido por los especialistas en su relación con los generalistas. Tomo II. Sobre la psicoterapia en medicina general, analiza el papel del sentido común en la emisión de consejos, así como algunas reglas para evitar su iatrogenia. Función apostólica del médico de cabecera, y los sutiles mecanismos por los que influye en la conducta y percepción de bienestar de sus pacientes, con especial énfasis en la función de «droga» (medicamento) ejercida por el facultativo. Tomo I, 218 páginas; Tomo 2, 209 páginas.

Comentario. De interés general para todos los profesionales de la salud de atención primaria, aun cuando el autor se dirige de manera especial a los médicos de cabecera.

Autores: Balint E, Norell JS (compiladores).

Título: Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general.

Editorial: Paidós. Buenos Aires, 1979.

Índice abreviado y páginas. Once capítulos de distintos autores, todos ellos pertenecientes al seminario desarrollado en el University College Hospital de Londres, y con un común denominador: adaptar los principios terapéuticos de Balint a las limitaciones prácticas de la consulta diaria. Destacaríamos: la técnica del flash (cap. 2), la utilización del médico por el paciente (cap. 3), elementos del diagnóstico (cap. 4) y el análisis del factor tiempo (cap. 10). Páginas: 172.

Comentario. De interés general para todos los profesionales de atención primaria con responsabilidades asistenciales. De lectura recomendable, sobre todo para aquellos que deseen complementar las afirmaciones de Balint M, plasmadas en «El médico, el paciente y la enfermedad», con la línea de análisis emprendida por Balint M. justo antes de su muerte, en 1970, y donde aparecen nuevos conceptos que han merecido poco desarrollo ulterior por parte de la escuela Balint.

Autores: Bernstein L, Bernstein RS.

Título: Interviewing. A Guide for Health Professionals.

Editorial: Appleton Century Crofts, Norwalk, Connecticut, 1990.

Índice abreviado y páginas. La relación asistencial, respuesta evaluativa, hostil, de apoyo, preguntar al paciente, comprenderle. La entrevista con la familia. *Counseling*, emociones en la enfermedad y durante el tratamiento. La distancia social y el cuidado del paciente. Muerte y morir. Páginas: 258.

Comentario. El manual se inicia con consideraciones sobre los modelos relacionales y las bases de la relación asistencial, para pasar a analizar las tareas fundamentales del sanitario: la respuesta evaluativa, hostil, de seguridades, la toma de datos e interrogatorio, la comprensión. El interviú con el conjunto de la familia, la tarea de aconsejar, las emociones que surgen a lo largo de la entrevista, y la distancia social merecen sendos capítulos. El texto finaliza con un brillante análisis de la relación con el paciente terminal. De interés general para todos los profesionales con responsabilidades asistenciales, sean del ámbito de atención primaria o bien hospitalaria. Uno de los manuales más populares sobre el tema, ameno y sintético, con escasos ejemplos pero bien escogidos. Muy recomendable.

Autores: Billings JA, Stoeckle JD.

Título: The Clinical Encounter. A Guide to the Medical Interview and Case Presentation.

Editorial: Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, 1999.

Índice abreviado y páginas. Parte I. Bases: inicio del interviú, recogida de información, consulta a tu tutor, recoger y apuntar la información. Parte II. Temas avanzados: estrategias para recoger datos, revisión de videgrabaciones, examen del estado mental, relaciones difíciles, llevar a término un plan, visita de seguimiento. Visita a domicilio. Apéndice. Páginas: 305.

Comentario. Completo manual para estudiantes de medicina, que puede tener también interés para médicos graduados. Multitud de ejemplos.

Autor: Brammer LM.

Título: The helping relationship. Process and skills.

Editorial: Prentice-Hall Int. Ed., New Jersey, 1985.

Índice abreviado y páginas. El proceso de ayudar, habilidades del terapeuta, aplicaciones a situaciones de pérdida y crisis, ayudar a emprender actuaciones positivas, entre otros temas. Páginas: 174.

Comentario. De interés para aquellos profesionales interesados en abordar la conflictividad psicológica de los pacientes, y ayudarles en el proceso de tomar decisiones y madurar su personalidad. Se trata de un texto en la línea del *counseling*, ameno y minucioso en la exposición de las habilidades necesarias para «aconsejar», aunque tal vez excesivo para las necesidades de un profesional no especializado en la terapia psicológica.

Autor: Brewin T.

Título: Relating to the relatives. Breaking bad news communication and support.

Editorial: Radcliffe Medical Press, Oxford, 1996.

Índice abreviado y páginas. ¿Quién se entrevista con los familiares?, habilidades de comunicación, ¿quién, cuándo, dónde?, informar del diagnóstico y el pronóstico. Negación, optimismo e incerteza. Remedios, remisiones y recaídas. El familiar como consejero, víctima o padre. Enfermedad terminal. El familiar agresivo. Páginas: 177.

Comentario. Este libro hubiera podido ser otro más de «cómo dar malas noticias». Sin embargo, los autores tienen el mérito de elevar la reflexión al contexto relacional. Emerge entonces la familia y las personas allegadas, necesitadas de soporte, no sólo de verdades. Los autores tienen buen cuidado de facilitar la lectura con cuadros de diálogos y texto-sumario en negrita.

Autores: Byrne PS, Long BEL.

Título: Doctors talking to patients.

Editorial: Royal College of General Practitioners, Exeter, 1984.

Índice abreviado y páginas. La estructura de la consulta, la consulta minutada, adaptación mutua de pacientes y médicos, cuando las consultas van mal, estilos de los médicos, utilización de la investigación, descubrir los estilos básicos, «hágalo usted mismo» (la autoevaluación de su estilo). Páginas: 195.

Comentario. De interés para aquellos profesionales que deseen profundizar en el análisis de entrevistas grabadas mediante magnetófono. Texto algo arduo para leer, con numerosas transcripciones literales que requieren un buen nivel de comprensión de la lengua inglesa. Sin embargo, debemos mencionarlo por las numerosas aportaciones que realizan estos autores, y la metodología de análisis que proponen. Podemos considerarlo uno de los textos iniciales, y clásicos, del modelo «centrado en el paciente».

Autor: Cohen-Cole SA.

Título: The Medical Interview: the three function approach.

Editorial: Mosby Year Book, St. Louis, 1991.

Índice abreviado y páginas. Función 1, búsqueda de datos; función 2, construir una relación y responder a las emociones del paciente; función 3, educar, negociar y motivar. Diez preguntas que se formula el estudiante cuando se enfrenta a una entrevista. Estructura de la entrevista: apertura, queja principal, anamnesis con antecedentes, historia familiar y perfil social, revisión por sistemas. Reacciones desadaptativas. Entrevista con pacientes difíciles y en situaciones difíciles. Páginas: 197.

Comentario. Este autor propuso las tres funciones de la entrevista, modelo que, sin duda, ha tenido una buena acogida, y el presente libro, dirigido básicamente a estudiantes, desarrolla la idea. Sin embargo, el autor no ha resistido la tentación de hacer un libro denso, en que los principales temas y conceptos de entrevista clínica se desarrollan de manera clara.

Autores: Coulehan JL, Block MR.

Título: The Medical Interview. Mastering Skills for Clinical Practice.

Editorial: FA Davis Company, Filadelfia, 1997.

Índice abreviado y páginas. Llegar a un significado compartido, rasgos del entrevistador, estudio de la demanda, de la experiencia vital al relato, comprensión de la forma de vivir del paciente, traslado del relato a la historia clínica, la entrevista pediátrica y geriátrica, la satisfacción del paciente, barreras a la comunicación, componentes del juicio clínico. Páginas: 285.

Comentario. Libro muy completo para estudiantes de pregrado, con multitud de ejemplos y una edición muy cuidada.

Autores: Duck S, Gilmour R.

Título: Personal Relationships. Studying personal relationship.

Editorial: Academic Press, Londres, 1981.

Índice abreviado y páginas. Parte I: naturaleza y estudio de la relación interpersonal (bases científicas del estudio de la relación interpersonal, problemas y principios en la investigación, consideraciones sobre variables, etc.). Parte II: algunos aspectos y ejemplos de la relación interpersonal (relaciones sexuales, heterosexuales, relaciones íntimas, en el matrimonio y familia, en el trabajo). Páginas: 253.

Comentario. De interés para profesionales interesados en investigación de la relación interpersonal. En su momento, supuso múltiples aportaciones metodológicas.

Autores: Engel GL, Morgan WL.

Título: Interviewing the patient.

Editorial: WB Saunders Cia., Londres, 1973.

Índice abreviado y páginas. Cómo presentarse al paciente, el proceso diagnóstico, conducir un interviú médico, metodología de los nueve pasos que dar. Páginas: 129.

Comentario. Esencialmente dirigido a estudiantes de medicina, los autores exponen de manera meticulosa los pasos que debería seguir un estudiante en régimen hospitalario para la realización de una historia clínica exhaustiva. A pesar de que el marco conceptual no es el de atención primaria, resulta de referencia obligada por sintetizar de manera brillante todas las virtudes de una anamnesis técnicamente correcta, complementada por una consideración psicológica del paciente y su entorno. Su autor principal, Engel GL, es el iniciador del modelo biopsicosocial, curiosamente no tratado en profundidad en la obra.

Autores: Froelich RE, Bishop FM.

Título: Clinical Interviewing skills. A programmed manual for data gathering, evaluation and patient management.

Editorial: The CV Mosby Company. Sant Louis, 1977.

Índice abreviado y páginas. Cada capítulo se desarrolla con «preguntas» y «respuestas», con un apéndice en el que se analizan extensos interviús. Destacaríamos: conducir el interviú, técnicas, influencias exteriores sobre el interviú, simulaciones. Páginas: 204.

Comentario. Dirigido a profesionales de la salud, sobre todo en período de formación. Manual que conceptualiza las habilidades comunicacionales más frecuentes en entrevista clínica. Ameno y sintético, una auténtica joya si consideramos el año de su edición.

Autores: Gazda GM, Asbury FS, Balzer FJ, Childers WC, Walters RP.

Título: Human Relations Development. A Manual for Educators.

Editorial: Allyn and Bacon Inc., Massachussets, 1984.

Índice abreviado y páginas. Características de un buen consejero: empatía, respeto, calidez, respuestas o intervenciones facilitativas, concreción, honestidad. Técnicas de confrontación (señalamientos), y se extrapola el modelo a situaciones distintas a las estrictamente docentes: relaciones laborales e interacciones sociales. Páginas: 262.

Comentario. Desarrolla las características esenciales que deben poseer las personas que desean ayudar a otras. El libro se dirige específicamente a profesionales de la docencia. Sin embargo, se basa en un modelo universalizable muy apto para todo sanitario que desee desarrollar la faceta de aconsejar y apoyar emocionalmente a sus pacientes.

Autor: Headington BJ.

Título: Communication in the counseling relationship.

Editorial: The Carroll Press Publishers, Cranston, Rhode Island, 1979.

Índice abreviado. Sección I: habilidades de escuchar, captar el contenido y saber dirigir la atención hacia los puntos de interés. Sección II: sentimientos que van apareciendo en el transcurso de la relación terapéutica. Sección III: mensajes que hacen referencia a la relación propia entre paciente y profesional.

Comentario. El libro está concebido como una ayuda para un curso introductorio del consejo y apoyo psicológico. De interés para profesionales que deseen perfeccionarse a un nivel superior en la comunicación profunda con el paciente. En palabras del autor, el libro pretende capacitar para «una especial forma de comunicación entre dos personas con el propósito explícito de una de ellas de asistir decididamente a la otra».

Autor: Knapp ML.

Título: La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno.

Editorial: Paidós, Buenos Aires, 1980.

Índice abreviado y páginas. Varios capítulos de tipo teórico, centrados en la metodología de la investigación en este terreno, efecto del entorno, efectos del territorio, de la apariencia física, de los movimientos, de la conducta táctil, de las expresiones faciales, de la conducta visual, de las señales vocales, de la capacidad para percatarse de la comunicación no verbal. Páginas: 362.

Comentario. A pesar del tiempo transcurrido desde su aparición, continúa siendo un libro de obligada lectura para toda persona que desee profundizar en este campo de la comunicación no verbal. Es importante resaltar que la obra no centra su atención en la relación asistencial, sino en la comunicación no verbal en las relaciones sociales.

Autor: Kraytman M.

Título: El diagnóstico a través de la historia clínica.

Editorial: IDEPSA, Madrid, 1983.

Índice abreviado y páginas. Análisis de los síntomas y signos más frecuentes en atención primaria (tos, cianosis, palpitaciones, soplos, etc.), siguiendo para cada uno de ellos la misma estructura expositiva: duración y forma de inicio, intensidad, características, factores desencadenantes, atenuantes, síntomas acompañantes, etc. Para cada uno de estos aspectos se plantean preguntas cerradas, y se indican aquellas etiologías hacia las que apunta una respuesta positiva al ítem en cuestión. Se acompañan algunos cuadros explicativos de las etiologías más frecuentes. Páginas: 325.

Comentario. Texto clásico que entra en lo que podríamos llamar faceta semiológica de la entrevista. Para médicos interesados en organizar de manera rigurosa la anamnesis orientada a los problemas más importantes que deberá abordar en urgencias o entornos de especialidades médico-quirúrgicas, incluyendo medicina de familia.

Autores: Kurts S, Silverman J, Draper J.

Título: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.

Editorial: Radcliffe Medical Press, Abingdon, Oxon, United Kingdom, 1998.

Índice abreviado y páginas. Definir el cómo, qué y por qué de una propuesta didáctica; escoger las técnicas apropiadas; conducción de una sesión; construir un currículum. Apéndices: Calgary-Cambridge Observation Guide. Páginas: 243.

Comentario. Libro muy estructurado, donde a veces se cae en obviedades, imprescindible para docentes que deban profundizar sobre unas bases conceptuales «académicas». Escasos ejemplos.

Autores: Leahy KM, Cobb MM, Jones MC.

Título: Enfermería para la Salud de la Comunidad.

Editorial: La Prensa Médica Mexicana, México DF, 1980.

Índice abreviado y páginas. Cómo relacionarse y comunicarse con la gente, atención a la comunidad, familia y grupos, el envejecimiento, uso de la teoría del aprendizaje y de la teoría de la disonancia, ejercicios prácticos (entre otros contenidos). Páginas: 445.

Comentario. De interés preferente para profesionales de enfermería que deseen integrar los conocimientos de comunicación interpersonal con aquellas habilidades necesarias para abordar familias y grupos terapéuticos. La obra también abarca la metodología para un mejor conocimiento socioantropológico de las comunidades en las que actuamos.

Autores: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. (Ed.).

Título: The Medical Interview. Clinical Care, Education, and Research.

Editorial: Springer Verlag, Nueva York, 1995.

Índice abreviado y páginas. Funciones de la entrevista, su estructura y proceso, el contexto, situaciones específicas, valores, ética y aspectos legales, enseñando entrevista, desarrollo curricular, evaluación de la entrevista, investigación. Apéndices. Páginas: 650.

Comentario. Libro imprescindible para el estudioso de la entrevista clínica, ya sea en su vertiente docente o de investigación. Uno de los libros más exhaustivos en sintetizar los avances en investigación. Todos los autores son expertos en sus temas, aunque, como era de esperar, «no están todos los que son».

Autores: Miller WR, Rollnick S.

Título: La Entrevista Motivacional.

Editorial: Paidós, Barcelona, 1999 (existe una nueva edición del 2002 no traducida, véanse comentarios).

Índice abreviado y páginas. Parte I. Las bases: atmósfera del cambio, qué nos hace cambiar, la intervención breve, la ambivalencia ante el cambio. Parte II. Los principios de la entrevista motivacional; fase I: construir la motivación; fase II: fortalecer el compromiso. Situaciones típicas. Enseñar la entrevista motivacional. Páginas: 248.

Comentario. Libro de referencia en lo tocante a entrevista motivacional, de interés sobre todo para profesionales que deban trabajar en el campo de drogodependencias. La última edición en inglés (aún no traducida: Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. Guildford Press, 2.^a ed. Nueva York, 2002), supera algunas simplificaciones de esta edición en castellano. No obstante, sea ésta o la traducida, se trata de una obra imprescindible en este campo.

Autor: Neighbour R.

Título: The Inner Apprentice.

Editorial: Petroc Press, Newbury, 1996.

Índice abreviado y páginas. Sobre el aprendizaje, Sócrates, la tutorización, características de la excelencia, identificar creencias y valores, cómo aprende el aprendiz, cómo se enseña a aprender, alcanzar el punto kairos, el currículum interior. Páginas: 219.

Comentario. Este libro explora el papel del profesor en el proceso de aprendizaje, y cómo el balance de esta relación influye en el proceso de aprender. El libro introduce el concepto de aprendizaje basado en la (auto) percepción, enfatizando los aspectos actitudinales.

Autor: Neighbour R.

Título: La consulta interior.

Editorial: J&C Ediciones médicas, Barcelona, 1998.

Índice abreviado y páginas. Definición de objetivos: modelo de consulta, pensar con dos cabezas, cinco puntos de «control en ruta». Preparación técnica: repaso a los cinco puntos de control. Puesta en práctica: la consulta interior y el Zen. Páginas: 327.

Comentario. El autor nos invita a coger una visión «como si nos miráramos» mientras efectuamos una visita. En este desdoblamiento descubrimos una faceta íntima del «pasar consulta», y un estado de concentración parecido al Zen.

Autor: Northouse LL.

Título: Health Communication. Strategies for Health Professionals.

Editorial: Appleton and Lange, Norwalk (Connecticut), 1992.

Índice abreviado y páginas. Comunicación y variables en el cuidado de salud, la relación asistencial, comunicación no verbal, grupos pequeños, conflicto y comunicación, aspectos de ética. Páginas: 280.

Comentario. Este libro se distingue por el hecho de abordar la comunicación en términos muy generales: nos comunicamos en y desde instituciones, en equipos de trabajo, y con toda una carga cultural. En lugar de centrar su atención en los diálogos concretos (o en el proceso concreto de entrevista), encontraremos narraciones completas de contextos e historias asistenciales. De interés para cualquier profesional de la salud, y sobre todo para estudiosos que provengan del campo de las ciencias sociales.

Autores: Othmer E, Othmer SC.

Título: DSM-IV. La Entrevista Clínica (Tomos I y II).

Editorial: Masson, Barcelona, 1999.

Índice abreviado y páginas. Estrategia para la relación, obtener información, valorar el estado mental, examinar la función mental, cinco pasos para establecer el diagnóstico, el paciente difícil, entrevista para trastornos específicos. Glosario, Apéndices. Páginas: 480 cada tomo.

Comentario. De interés para profesionales de salud mental (tomo II) y de atención primaria (tomo I). Basado en el diagnóstico multiaxial DSM-IV, desarrolla de manera extensa las habilidades diagnósticas de tipo psicopatológico, así como el manejo de pacientes difíciles o con una patología mental concreta.

Autor: Peitchins SA.

Título: La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes.

Editorial: Alhambra, Madrid, 1982.

Índice abreviado y páginas. Analiza de manera sucesiva el receptor de los mensajes, es decir, el consumidor o paciente y sus expectativas, la comunicación efectiva, empatía, canales de comunicación, etc. El texto propone algunas medidas para cambiar el sistema de comunicarnos, con algunas sugerencias didácticas, y algunos ejemplos de entrevistas grabadas entre enfermeras y pacientes. Páginas: 165.

Comentario. Libro concebido como ensayo. Enmarca el proceso de comunicación entre trabajadores de la salud y pacientes, basándose mucho en el modelo hospitalario. Interesante porque está concebido, sobre todo, desde la perspectiva de enfermería. Coordinadas culturales anglosajonas.

Autores: Pendleton D, Hasler J.

Título: Doctor-Patient Communication.

Editorial: Academic Press Inc., Londres, Nueva York, 1983.

Índice abreviado y páginas. La conducta en la consulta, con énfasis en el estilo del médico; estudiar las creencias del paciente, aspectos culturales, cumplimiento, etc.; la relación médico-paciente, participación del paciente, la comunicación con el anciano; y finalmente aspectos relacionados con la docencia de la relación asistencial y las habilidades comunicacionales en la consulta. Páginas: 293.

Comentario. De interés para aquellos profesionales que deseen investigar en entrevista clínica, o ampliar sus conocimientos en las bases teóricas, desde una perspectiva de psicología social, con fuertes elementos cognitivo-conductuales. Resume la línea de investigación y pensamiento prevalente en el Reino Unido, y desarrollado en buena parte bajo los auspicios del Royal College of General Practitioners.

Autores: Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P.

Título: The consultation; an approach to learning and teaching.

Editorial: Oxford Medical Publ., Oxford University Press, Oxford, 1986.

Índice abreviado y páginas. Entorno y estructura de la consulta médica, tareas que desempeñar en la entrevista, evaluación de la entrevista. Grabar y evaluar entrevistas, aspectos éticos y aspectos conceptuales no resueltos. Páginas: 118.

Comentario. Dirigido, esencialmente, a médicos generalistas con interés en ejercer la docencia o investigación en este campo. Sin embargo, algunos capítulos pueden tener interés general. En su momento supuso un notable avance, con una repercusión en el Reino Unido que perdura en la persona de Teo Schofield (pues Pendleton no prosiguió en este campo).

Autor: Platt FW.

Título: Conversation Failure.

Editorial: Life Science Press, Tacoma, 1992.

Índice abreviado y páginas. Prefacio, casos clínicos comentados, bibliografía. Páginas: 183.

Comentario. Frederic Platt es un médico de familia con una amplia experiencia clínica y un marcado interés humanista. En este libro se basa en casos clínicos vividos por él para ilustrar momentos de desaciertos. Si corregir nuestros errores tiene que ser uno de nuestros mejores métodos de trabajo para mejorar nuestro estilo de trabajo, Fred Platt nos da un recital.

Autor: Platt FW.

Título: Conversation Repair.

Editorial: Little, Brown and Company, Boston, 1995.

Índice abreviado y páginas. Prefacio, casos clínicos comentados: descubrir el significado, empatía, agradecimientos, ¿qué hay de nuevo?, datos de base, el doctor lo hizo, paciencia, humildad y compasión, epílogo. Páginas: 191.

Comentario. Nunca es tarde para rectificar. Éste es el lema con que se aborda cada una de las entrevistas que Fred Platt nos propone en este segundo libro, continuador del *Conversation failure*.

Autores: Roper N, Logan WW, Tierney AJ.

Título: Proceso Atención Enfermería. Modelos de Aplicación.

Editorial: Interamericana, México DF, 1983.

Índice abreviado y páginas. Formularios de valoración inicial, valoración inicial de varios pacientes (ejemplos), identificación de los problemas de los pacientes, de sus necesidades de aprendizaje (educación sanitaria), la manera de fijar metas para evaluar posteriormente la eficacia de nuestra intervención, selección de las actuaciones que emprender, evaluación final, y varios entornos en los que aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE). Páginas: 121.

Comentario. De interés para profesionales de enfermería. Ofrece la metodología de aplicación del PAE, con múltiples ejemplos y formularios exhaustivos para el análisis de las funciones vitales. Un clásico.

Autores: Roter DL, Hall JA.

Título: Doctors talking with patients, patients talking with doctors. Improving Communication in Medical Visits.

Editorial: Auburn House, Wesport (Connecticut), 1993.

Índice abreviado y páginas. La naturaleza de la relación médico-paciente, ¿qué ocurre de manera habitual en las visitas del médico? Mejorar los diálogos, conclusiones. Páginas: 203.

Comentario. Este texto puede interesar, sobre todo, a los investigadores en entrevista clínica. Existe un interés permanente de los autores para fundamentar en términos de investigación de campo las diferentes técnicas de entrevista que recomiendan. En algunos momentos las sugerencias que nos hacen carecen de una visión clínica y práctica, pues son expertos en investigación.

Autor: Salzberg-Wittenberg I.

Título: La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano.

Editorial: Amorrortu Ed., Buenos Aires, 1970. Varias reediciones.

Índice abreviado y páginas. Parte I: análisis de los sentimientos generados en la relación asistencial (amor, odio, fantasías del paciente y del profesional). Parte II: las ansieda-

des y conflictos aportados por el paciente; cómo escucharlos y analizarlos. Parte III: el logro del *insight* psicológico por parte del paciente, es decir, cómo conseguir que se percate de sus emociones y conflictos psíquicos. Páginas: 173.

Comentario. De interés general para profesionales con responsabilidades asistenciales que deseen profundizar en los aspectos psicodinámicos de la relación asistencial. La obra refiere entornos de trabajo social, más que propiamente médicos o de enfermería. Perspectiva psicoanalítica. Especial interés de la autora por las emociones. Un clásico de referencia obligada.

Autor: Shea SC.

Título: La Entrevista Psiquiátrica. El arte de comprender.

Editorial: Harcourt-Saunders, Madrid, 2002.

Índice abreviado y páginas. Fundamentos de la entrevista, entrevista y psicopatología, técnicas avanzadas de entrevista. Apéndices. Páginas: 760.

Comentario. Completo manual imprescindible para los profesionales de salud mental, en el que los estudiosos del tema también encontrarán motivos para la reflexión. La autora no se preocupa tanto por seguir una ortodoxia, sino que su referente es la situación clínica misma, a partir de la cual construye e hilvana los conceptos.

Autores: Silverman J, Kurts S, Draper J.

Título: Skills for Communicating with Patients.

Editorial: Radcliffe Medical Press, Abingdon, Oxon, United Kingdom, 1998.

Índice abreviado y páginas. Una visión curricular de lo que es enseñar y aprender, inicio de la entrevista, obtener información, construir una relación, planificar, cerrar una entrevista, afrontar retos concretos. Páginas: 172.

Comentario. Los autores han querido escribir un libro de habilidades en entrevista basado en las pruebas (o evidencias) acumuladas por la investigación en este campo. El resultado es un libro muy estructurado, casi imprescindible para el estudioso del tema, (sobre todo en su faceta docente), pero un tanto «frío» para el lector común.

Autor: Smith RC.

Título: Patient-Centered Interviewing. An evidence-based method.

Editorial: Lippincot Williams & Wilkins, Filadelfia, 2002.

Índice abreviado y páginas. Habilidades de facilitación, proceso centrado en el paciente, habilidades para definir el síntoma, proceso centrado en el médico, la relación médico-paciente y la educación sanitaria, presentar la historia clínica del paciente. Apéndices. Páginas: 317.

Comentario. Edición mejorada del libro del mismo autor, Smith RC. *The Patient's Story. Integrated patient-doctor interviewing*. Little, Brown and Company, Boston, 1996. Libro muy completo para estudiantes de pregrado, con multitud de ejemplos y una presentación muy cuidada de los materiales.

Autor: Stoeckle JD. (Ed.)

Título: Encounters between Patients and Doctors.

Editorial: The MIT Press. Cambridge, Massachussets, 1987.

Índice abreviado y páginas. Estructura y grandes reglas en la relación médico-paciente, cómo se efectúan los intercambios: dinámica de la relación, la naturaleza de la comunicación establecida, barreras a una comunicación efectiva, investigación, la buena relación. Páginas: 440.

Comentario. Desde una línea deudora de la sociología y la psicología social, el encuentro médico-paciente se disecciona como lugar creador de significados, sobre todo del significado de «mi realidad», mi vida y mi enfermedad. Análisis del poder, el pudor, la negociación inaparente, y de manera más general, las reglas que nos mueven a hacer lo que hacemos, sin percatarnos de hasta qué punto somos deudores del contexto, texto y pretexto cultural que subyace a todo ello.

Autores: Tazón P, García-Campayo J. (Eds.)

Título: Enfermería. Relación y comunicación.

Editorial: DAE, Madrid, 2000.

Índice abreviado. La relación: expectativas, estilos atribucionales, motivación, actitudes. Aspectos antropológicos y sociológicos del enfermar, adaptación, afrontamiento. Comunicación con la familia, comunicación verbal y no verbal. Intervenciones terapéuticas, la entrevista motivacional, abordajes cognitivo-conductuales. Docencia de la relación: grupos Balint y de humanización.

Comentario. Obra muy completa dirigida, sobre todo, a pregrado de enfermería, que sin embargo tiene un interés general. Enfoque, principalmente, cognitivo-conductual, sin embargo también refleja aportaciones del campo psicodinámico.

Autor: Tazón J.

Título: Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la atención primaria.

Editorial: Doyma, Barcelona, 1988. Sucesivas reediciones.

Índice abreviado. Parte I: elementos psicológicos de la práctica asistencial: esperanzas y temores en la relación asistencial, capacidad de contención emocional del sanitario. Parte II: la práctica asistencial centrada en el consultante: actitudes disfuncionales del médico: directiva, fraccionadora, activista. Complicidad, hipertrofia de la función apostólica, y enfoque de algunos problemas cotidianos, como son (sin ser exhaustivos): invalideces laborales, visitas urgentes, utilización de ansiolíticos, y la necesidad de un diagnóstico globalizador.

Comentario. Una obra de referencia en lengua castellana (aunque curiosamente la primera edición fue realizada en lengua catalana), de interés general para aquellos profesionales de atención primaria que deseen ampliar conocimientos en los aspectos psicodinámicos de la relación asistencial. El autor profundiza en el legado de Balint M a través de un conocimiento profundo de la atención primaria (pues a nivel profesional actúa como psiquiatra de referencia). Libro pensado, sobre todo, para el médico de familia.

Índice de materias

A

Accesibilidad, 124, 195, 197, 309, 333
ACIR, 253, 302
Acomodación, 68, 125, 135, 141,
170, 241-242, 247, 286, 333,
342
Acompañante enfermo, 116
Actitudes, 33, 52, 217, 250-251, 253,
256, 269, 275, 277, 279,
280, 282-286, 297, 306, 308,
313, 315, 319, 333, 335,
342, 345, 366
Actores, 157, 184, 228, 286, 291,
293-294, 306, 336, 344
Adherencia, mala, 81, 132, 340
Adición sugerida, 42, 67, 72, 77, 86,
333-334
Agenda acordeón, 16, 192, 334
inteligente, 192, 334
Agresividad latente, 11, 26
paciente, 11, 26
Alianza terapéutica, 121, 161-162,
175, 178, 195, 205, 207, 312
Alto control, 65, 259, 262, 270
Amistad médica, 59, 61-62
de enfermería, 61
Amplitud competencial, 242, 244,
253, 270, 334
Anamnesis, 4-5, 15-16, 18, 48, 50,
57, 72, 75-78, 82, 84-88, 94,
96, 99, 101, 103-104, 106,
119, 122, 124, 187, 193-194,
253, 260, 278-279, 287,
323-324, 334-335, 339, 346-
347, 357-358, 360
en extensión, 88, 334
extensiva, 194, 334
focal, 77-78, 81-82, 84-86, 103,
187, 323
de hábitos sexuales, 90, 99
integrada en la exploración física,
87, 278, 287
psicosocial, 77-78, 119, 324, 334
Ancianos, 16, 55, 92, 127, 195, 303,
311
Anclaje diagnóstico, 107, 167, 123, 334
indirecto, 167, 334

por compromiso social, 334
Ángel de la verdad, 142, 146, 170
Antagonismo, 47-49, 61, 67, 69, 334,
338
Apariencia, 34, 38, 45, 202, 227,
237, 256, 262, 334, 352, 359
Apoyo narrativo, 65, 101, 178, 334
Aprensividad, 103-104, 182, 223,
335
Asertividad, 20, 39, 128, 129, 134,
196, 227, 238, 250, 275,
279, 287-290, 335, 354
Asesoramiento, 335
en tiempo real, 335
Atención preferente, 5, 26, 300, 335
Autonomía, 10, 133, 143, 151, 158,
168, 169, 213-214, 225, 229,
244-245, 251, 279, 308, 311

B

Balance, 177, 335
confianza-fines, 177
emocional profundo, 335
Baja empatía, 259-261, 270
Barreras de comunicación, 20
Beneficencia, 229, 279
Bidireccionalidad, 98, 128, 142-143,
153, 176, 336
falsa, 128
By the way, 336

C

Calidades profundas, 20, 236-237,
270, 336
Calidez, 20, 246, 249, 336, 354, 359
Cambio, 17, 22
Campo de búsqueda, 212-213, 336
Campo-dependencia, 87-88
Canal, 84, 166, 337, 362
Cansancio, 1, 3, 9, 21, 23, 37, 41, 61,
67, 70, 88, 93, 97, 111, 206,
224, 282, 308, 324, 336, 346
Capacidad de contención, 52, 152,
264, 366

diagnóstica, 119
Carga asistencial, 191-192, 195, 336
burocrática, 309
Cartera de Servicios de Enfermería,
143
Centro de salud, 26, 212
Cesión, 47, 124-125, 176, 178, 187-
188, 190, 201, 230, 265,
329, 336
condicional, 124, 176, 183-184,
187-188, 190, 230, 336
diferida, 183, 188, 190, 230, 336
intencional, 47, 125, 183, 187-
188, 190, 201, 230, 265,
329, 336
real, 183, 188, 190, 201, 230,
329, 337
Charlatanismo, 183, 337
Clarificación, 8, 67, 72, 91-93, 337
de expectativas, 8, 337
forzada, 92-93, 337
Clima de consulta, 46, 253, 329
emocional, 158
empático, 26, 158, 183
Coartada cognitiva, 111-112, 115,
337
Cognición, 3, 337
Competencia en comunicación, 249,
337, 352
emocional, 249, 337, 352
Complacencia, 196, 337
Complemento visual, 123, 182
Compromiso, 42, 68, 107, 121, 128,
144, 176, 182-183, 217, 227,
242, 244, 247, 265, 270,
276-277, 281, 297, 311, 334,
337, 361
exigencia de, 183
terapéutico, 68, 121
Comunicación eficaz, 59, 286, 338
Comunicación no verbal, 24, 257,
304, 314, 359-360, 362
apariciencia física, 359
expresiones faciales, 359
movimientos, 359
Concatenaciones, 337
Concreción, 338, 359
Confianza, 11, 34, 40, 45, 65, 68,

- 99-100, 121, 126-129, 138, 161, 168, 175, 177, 189-191, 196-197, 199, 200, 202-204, 209, 220-221, 225, 228, 240, 244, 247, 261, 270, 284-285, 300, 306, 311, 312, 334-335, 340, 351
- precio de la, 220
- Conflicto, 20, 88, 117, 184, 198, 214, 216, 220, 224-225, 240, 277, 285, 297, 338, 349, 362, 365
- desplazado, 220, 225, 338
- paradigma del, 349
- Conformidad simulada, 175, 227
- Confrontación, 68, 158, 165-167, 187, 297, 338, 344, 359
- Convivencia, 268, 338
- Consejo, 16, 17, 33, 40, 43, 45, 48-50, 52, 60, 65, 72, 122, 126, 127, 143, 155, 156-158, 160-161, 163-165, 169, 171, 176, 184, 193-194, 213, 216, 219, 230, 231, 241, 243-245, 247-248, 252, 259, 263, 264, 277, 284, 296, 299-301, 310, 338, 342, 346, 355, 359
- argumentativo, 157
- explícito, 122, 156-157, 160-161, 171
- inoculado, 157, 161, 165, 171, 216, 230, 338
- personalizado, 45, 338
- Consulta, *by the way*, 336, 354
- Contenido argumentativo, 157
- emocional, 157
- identificativo, 157
- Contrabalanceo emocional, 338
- Contraste de ideas, 230
- Contrasugestión, 144
- Contrato, 189, 211, 256, 339
- terapéutico, 189
- Contratransferencia, 25, 268, 270, 297, 339, 354
- grupal, 25, 268, 354
- Control, alto, 15, 259, 262, 270
- Controlabilidad, 7, 99, 127, 129, 147, 149, 154, 223, 339, 340, 345
- Conversión inaparente, 175, 227, 339
- Cordialidad, 2, 4, 5, 20, 23, 26, 33, 36, 44, 47-48, 57, 61-62, 65-66, 166, 205, 236-237, 240, 247, 249, 260, 264, 270, 279, 319, 336, 339, 348, 354
- marcadores de, 20, 247
- Coste-beneficio, 211, 212
- emocional, 212
- Creencia, 24, 44-45, 103, 110, 118, 134, 149-150, 152, 159, 161, 167-169, 175, 177-178, 180, 183, 188, 196, 206, 207, 211-212, 214, 216-218, 227, 230, 237, 246-247, 250, 252, 254, 269, 306, 308, 312, 333, 335, 339, 341, 344, 350, 352, 361, 363
- paciente, 24, 45, 103, 149, 150, 159, 161, 175, 177, 178, 180, 182-183, 188, 206-207, 247, 269, 335, 339, 344, 363
- CUCE, 255, 271
- Cuestionario de Calnan, 250
- de Cockburn, Killer, Campbell y Sanson-fisher (CKCS), 250, 251
- Culpabilización, 49, 97, 136, 340, 344
- Cumplimiento, 35, 116, 131, 135, 142-144, 170, 179, 235, 247, 251, 253, 305-306, 340, 363
- terapéutico, 35, 131, 142-143, 170
- tratamiento, 131, 144
- Curanderos, 13
- Curiosidad, 11, 21, 155, 220, 321
- Currículum inaparente, 275, 277, 281, 302
- Curva de atención, 290
- D**
- Datos de calidad, 75-76, 78, 82, 102, 119
- Demandas aditivas, 5, 6, 7, 12, 21, 71, 85, 279, 286, 351
- prevención de, 5-7, 12, 21, 351
- Dependencia de campo, 58, 260, 340
- Derecho a no saber, 138
- Desconfianza, 225
- Desgaste profesional, 191, 340
- Detallar cambios, 132
- Diálogos virtuales, 142, 340
- Diagnóstico, doble, 49
- Disco rayado, 179, 186-188, 327, 329, 340
- Disconfort, 82, 221, 224, 241, 342
- Disonancia cognitiva, 192, 340
- Distancia emocional, 31, 61, 281
- terapéutica, 61
- Doble pacto, 188, 329, 341
- ruptura del, 188
- E**
- Edades del clínico, 109, 320, 341
- Educación sanitaria, 48, 50, 72, 143, 364-365
- Efecto
 - alud, 192, 334, 341,
 - antiplacebo, 49, 341
 - bumerán, 78, 341
 - de generalización emocional, 22, 341
 - eco, 137, 298, 341
 - iatrotrópico, 40, 341
- Efectos secundarios, 144
- Eficiencia, baja, 258-259, 270
- EFOP (Exploración Física Orientada a los Problemas), 84
- Ejemplificación, 124, 128, 130, 215, 247, 254, 341
- Elasticidad, de los acuerdos, 227
- Emblemas, 341
- Emociones, carácter circular de las, 113, 336
- Empatía, 20, 25, 31, 41, 44-45, 51, 60-62, 64, 66-68, 72, 77, 119, 154, 162, 178, 185, 201, 205, 220, 239, 245, 250, 252-253, 259-262, 264, 266, 268, 270, 279, 298-299, 302, 305-306, 310, 319, 336, 338, 342, 348-349, 351, 359, 362, 364
- baja, 259-261
- oportunidades para la, 20, 298, 349
- Encuadre, 1, 18-19, 27, 33, 43, 101, 116, 235, 240-241, 248, 286, 342, 347
- de la entrevista, 1, 18-19, 27, 43, 101, 116, 235, 248, 286, 347
- Enfermedad autógena, 196, 342
- Enfoque curricular, 276
- Entorno, 1-2, 5, 7, 9, 17, 25-26, 33, 57-58, 70, 77-78, 92, 134, 158, 170, 212, 214, 227-228, 235-237, 244, 251-252, 254-255, 266, 270, 282-283, 287, 291, 296, 306, 310-312, 322, 324, 336, 339, 341, 358-360, 363-365
- asistencial, 7, 235, 311
- emocional, 26
- físico, 26, 236
- Entrevista, baja reactividad, 34, 67
- bidireccional, 123-124, 156-157, 171
- de cambio de hábitos, 241, 247, 342
- ciclo ideal de, 238-239, 337
- cierre de la, 27, 55, 106, 177, 191, 195, 287
- complemento visual-táctil, 123
- confrontativa, 161, 342
- controles de seguridad en la, 1, 14
- en dos fases, 105, 333, 342
- de la entrevista, 47, 241, 247, 342
- de escucha, 240-241, 247, 337, 342
- estructurada, 283
- facilitación, 41, 66-67, 72, 344
- informativa, 241, 247, 342
- de integración, 241-242
- motivacional, 342
- operativa, 240-241, 247, 334, 342
- parte exploratoria, 17-18, 34, 47, 50, 72, 76, 84, 87, 93, 103, 119, 205, 253, 308
- pregunta abierta, 79, 80, 81, 345, 350
- cerrada, 79-80

- plan avanzado de, 101, 105
 plan básico de, 101, 103, 106, 115, 287
 psicoeducativa, 238, 240-241, 247, 270, 287, 337, 343
 semiestructurada, 34, 72, 76, 122, 170, 177, 260, 343
 semiológica, 241, 247, 270, 306, 337, 343
 silencio disfuncional, 66-67, 353
 funcional, 152, 353
 técnica antagonismo, 334, 338
 clarificación, 8, 67, 72, 91-93
 especular, 66-67, 338, 343
 interpretación, 60, 68, 70, 89, 100, 148, 150-151, 199-200, 256, 283, 347
 profunda, 68, 347
 salto, 44, 75, 78, 82, 86, 88, 90, 93-95, 149, 200, 324, 353
 señalamiento, 67-68, 80-81, 86, 89, 95, 149, 151, 198, 254, 266, 353
 seguridades prematuras, 48, 50, 53, 61, 72, 243, 263, 353
 Self-disclosure, 185
 vocabulario neutro, 123, 143, 354
 Entrevistador de alto control, 262
 de baja eficiencia, 258
 de baja empatía, 260, 261
 de baja productividad, 241
 campo-dependiente, 87-88, 91, 119, 342
 emocionalmente reactivo, 259, 264-265, 270
 proactivo, 23
 estilo, 1, 10, 15, 21-22, 24, 44, 46, 53, 62-65, 89, 91, 114, 121, 128, 155, 158, 160, 166-167, 183, 206, 212, 218, 227, 229, 260, 268-269, 272, 278, 281-282, 285, 288, 298, 302-305, 307-309, 312-313, 319, 330, 336, 344, 357, 363, 366
 focalizador, 87-88, 119
 de habilidades extensas, 238, 342
 intuitivo, 87, 94, 342
 perfil del, 249, 259
 con proyección excesiva, 262
 Enunciación, 116-117, 122-125, 143, 160, 170, 177, 206, 291, 330, 343
 autoritaria, 123, 125, 170, 343
 múltiple, 117, 123, 170, 206, 343
 parsimoniosa, 123, 125, 170, 206, 343
 simple, 123-124, 170, 343
 Enunciar, 46, 328
 Epicrisis abierta, 4, 35, 51, 230, 343
 Equipo, 2, 17, 25, 53, 71, 73, 92, 116, 133, 137, 142-143, 167, 170, 188, 191, 194, 209, 223, 227, 235, 243, 245-246, 249, 257, 258, 260, 268-270, 311, 320-322, 362
 atención primaria, 191
 Error, 4, 7, 10-11, 13, 15-16, 54-56, 59, 63, 65, 67, 71-72, 75, 78, 82, 84, 87, 88, 91, 97-99, 108, 111-112, 114-116, 119, 131, 141-143, 145-147, 149, 170, 178, 195, 197, 228, 231, 242, 246, 249, 258, 268-269, 283, 286, 288, 294, 301, 314, 320, 333, 339, 345-346, 351-353, 363
 clínico, 54-55, 59, 63, 75, 82, 108, 242, 268, 283-284, 288, 314, 345, 353
 diagnóstico, 283
 latente, 114-115, 119
 terapéutico, 131
 Escenificación, 285, 291-292, 296, 300, 331
 Escucha, 32, 35, 76-77, 85, 88, 91, 103-104, 119, 235, 239-241, 247, 264, 286, 309, 337, 342, 348, 352
 activa, 35, 76-77, 85, 103-104, 119, 286
 empática, 88, 343
 semiológica, 235, 343
 Esencialismo, 244
 Esfuerzo empático, 44, 343
 Espacio burbuja, 36
 Estereotipo, 31, 33-34, 42, 72, 131, 226, 237, 279, 298, 339
 Estilo de confrontación, 158, 344
 culpabilizador, 46, 49, 281-282
 emocional proactivo, 1, 56, 279, 344
 reactivo, 279, 344
 natural, 62, 158, 344
 de vida, 239, 252, 285
 Estrategia del junco, 205
 Eurocommunication Study, 15, 74, 173, 241, 252, 274, 309, 318
 Evaluación curricular, 255, 270
 Evitación, 36, 344, 352
 Examen físico, 96
 Expectativa, 8, 11, 13-14, 23, 26, 37, 44, 64, 94, 109, 111, 115-116, 123, 125, 127, 129, 146, 149, 160, 162, 184, 187-188, 191, 195, 207, 211, 216, 220, 227, 230, 247, 249, 253-254, 284, 285, 286, 295, 308, 310, 337, 338, 341, 344, 348, 352, 362, 366
 de curación milagrosa, 11, 14
 de enfrentamiento, 184, 344
 insinuada, 184, 220
 fenómeno de la, 220, 345
 del paciente, 23, 109, 115-116, 123, 125, 127, 129, 149, 188, 191, 207, 247, 253, 284, 286, 308, 310, 344, 362
 Exploración pélvica, 90, 97
 Expresiones empáticas, 39
F
 Facial Action Coding System, 302, 315
 Facilitación, 41, 66-67, 72, 344, 365
 no verbal, 344
 Factores restrictivos, 111-112, 114, 260, 344, 346
 Familia, 10, 19, 24, 46, 54, 62, 84, 89, 116, 120, 140-141, 143, 168-169, 208, 231
 Familiaridad, patologías de la, 95, 350
 Feed-back, 246, 248, 256, 269, 274, 296, 299-301, 316, 331, 345, 349
 normas de, 248, 249
 Flujo emocional, 33, 47, 67, 194, 205, 239, 265, 345
 Focalización biológica, 88, 345
 psicologista, 88, 345
 sintomática, 89, 345
 Fossilización de actitudes, 345
 cognitiva, 248, 283, 345
 de conductas, 345
 Frase interrogativa, 41, 345
 puente, 86
 por repetición, 48, 67, 150, 345
 Frialdad del técnico, 44, 244, 281
 Fuerza ilocucionaria, 69, 345
 Funciones vitales, 364
 Furor terapéutico, 226
G
 GATHA, 283, 254, 270, 273, 301-302, 306
 Generalización emocional, 22, 341
 Generar hipótesis, 101
 Gestión del tiempo, 39, 71, 191, 194, 230, 247, 258
 Gestualidad, 69, 340
 Gimnasia emocional, 26, 320
 Gota malaya, 143, 165, 211, 345
 Grabación de entrevistas, 256-258, 301
 magnetófono, 257, 357
 vídeo, 99, 248, 251, 253, 255, 257-258, 269, 279, 282, 288-291, 294, 295, 296, 298-299, 301, 306, 309, 327-328, 330
 Gratificación, aprendizaje de la, 217-218, 325
 fuentes de, 214
 Gravedad percibida, 212
 Guía de sesión, 282, 288, 290, 295-296, 299-300, 330
H
 Habilidades anamnésicas, 119
 Hábitos de interrogación, 114, 119, 353

- Health Belief Model, 155, 211-212, 230-233
- Heurísticos, 109-112, 243, 276, 283, 286, 336, 346
de alto nivel, 110, 346
de bajo nivel, 110-111, 346
caída de, 110-112, 243, 283, 336
- Hiperfrecuentación, 53, 75, 305
- Hipótesis inversa, 89, 92, 119, 346
- Historia clínica, 4-6, 35, 48, 51, 60, 72, 120, 230, 294, 303, 305, 309, 352, 358, 360, 365
calidad, 303, 305
hoja de consultas, 94
lista de problemas, 4, 34, 35, 72, 76, 117, 194, 334
- Hostilidad, 1, 12, 22, 31, 62, 67, 111, 150, 220, 224, 247, 338
encubierta, 31
- Humor, 2-3, 21, 23, 61-63, 71, 77, 149-150, 162, 247, 252, 265, 281, 290, 298, 331
- I**
- Ilustradores, 346
- Imagen, 33-34, 42-43, 70, 76, 87, 90, 132, 216, 227, 236-237, 239, 240, 261, 286, 290, 300, 334, 344
apariciencia, 34, 38, 45, 202, 227, 237, 256, 262, 334, 352, 359
fachada, 261
modales, 236-237, 239, 240, 265, 270, 349
- Imposición, 177, 180, 211, 282, 329, 346
- In crescendo, 330
- Incertidumbre, 107, 118, 176, 223, 243
- Inercia, 218-219
de hábitos, 155, 212,
- Influencia interpersonal, 122, 155-156, 171, 212-213, 230, 346
- Información, 1, 5, 16, 24, 25, 27, 32, 35-37, 39-40, 43-44, 48, 51, 57, 65-66, 72, 76, 79, 83, 85, 89, 98, 100-102, 106, 122-124, 126-127, 132, 136-137, 142-144, 169-170, 191, 230, 243, 245, 248, 251-252, 262, 284-285, 287, 291-292, 294, 296, 303-306, 309-310, 312, 319, 324, 339-340, 342, 346-347, 352-354, 356, 362, 365
- Inhibición interna grupal, 346
- Inseguridad, 36, 224, 300
- Insight, 40, 42, 70, 347
- Insularidad, 249
- Intencionalidad, 1, 18-19, 27, 43, 47, 87, 101, 116, 235, 240-241, 248, 286, 342, 347-348
de la entrevista, 1, 18, 19, 27, 43, 101, 235, 240-241, 248, 286, 342, 347-348
- Interacción estratégica, 240, 347
- Interés genuino, 265
- Interferencia del acompañante, 4-5, 9, 17, 26, 51, 56-59, 116, 286, 304, 335, 339, 341, 351, 354, 360
creación de un nuevo entorno, 5, 57
invasivo, 51, 56-58
pacto de intervención, 5, 26, 57-58, 349
técnica del puente, 26, 57-58, 66
vaciado de la, 5, 26, 57-58, 354
información preelaborada, 40, 65, 89, 101, 354
- Interpretación, 68, 89, 100, 150, 151, 198-199, 347
profunda, 68, 347
sugerida, 68, 89, 100, 150-151, 198-199, 347
- Interrupciones, 9, 17, 21, 66, 148, 247, 302, 304, 351
- J**
- Jerga médica, 122, 142, 144
- Juicios de hecho, 269, 346
de valor, 61, 347
- L**
- Lectura textual, 42, 60, 72, 92, 119, 347
- Legitimación, 183, 252, 287, 289
- Lehman-Cote Checklist, 255
- Lex artis, 54, 187, 189-190, 337, 347
- Ley del correccaminos, 193-194
del eco emocional, 1-2
del isomorfismo, 239
del uno más uno, 15, 106-107, 260, 347
- Lista de la compra, abordaje de, 53-54
- Listón de negociación, 184-185, 187-188, 210, 230, 347
- Locus de control, 155, 167-168, 212-213, 224, 249, 346-347
- Lluvia de ideas, 305, 307
- M**
- MAAS, 253, 302, 306
- Macrodiagnóstico, 116-117, 119, 347
- Malas noticias, 50, 134, 141, 170, 172, 284, 287, 305, 314, 321, 331, 333, 357
- Manipulación, 158, 337
- Mapa de demandas, 34, 37, 48, 56, 72, 76, 92, 193, 247, 248
de quejas, 15, 34, 54-55, 72, 76, 92-93, 117, 194, 278, 286, 347
- Mediador cultural, 59
- Mediocridad, 32, 110, 321, 340-341
- Mensaje negativo, 182-183
verbal, 339
- Menú de sugerencias, 79, 92-93, 187, 348
- Método de la bolsa, 132, 348
- Microexpresión, 66, 348
- Miedo, uso del, 172, 182
- Modelado (o modelaje) de la conducta, 156, 160-161, 171, 216, 230, 282, 348
- Modelo de cambio de Prochaska, 162
centrado en el paciente, 23-24, 78, 88, 206-207, 253, 255, 301, 305, 307-308, 312, 334
emotivo-racional, 17, 19-20, 27, 76, 112, 240, 243, 277, 279, 283-284, 286, 298, 341
de la esponja, 193, 348
de influencia interpersonal, 122, 155-156, 171, 212-213, 230
de Lipkin, 296
de las «pilas agotadas», 207
relacional, 240, 244, 348
- Modo emocional avanzado, 250, 348
- Motivación, 111, 122, 127, 131, 133-134, 156, 164, 166-167, 211-212, 342
- Motor de tres tiempos, 288-290, 313, 330
- MPCC, 255, 271
- N**
- Naturaleza problema, 75, 77-78, 122, 127-128, 142, 170, 219, 247, 279, 285, 323, 334
- Negativa argumentada, 186, 188, 348
- Negociación, 8, 126, 127, 156-158, 161, 171, 175-177, 184-185, 187-191, 196, 198-200, 208, 210-213, 216, 219-220, 223, 227, 230, 250, 254, 282, 304, 307, 336, 343, 346-348, 366
campo de, 187-189, 230, 336
por deslizamiento, 156, 171, 184, 216, 348
explícita, 184, 348
inaparente, 198, 200, 366
listón de, 175, 184-185, 187, 188, 210, 230, 347
posicionada, 156, 171
- Niños, 2, 66, 143, 262, 335
- NIVEL, 156, 301
- Nominalismo, 244
- Normalización, 183
- Notificación compensada, 349
neutra, 349

- paradójica, 349
valorada, 349
- O**
- Observancia, 131
Observación en tiempo real, 246
Ocupación verbal, 65, 83, 128, 172, 192, 252, 263, 349
Omnipotencia, fantasías de, 14
proyecciones de, 13, 340
Orientación diagnóstica, 4, 59, 78, 91, 107, 123, 125, 142, 143, 147, 170, 241, 247, 334, 338, 343, 345-346
- P**
- Paciente activado, 302, 305, 312, 349
agresivo, 268
ansioso, 109
autocontrol, 133-134, 143
bloqueado, 83, 87
carraspeo, 36
conducta evitatoria, 36
crónico, 220
crisis de pánico, 18
difícil, 64, 224, 321, 362
fibromiálgico, 146-147
inmaduro, 146, 149, 151
perfil del, 224
polidemandante, 51, 53, 56
precontemplativo, 155, 163-164, 349
programado, 349
quebrado, 85-86
resistente, 163, 349
simulado, 279, 291, 293
- Pacto, doble, 188, 329, 341
de intervención, 5, 26, 57-58, 349
- Padecimiento, 14, 42, 50, 82, 88, 102-103, 118, 123-125, 143-144, 146-148, 179, 193, 195-196, 209, 212, 223, 241, 247, 260-261, 310, 323-324, 340, 342-343, 345, 347, 350
significado del, 195-196
- Paradoja del gestor ingenuo, 193, 230, 350
de la prisa, 192, 230, 349
- Paralenguaje, 1, 5, 20, 26, 36, 69-70, 72, 123, 270, 286, 302, 306, 335, 348, 350, 352
- Pareja, 56-57, 68, 100, 107, 185, 300, 324
- Paréntesis, 188, 221, 329, 350
- Patobiografía, 34, 37-38, 72, 76, 92, 96, 193, 286, 350
- Patología de las utopías, 322
- PBI, 248, 269, 288, 296, 298, 313
- Pensamiento por criterio, 107-109
intuitivo, 76, 107-110, 155, 278
- Percepción de eficacia, 155, 160-161, 167, 211, 213
- Pereza, 1, 22, 32, 43-44, 53, 59, 65, 103, 105, 114, 121, 131, 169, 175, 211, 212, 215, 220, 261, 275-276, 283, 286, 300, 319-321
- Perfil de salud, 33
- Pericia, 32-33, 76, 110, 112, 114, 119, 319, 353
seguro de, 119, 353
- Persuasión, 155-158, 161-162, 168-169, 171, 176-177, 182, 196, 206, 211, 214, 216, 219, 228, 230, 250, 346, 350
aparente, 158, 350
argumentativa, 350
ases de la, 214
confrontativa, 156, 158, 161, 171
identificativa, 182, 350
motivacional, 156, 161, 171, 216, 350
- PHBQ, 255
- Pirámide del cambio, 155-156, 160, 163, 346
- Plan de acción, 122, 166, 170, 177, 182-183, 350
educativo, 2
de entrevista, 42, 87-88, 91, 101, 103-105, 194, 334, 340, 342, 350
terapéutico, 121, 180, 186, 207, 212, 287, 344
- Posición asimétrica, 66, 343, 350
- Preguntas abiertas, 79-80, 82-83, 253
cerradas, 78-80, 82-83, 87, 89, 119, 259, 337, 350, 360
concatenaciones de, 337
de respuesta inducida, 42, 79, 350
- Preocupación personalizada, 45, 350
- Presión asistencial, 251, 276, 303, 305, 309, 311
- Principio del coraje compartido, 139, 351
de realidad, 196
de yuxtaposición de técnicas, 79, 351
- Principios éticos, 178
- Proceso de atención de enfermería, 364
comunicación, 363
despacho, 10, 20, 21, 44, 134, 140-141, 146, 151, 257, 301
expectativas paciente, 109, 115-116, 123, 125, 127, 188, 191, 207, 247, 253, 289, 308, 310
interferencias, 36
llamadas telefónicas, 134
relación asistencial, 13, 23, 25, 31-32, 44, 47, 49, 64, 67, 118, 167, 183, 190-191, 200, 203, 208, 221, 227, 231, 250, 268, 279, 283, 286, 288, 297, 303, 305-307, 309, 311, 322, 337, 350-351, 360, 362-367
entorno, 1-2, 5, 7, 9, 17, 25-26, 33, 57-58, 70, 77-78, 92, 134, 158, 170, 212, 214, 227-228, 235, 236-237, 244, 251-252, 254-255, 266, 270, 282-283, 287, 291, 296, 306, 310-312, 322, 324, 336, 339, 341, 358-360, 363-365
- Profecía de autocumplimiento, 2, 184, 351
- Profesional, agresividad, 11-12, 128, 202, 224, 335
apariencia física, 359
apoyo narrativo, 65, 101, 178, 334
baja reactividad, 34, 67
concreto, 242
coraje, 52, 118, 139, 145, 252, 351
desagüe, 150-151, 202, 204, 351
entrevista, frases puente, 86
excesiva proyección, 262
honesto, 154, 158, 169, 175, 178, 196, 286
juicio de valor, 56, 204, 335, 351-352
manera de escuchar, 52, 236, 270
hablar, 69, 122
interés, 20, 24, 27, 36, 40, 49, 57, 63, 72, 77, 87, 95, 100, 116, 119, 126, 127-128, 132, 169, 175, 183, 188, 190, 237, 241, 243, 245, 247, 249, 264-265, 285, 287, 290, 296-297, 304, 306, 319, 351
- omnipotencia, 13-14, 26, 340
- paternalista, 45, 62, 166, 227-228, 236, 243-245, 270
- respeto, 20, 32, 44, 57, 152, 181, 209, 211, 237, 252, 255-256, 264, 268, 279, 294, 338, 352, 359
- sacerdote, 26, 139, 245, 281
- seguridades, 48, 50-51, 53, 61, 72, 179, 243, 252, 263, 353, 356
- solidaridad emocional, 61
- técnico, 44, 48, 58, 62, 72, 82, 183, 236, 240, 242, 244-245, 257, 260-261, 270, 275, 281-282, 285, 313, 321
- timidez, 261, 281-282, valores ideológicos, 268
- Profile of Non Verbal Sensitivity (PONVS), 255, 273
- Profundidad diagnóstica, 116
- Propuesta de acuerdo, 279
curricular, 278
de nueva relación, 47, 189, 203, 351
- Pudor, 45, 54, 61, 65, 97-99, 221, 281, 300, 311, 366

- Punto de fuga, 33, 35, 39, 65, 72, 76, 85, 89, 192, 287, 351
 de perplejidad, 31, 39, 110, 154, 193, 275, 320, 351
- R**
- Racionalidad, 40, 98, 128-130, 132, 154, 170, 215, 218, 247, 294, 351
 de la maniobra, 98
 de la medida terapéutica, 128-130, 132, 170, 215, 247, 294, 351
- Racionalización, 351
- Recalificación de valores, 251
- Receptor, 69, 108, 337, 343, 350-351, 362
- Reconducción por objetivos, 12, 47, 187-189, 201, 230, 351
- Reconocimiento, errores, 33, 246
- Reconversión de ideas, 159, 180-182, 230
 del miedo, 352
- Reencuadre tipo I, 18-19, 27
 tipo II, 19
- Reframing, 221-222, 252
- Regímenes terapéuticos, 131, 133
- Reguladores, 352
- Reinterpretar, 223, 352
- Remanso de paz, 330
- Rencor, 31, 62-64, 110, 250, 336
- Rentismo, 197, 352
- Repelentes de comunicación, 240, 352
- Rescate de atención, 265, 348, 352
 emocional, 256, 348, 352
- Resistencia psicológica, 220, 252
 al reencuadre, 43
- Resolución electiva, 156-157
 forzada, 156
- Respeto, 20, 32, 44, 45, 57, 152, 181, 209, 211, 237, 252, 255-256, 264, 268, 279, 294, 338, 352, 359
- Respuesta empática, 12, 62, 220, 352
 evaluativa, 125, 150-151, 169, 177-179, 183, 188, 220, 230, 254, 264, 279, 344, 352, 356
 justificativa, 125, 176-177, 352
 pasional, 204
- Resumen abierto, 34-35, 343
- Reto de comunicación, 252
 emocional, 294, 352
- RIAS, 241, 252
- Riesgos innecesarios, 189-190, 195, 197, 223
- RoI, 13, 15, 21, 62, 117, 219, 224, 245, 251, 261, 277, 286, 293, 299, 314, 328, 342, 349, 353
- Role playing, 353
- Roter Interaccional System, 306
- S**
- SBL, 278-279
- Seguridad (es), 1, 3-4, 9-10, 34, 36, 48, 50-51, 53, 61, 71-72, 91, 95, 107, 109, 121, 126, 128, 134, 136, 139, 169, 179, 187, 189, 194, 196, 206, 222, 224, 230, 236, 243-244, 252, 258, 263, 335, 349, 353, 356
 prematuras, 48, 50, 53, 61, 72, 243, 263, 353
- Self-disclosure, 185
- Semiología, 277, 283
- Sentido común, 229, 246, 259, 263, 309, 331, 355
- Señalamiento, 67-68, 80-81, 86, 89, 95, 149, 198, 254, 266, 353
 conductual, 67-68, 80-81, 89, 151, 266, 353
 emocional, 67-68, 80-81, 89, 95, 149, 151, 198, 266, 353, 359
- Sesgo de hipercrítica, 269, 353
- Signo guía, 77, 82
 de luz roja, 116
 de luz verde, 116
- Silencio disfuncional, 67, 353
 funcional, 152, 353
- Sincronía, 353
- Síndrome del estudiante de medicina, 258
 inspectoril, 175, 178, 268
- Síntoma guía, 42, 92, 353
- Sintonía, 61-62, 80, 281, 353
- Sistema de Dosificación
 Individualizada, 135, 143
 de valores, 249
- Sonrisa, 1-2, 4, 6, 10, 18, 20, 24, 36, 46-47, 61, 66-67, 99, 134, 139, 169, 194, 202, 221, 237, 247, 261-262, 265, 286, 321
- Sordos emocionales, 40, 353
- Suficiencia, condiciones de, 19, 27, 106, 311, 338, 341
- Sumario, 6, 12, 26, 35, 72, 76, 83-85, 95, 97, 100, 114, 134, 170, 230, 270, 287, 313, 328, 353, 357
 de información obtenida, 83
- T**
- TALK, 255
- Tarjeta de visita, 33, 40, 43, 250, 353
- Tautología, 275, 307-308
- Técnica de la adición sugerida, 334
 aditiva, 198
 apoyo narrativo, 65, 101, 178, 334
 contraproyectiva, 202, 204, 338
 de contrasugestión, 144
 de ejemplificación, 128, 341
 de epicrisis abierta, 343
 especular, 66-67, 338, 343
 de la hipótesis inversa, 89, 92, 119, 346
 del informe clínico, 87, 94, 119, 194
 de inversión de roles, 293
 de lectura textual, 42, 72, 119
 notarial, 203-204, 226, 348
 de nueva relación, 47, 189, 203-204, 351
 del puente, 26, 57, 58, 66
 del salto psicosocial, 44, 75, 78, 82, 88, 90, 94-95, 149, 324, 353
 de tirar del hilo, 39, 354
- Tensión crítica, 75, 103-105, 107, 119, 311, 354
 emocional, 20, 47, 107
 psicológica, 105, 275, 278
 Tiempo subjetivo, 192, 193, 354
 Tolerancia, 75, 119, 196, 243, 268, 304
- Toma de datos, 35, 279, 356
 de precauciones, 126-127, 177, 189, 195, 354
- Tónico de la voluntad, 218, 354
- Tono emocional, 20, 22, 54, 56, 64, 187-188, 243, 247, 249, 265, 294, 298-299, 336-337, 344, 354
 básico, 249, 354
- Trabajo equipo, 246, 269
- Traductor, 59
- Transferencia de responsabilidad, 189-190, 329, 354
- Tuteo, 200
- Tutorización directa, 244, 275, 283, 311
- U**
- Unidades semánticas, 306
- Utopía del «buen paciente», 64
- V**
- Vaciado de la información, 65, 89, 101, 354
 de la interferencia, 354
- Valores de grupo, 268
 de tipo contratransferencial, 268
- Visita por adición, 254
- Visualización patográfica, 75, 81, 82, 354
- Vocabulario neutro, 123, 143, 354
- Y**
- Yatrogenia, 115, 133
- Z**
- Zonas de irritabilidad, 31, 46, 47, 226, 230