

## 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 navegarlos:

- 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)?»

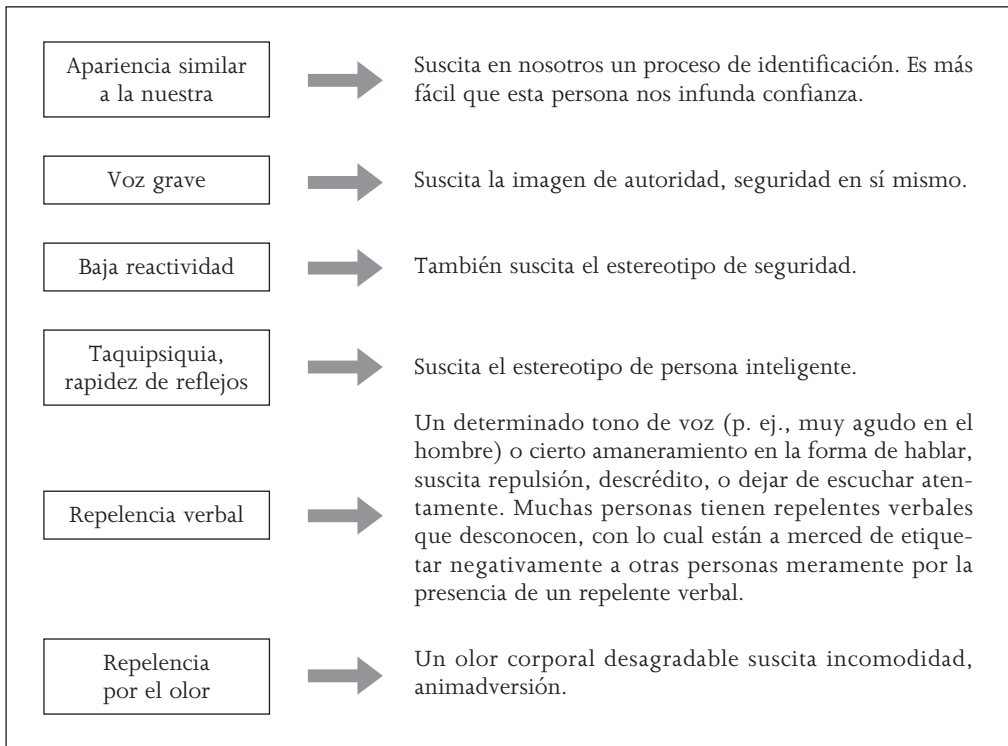
Vale la pena conocer las siguientes correcciones en errores de atribución (Borrell F, 2001 [figura 2.1]).

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

|  |   |
|--|---|
| La manera de entrar en la consulta:  |   |
| 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  |
| El paciente se sienta:   |   |
| 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   |
| El paciente habla:   |   |
| 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   |
| El paciente responde a preguntas   |   |
| 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:

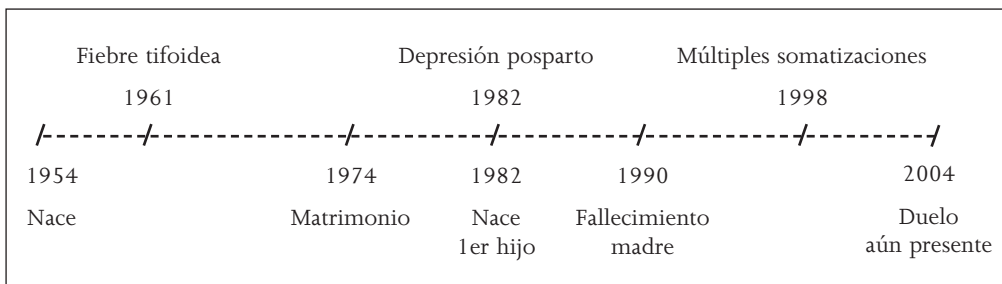
Dr.: Permítame que recapitulemos desde el comienzo. Usted nació en el año 1954, ¿tuvo una infancia feliz?... ¿qué enfermedades importantes pasó?... ¿cuándo se trasladó a vivir a la ciudad?... ¿cómo reaccionó a su primer parto?... ¿tuvo otras veces síntomas como los que ahora tiene?... y ahora, ¿cuándo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

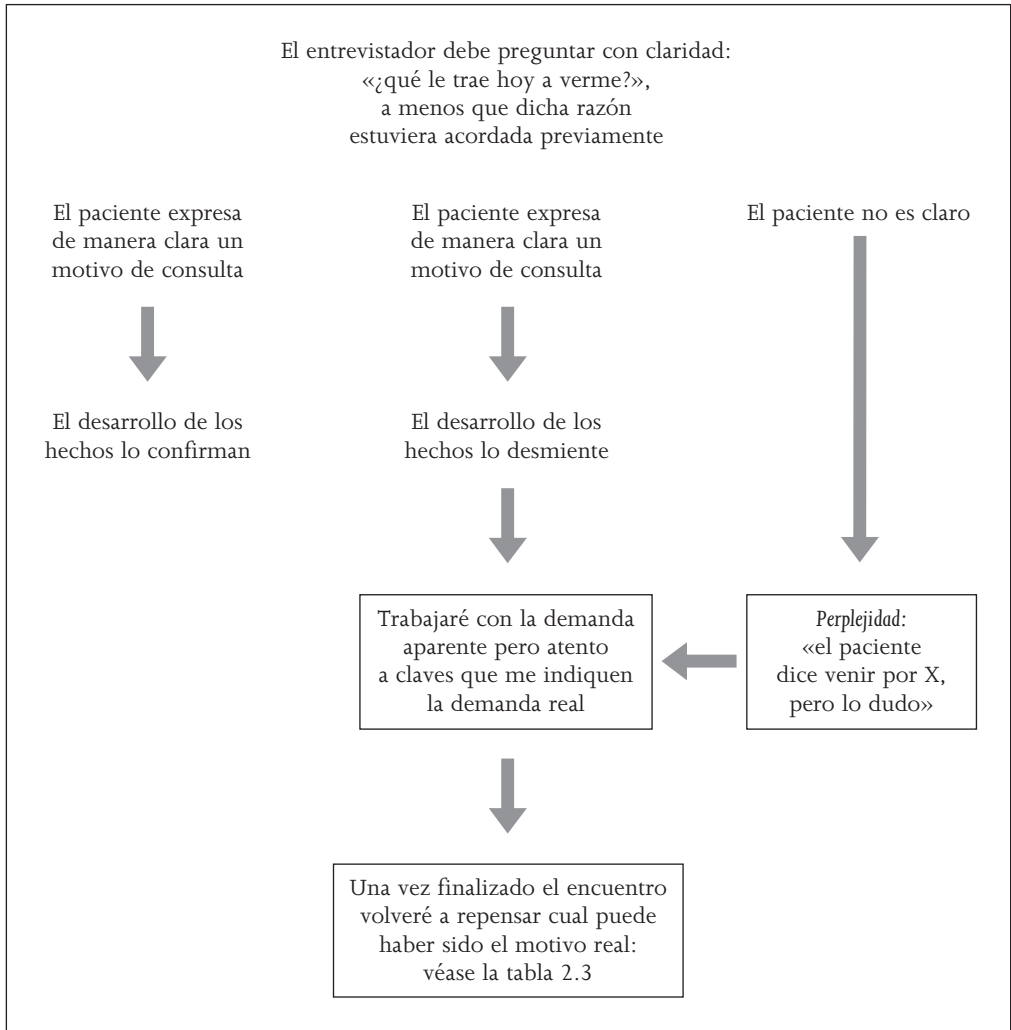
No siempre lo que declara el paciente como motivo de consulta es lo que de verdad desea consultar. En la figura 2.3 observe la siguiente decisión del clínico experto: «estoy perplejo: el paciente dice venir por X, pero lo dudo». El entrevistador tiene dudas razonables o simplemente intuitivas, por lo 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 pilla 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 prejuizar 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**

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



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 interaccionar 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

|                                | <b>Cordialidad</b>   | <b>Empatía</b>   | <b>Simpatía</b>  |
|--------------------------------|--|--|--|
| 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» |

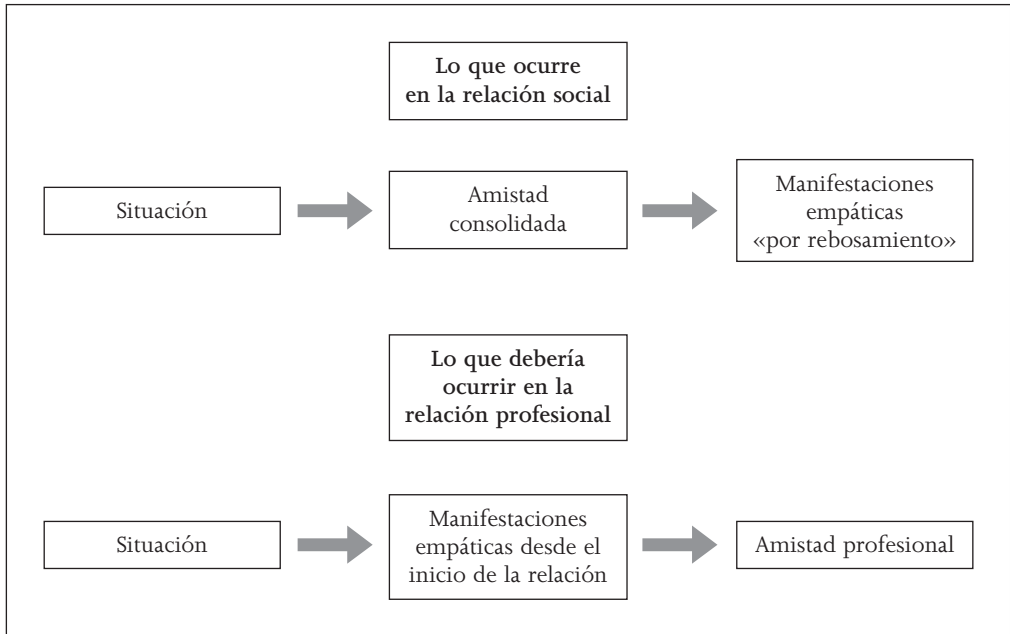
Quando hablamos de empatía no puede faltar una reflexión sobre la paciencia. No hay posibilidad de tener emociones positivas hacia el paciente sin una buena dosis de paciencia. ¿Se imaginan intentando decir algo parecido a una respuesta empática desde la irritación o las prisas? Paciencia equivale para 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.