

Capítulo 3

Datos de calidad para buenos diagnósticos

Ideas clave

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

Habilidades básicas para obtener datos de calidad

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

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

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

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

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

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

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

Paquete de escucha activa

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

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

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

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

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

Tercer paquete: preguntas para la anamnesis psicosocial

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

Cuarto paquete: preguntas en la anamnesis centrada en el paciente

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

Paquete de anamnesis focal o naturaleza del problema

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

Paquete de anamnesis psicossocial

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

Paquete centrado en el paciente

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

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

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

Técnicas básicas para obtener datos reales, fiabes y válidos

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

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

E: ¿Le ocurre más por la mañana?

P: Sí.

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

P: Sí.

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

P: No, no...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entrevista con un novato

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

E: ¿Ganas de llorar tiene?

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

E: ¿Le ayuda al menos su marido?

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

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

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

Entrevista con un experto

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

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

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

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

/5/P: Se ducha y cenamos.

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

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

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

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

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

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

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

/13/P: Sí...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Importancia de la anamnesis focal. Cronología y síntomas asociados

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

Tabla 3.2.
Ases en la manga

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

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

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

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

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

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

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

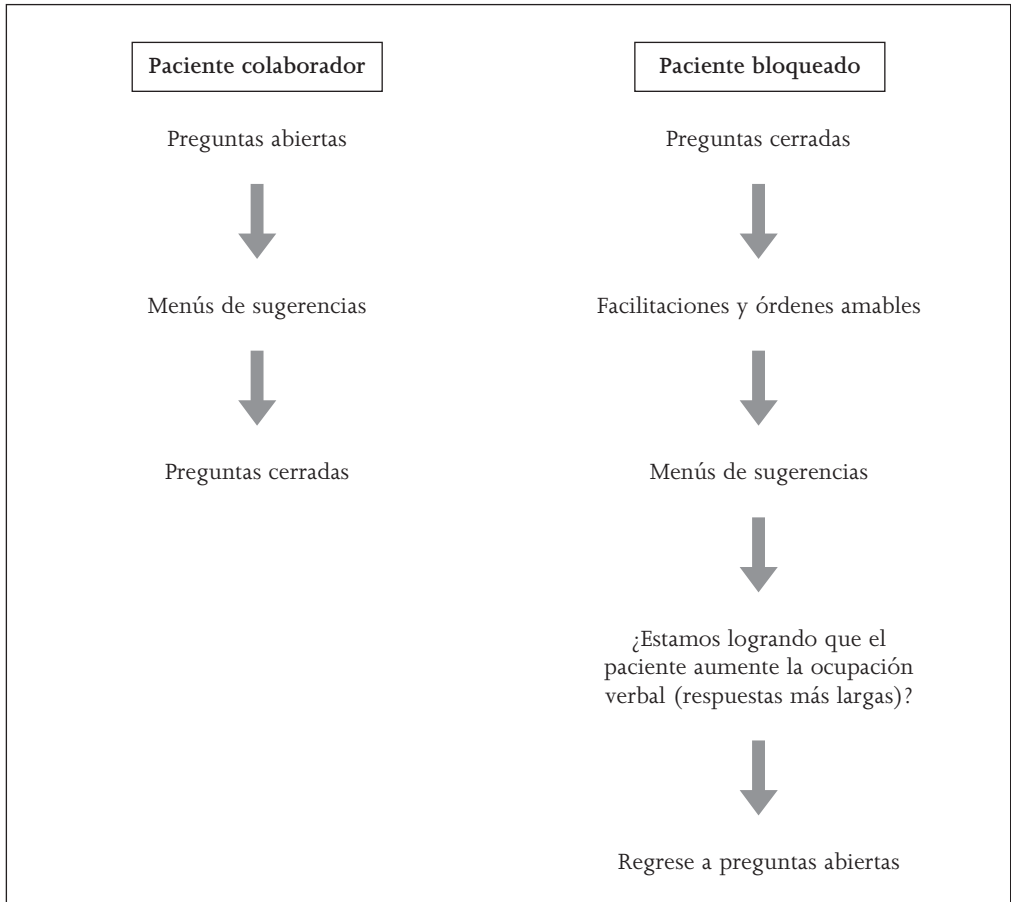


Figura 3.1.
Utilización de técnicas para la obtención de datos concretos

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

Sumario de la información obtenida

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

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

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

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

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

Exploración física, si procede

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

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

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

Ejemplo práctico: un paciente «quebrado»

Abreviaturas: M: médico; P: paciente.

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

Averigua y completa datos

M: ¿Ha perdido peso?

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

Intenta un salto al área psicosocial

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

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

Adición sugerida con valor de señalamiento

M: Pero usted no puede evitar sentirse preocupado.

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

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

Activa de nuevo la anamnesis focal sobre el estreñimiento

M: ¿Y le cuesta?

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

M: ¿Cómo era la sangre?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Errores que evitar

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

Entrevistadores intuitivos y campo-dependientes

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

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

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

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

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

Tabla 3.3.

Errores de técnica en la parte exploratoria

Entrevistadores intuitivos y campo-dependientes.

Entrevistadores focalizadores.

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

Correr demasiado en lo psicológico.

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

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

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

Entrevistadores focalizadores

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

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

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

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

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

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

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

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

Correr demasiado en lo psicológico

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

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

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

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

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

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

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

Galería de situaciones

Examinaremos en este apartado:

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

El paciente inconcreto

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

Abreviaturas: M: médico; P: paciente.

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

/2/M: ¿Le escuece la orina?

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

/4/M: ¿Y por qué razón está nerviosa?

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

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

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

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

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

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

/11/P: Sí, eso es.

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

Comentarios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

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

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

/4/M: Ajá, ¿y qué más le ocurre?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

/2/M: Aja... cuénteme más...

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

/4/M: ¿Nerviosa?

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

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

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

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

Observe también estas habilidades en otro fragmento:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En resumen, ante un paciente inconcreto:

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

Dificultades para el salto a lo psicosocial

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

Dr.: ¿Qué le trae por aquí?

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

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

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

Dr.: ¿Ha notado pérdida de audición?

P: No, no.

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

P: No, nada de eso...

Dr.: ¿Ruidos en los oídos?

P: Tampoco.

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

Comentarios

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

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

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

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

3. ¿Era importante abordar aspectos de tipo psicosocial?

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

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

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

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

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

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

P: En efecto.

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

P: Pues sí, la verdad es que sí.

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

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

Dr. (haciendo frente a las resistencias psicológicas a entrar en lo «mental»): Nadie dice que sean nervios, pero en todo caso es un aspecto más del ser humano, su estado de ánimo, las ganas de hacer cosas, las ilusiones que ahora mismo pueda usted tener... Todo eso también me interesa, ¿qué me dice al respecto?

P: A la presente, ilusiones lo que se dice ilusiones, bien pocas.

Dr. (realizando un **señalamiento emocional**): Lo dice como si estuviera usted triste...

P (arrancando a llorar): ¡Como quiere que esté si mi esposa me ha dejado después de 15 años de matrimonio!

La resistencia a entrar en lo mental *no equivale* a una prohibición. En realidad, los pacientes que más resistencias muestran suelen ser los que más necesitan este tipo de abordaje. Es un paso doloroso que debe transitarse con tacto y una técnica apropiada.

Recuerde, para «saltar» a lo psicosocial:

- Empezar por el descanso nocturno, pues apenas levanta resistencias. Además, si detecta pesadillas puede tener línea directa con las ansiedades más ocultas.
- Prosigar con el estado de ánimo, ilusiones y preocupaciones.
- Evite imputar los síntomas a los «nervios». Prefiera diagnósticos como «ansiedad», «estrés» u otros más ajustados al cuadro clínico.
- Si el paciente se resiste a entrar en lo psicosocial, justifique su interés como medio para conocerle en tanto que persona, no sólo como paciente.

¡Empezar de cero!

Conocer a los pacientes durante años sin duda tiene ventajas, pero también da lugar a **patologías de la familiaridad**. En primer lugar, ver con asiduidad a un paciente no significa que le conozcamos. Bien puede ocurrir que todos o casi todos los encuentros previos se hayan efectuado en un plano superficial, sin una valoración preventiva, ni sistemática por aparatos. En segundo lugar, experimentamos una falsa sensación de seguridad, como si por el hecho de haberle visitado muchas veces conjurara las peores hipótesis. Esta falsa seguridad se incrementa con los pacientes hipocondríacos a los que hemos descartado reiteradamente un cáncer. Llega un momento en que se cumple el aforismo: «de tanto que me vienes que te ignoro». En tercer lugar, muchos datos pueden dejarse de procesar por «ya sabidos». Trazamos un perfil de quejas «ya estudiadas en su día», y atendemos de manera selectiva las quejas «nuevas». Es una buena estrategia a condición de que seamos escrupulosos y apuntemos de manera exacta cuál es este perfil de quejas. Es diferente que el paciente manifieste inapetencia, y sólo eso, a que además pierda peso. En realidad estamos obligados a reprocesar de manera periódica aquellos síntomas que pueden revestir cierta gravedad o cambien de intensidad. No olvide que un cuadro de algia corporal difusa puede anteceder a la aparición de un cáncer (McBeth J, 2003).

Observe la siguiente situación:

P: ¡Yo así no puedo continuar! O me quita este dolor tan insoportable o me manda donde sea...

E: No entiendo, ¿de qué dolor me habla?

P: Pues de todo el cuerpo, no se imagina cómo me duele.

E (repasando el historial): Veamos, yo aquí encuentro visitas por la hipertensión, el azúcar, la artrosis de rodilla, pero hasta la fecha usted no se había quejado de dolor por todo el cuerpo.

P: Porque ya se lo he dicho otras veces y usted no me hace caso.

E: Es difícil de que le haga caso a una molestia que hoy mismo es la primera vez que me la cuenta, ¿no le parece?

Comentarios:

1. ¿Cuál es la mejor estrategia en una entrevista de este tipo?

Lo mejor es empezar como si viéramos al paciente por primera vez, con la idea de olvidar lo que sabemos, los prejuicios, y los sentimientos de irritación que nos produce. «No saber» siempre nos molesta, pero no saber en el contexto de un paciente que se supone ha venido de manera asidua en las últimas semanas, nos suele irritar. **Empezar de cero** es un auténtico ejercicio de humildad!

2. ¿Qué significa exactamente «empezar de cero»?

Significa repasar el historial verificando y completando los datos generales, en especial el contexto familiar y psicológico, e iniciar una nueva anamnesis al menos sobre las quejas actuales. La técnica que veíamos en el capítulo 2 de *patobiografía* puede ser de gran ayuda.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En la siguiente situación el paciente ha acudido hace siete días por un proceso bronquial del que ha mejorado. Hoy acude para el control de la baja laboral.

E: ¿Cómo se encuentra, Sr. Faustino?

P: Mal. Estoy muy débil. Se conoce que esta vez me ha pillado fuerte, porque voy arrastrándome por casa.

Tras el examen físico:

E: Yo le veo los bronquios muy mejorados.

P: Pues no tengo apetito y todo lo vomito. Estoy perdiendo peso. Yo no estoy para trabajar.

E: De acuerdo, le alargaré la baja una semana más para que se recupere.

A los siete días se produce la siguiente conversación:

E: ¿Cómo va todo, Sr. Faustino? ¿Se ha recuperado ya?

P: En absoluto. Usted no me hace caso, y yo ya le dije que estoy muy mal.

E: ¿Tiene tos, expectora...?

P: No, no, yo no estoy de baja por tos. Yo estoy de baja porque he perdido 10 kilos en una semana.

E: ¿Diez kilos en una semana? Esto es ridículo, es completamente imposible...

P: Mire los pantalones a ver si es imposible...

En este punto el entrevistador no sabe literalmente por donde va, así que decide **empezar de cero**. Tras repasar los antecedentes familiares y patológicos, aborda de nuevo la enfermedad actual, pero desde una perspectiva nueva.

E (poniendo en práctica la **técnica de visualización** cronología-argumento-impacto): A ver, Sr. Faustino, me interesa que empecemos como si le viera por primera vez. ¿Cuándo empezó a encontrarse mal?

P: De hecho, hace un mes que tengo las digestiones pesadas... sí, desde hace un mes no como ni me sienta bien la comida.

E: Y después vino el asunto de la bronquitis.

P: Eso es, pero yo diría que ya me encontraba débil... ¿puede ser que me bajaran las defensas?

E (sin atender en esta fase a las preguntas del paciente y realizando un **sumario**): Permítame que continuemos: si lo he entendido bien desde hace un mes está usted sin apetito, y empieza a perder peso... ¿es eso correcto?

P: Supongo que sí. Cuando vine con la bronquitis ya le dije que me hiciera unos análisis y una radiografía del pecho, y usted dijo que no valía la pena.

E (sin hacer caso de la culpabilización): En efecto, hace unos 15 días empezó la tos, un poco de fiebre y el cansancio general, más acusado, ¿es así?... y cuando se recupera de la tos continúa sin apetito, y el alimento, dice usted, le produce asco...

P: Exacto. No me entra nada. Estoy con calditos y zumos desde hace unos 10 días... ¿podría ser el antibiótico que me dio?... pero el caso es que ya me ocurría antes de tomarlo.

El entrevistador prosigue con su tarea hasta delimitar un síndrome tóxico de un mes de evolución sobre el que se instala una bronquitis aguda autolimitada. Los estudios posteriores demuestran que se trata de una neoplasia de estómago que empieza a invadir espacio portal. Si el médico se hubiera empeinado en su primera hipótesis («este paciente lo que quiere es alargar la baja»), hubiera demorado el diagnóstico con la consiguiente culpabilización: «decía usted que tenía una bronquitis y en realidad tenía un cáncer».

Recuerde, ante todo cuadro clínico oscuro:

- Empezar como si no conociera al paciente.
- Practique la técnica de «visualización».
- Desconfíe de cualquier cuadro clínico, por obvio que parezca, que curse con una importante repercusión biográfica. No atribuya ganancias secundarias como causa del cuadro clínico hasta haber completado un estudio exhaustivo.

Exploración pélvica

En una cultura del pudor puede darse el caso de demorar una exploración pélvica para evitar un mal trago a un paciente. Craso error. Hay que **normalizar** al máximo este tipo de maniobras: «hacemos el tacto prostático a todas las personas de su edad», «esta exploración es rápida y tan importante o más que una radiografía», etc. Observe como introduce un tacto vaginal una enfermera:

E: Ahora procederemos a un examen pélvico. En su caso necesitamos realizar un tacto vaginal para ver si existe un problema en el útero. A veces se produce un problema en esta parte y tenemos que hacer un legrado terapéutico.

P: Me hicieron un legrado cuando tuve un aborto.

E: Entonces ya sabe de lo que le hablo. De todas maneras, como ahora no está usted dormida sepa que después del tacto vaginal le pondremos este espéculo, suavemente, y lo abriremos para ver primero el cuello del útero... ¿se lo han hecho alguna vez, verdad?

P: Sí, para la citología.

E: Ajá, ya sabe que eso no hace daño y nos permite ver que no tenga usted algo de tipo canceroso o infeccioso, tomarle una muestra y con el análisis comprobar mejor que no haya ningún problema. En realidad, el problema creo que puede estar en el útero, pero ya que estamos puestos aprovecharemos para la citología.

Comentarios

1 ¿Detecta algún error o algún aspecto de la entrevista que pueda mejorarse?

En general, el entrevistador ha sido muy correcto, pero podemos objetarle:

«A veces se produce un problema en esta parte y tenemos que hacer un legrado terapéutico». En este punto avanza acontecimientos que son hipotéticos.

«Ya sabe que eso no hace daño y nos permite ver que no tenga usted algo de tipo canceroso o infeccioso». La palabra cáncer es de alto contenido emocional y debe evitarse. Fácilmente la paciente pensará: «me hacen la prueba porque sospechan que tengo cáncer».

Y más adelante: «en realidad el problema creo que puede estar en el útero, pero ya que estamos puestos aprovecharemos para la citología». Es inadecuado dar una información no segura (aún no hay diagnóstico y cuando lo haya éste corresponderá emitirlo al médico), pero además también es inadecuado el «ya que estamos puestos», pues da a entender que realizamos una prueba un tanto secundaria.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

Con mucha asertividad. Si usted no da importancia al pudor, el paciente tampoco. Por ejemplo:

E (*racionalidad de la maniobra*): Necesitamos realizar un tacto rectal para ver la próstata como está... (*Establece bidireccionalidad*) ¿sabe usted en qué consiste esta prueba?

P: No, nunca me lo han hecho, pero mi padre padece de eso.

E (*reconvierte el miedo en acción preventiva*): Razón de más para prevenir. Consiste en tocar la próstata introduciendo el dedo en el ano... no resulta muy molesta a condición de que esté usted bien relajado... Pase por favor a la camilla y le preparamos...

Imaginemos que en este punto el paciente muestra resistencias y nosotros consideramos la prueba absolutamente necesaria:

P: Preferiría que no me lo hiciera.

E (*averigua creencias*): ¿Es miedo, pudor, quiere prepararse en el baño?

P: Un poco de todo....

El paciente no tiene ordenadas las ideas. En este momento podemos optar por trabajarlas un poco más, aplicando estrategias de entrevista motivacional, e incluso dejar un

lapso de tiempo con nueva cita. Pero imaginemos que se trata de una prueba que no podemos demorar de ninguna manera:

E: En su caso esta prueba no se puede demorar. (*Normaliza*) Piense que esta prueba la hacemos docenas de veces. (*Legítima*) Es normal que se note apurado, pero piense que para nosotros es lo más normal del mundo. (*Favorece controlabilidad*) De todas maneras si desea ir al lavabo y venir en unos minutos no hay ningún problema, pero yo casi le recomiendo que la hagamos ahora, aunque no esté del todo preparado. Los malos tragos mejor pasarlos sin pensarlo demasiado, ¿no le parece?

Evite decir: «si lo prefiere puede venir otro día, no hay prisa...», por peligro de que el paciente no regrese. No le importe ser algo insistente, porque aunque el paciente de momento pueda considerarle «un pesado», a la larga predominará el «menos mal que ya tengo hecha la prueba».

Recuerde, vencer la cultura del pudor significa:

- Ser respetuosos con la intimidad del paciente, colocar talla sobre sus zonas íntimas, preservar con una cortina su espacio, etc.
- Solicitar permiso para la presencia de estudiantes.
- Explicar la prueba y normalizar el pudor.
- Ser muy claros en relación a la necesidad de realizarla: «esta prueba a la larga tendrá que hacerse, y mejor ahora que más tarde».

La anamnesis de hábitos sexuales y de riesgo

Para acabar esta galería de situaciones hemos escogido por su importancia la anamnesis de conductas sexuales y de riesgo. Las técnicas que veremos son similares a las que deberemos utilizar en la anamnesis de otras conductas (alimentarias, fisiológicas, etc.), con la salvedad de que entramos en un terreno donde deberemos ganarnos la confianza del paciente. Observe el siguiente fragmento con un chico de 24 años:

E: Antes de proseguir con este resfriado, me interesaría que habláramos un poco de conductas que llamamos de riesgo. ¿Eres homosexual o heterosexual?

P: No entiendo...

E: ¿Practicas el sexo con hombres o con mujeres?

P (riendo): Mayormente con el televisor.

E: ¿Te masturbas?

P: Siempre que hacen los dibujos de Heidi.

E (desorientado): Bueno, supongo que debes tener vídeos pornos y tal... ¿no?

El paciente no responde, mirando al entrevistador con una sonrisa burlona. El entrevistador cambia de tema.

Comentarios

1. ¿Cuál ha sido el error de este entrevistador?

El entrevistador introduce el tema con cierta brusquedad, lo cual pone al paciente a la defensiva. Posiblemente le ha disgustado que le preguntaran de sopetón por su inclinación sexual, y se ha vengado burlándose del entrevistador. En este punto el profesional no sabe por dónde continuar, y cambia de tema.

2. ¿Cómo podemos introducir sin grandes tensiones el tema de la sexualidad?

Algunos pacientes toleran, e incluso les gusta, un abordaje muy directo, pero por lo general es preferible utilizar una gradación. Por ejemplo:

- ¿Tienes novio/a, amigo o pareja?
- A nivel de pareja, ¿qué tal funcionan tus/sus relaciones íntimas?
- En ocasiones las enfermedades crónicas producen dificultades en el área de la sexualidad, ¿ha notado algo al respecto?
- ¿Ha notado recientemente algún cambio en su interés sexual?
- Mucha gente hoy día tiene miedo a contagiarse del SIDA, ¿tiene usted algún riesgo de contagio? (Y tras la respuesta del paciente el entrevistador clarifica): Verá, además de las relaciones entre hombre y mujer sin preservativo, el hecho de recibir una transfusión de sangre, pinchazos de agujas que otras personas hayan podido usar, y relaciones entre dos hombres, son los factores más importantes... ¿está usted en alguno de estos grupos de riesgo?

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

Siempre intentaremos ganarnos la confianza con una introducción gradual de la temática, normalizando el interrogatorio y avanzando de lo general a lo concreto. En el caso siguiente estamos hablando con una mujer de 56 años. Sospechamos que existe alguna problemática sexual que puede condicionar una distimia de larga evolución.

E (haciendo un **sumario** de la información obtenida hasta este momento): Por lo que veo sus molestias no se han modificado en relación a lo que me había comentado hace tres meses. Sin embargo, hoy me gustaría que avanzáramos un poco más. Un asunto que nunca hemos abordado es el tema de si usted está satisfecha con la relación que mantiene con su marido.

P: Bueno, alguna vez ya le había comentado que mi marido es muy suyo. No se comunica. Mira la tele, lee cosas del fútbol, pero hablar... poco y mal.

E (haciendo cribado de malos tratos): ¿Alguna vez se ha sentido amenazada?

P: No, eso nunca. Es una persona poco cariñosa, no se como decirle, pero nunca ha sido violento conmigo, eso no.

E (**interpretación sugerida**): Es decir, su queja iría más bien por una falta de cariño...

P: Sí, eso es.

E: Y a un nivel más íntimo, ¿se produce una relación íntima?

P: No, porque él es incapaz de hablar de temas serios.

E (se da cuenta de que la paciente no ha comprendido, por lo que **clarifica**): Me refiero a tener relaciones íntimas, a hacer uso de matrimonio, vaya...

P: Desde hace tres años al menos que no me pide nada de nada. A veces yo le digo «somos muy jóvenes aún, para tener los cuerpos muertos, ¿por qué no te haces mirar por un médico?», pero él no quiere saber nada de nada. Dice que eso de la hernia se lo impide. Ya me dirá usted...

No olvide la **regla de oro**: para hábitos sexuales y de riesgo casi siempre hay que ser muy claro. Podemos iniciar el diálogo de manera metafórica, pero en un segundo tiempo hay que lograr una comunicación lo más transparente posible.

Recuerde, para hábitos de riesgo:

- Inicie la anamnesis de manera que no levante resistencias: «¿qué bebe en las comidas?...», o en el caso de peligro de autolisis: «¿cree que la vida vale la pena de ser vivida?».
- Ya entrados en materia, sea muy claro: «¿cuántos carajillos se toma por la mañana?»... o bien: «¿Ha pensado en una manera concreta de sacarse la vida?».
- En algún momento comente: «todo esto es muy normal de hablarlo/explorarlo, no se apure». Lo que es normal para usted, lo será para el paciente.

Conceptos avanzados

Por lo general, las diferentes fases de la entrevista analizadas hasta aquí ocurren con una brevedad asombrosa. Recibimos al paciente, averiguamos el motivo de consulta, y en menos de un minuto procedemos a su exploración verbal. El entrevistador en estos instantes iniciales de la entrevista habrá procedido a un vaciado de la información preelaborada, aplicando técnicas de apoyo narrativo. A partir de esta información inicial el entrevistador ya habrá generado sus primeras hipótesis, tratando de responder a dos cuestiones centrales: «¿qué le ocurre al paciente?, y ¿qué se supone que debería hacer yo?». Es el **encuadre o intencionalidad de la entrevista**. De forma casi automática, el entrevistador empezará a hacer suposiciones (generar hipótesis), y a partir de ellas irá trazando un plan de entrevista (Burack RC, 1983; Esposito V, 1983; Boucher FG, 1980). En las páginas siguientes veremos la necesidad de cruzar estas hipótesis y ocurrencias (plan avanzado de entrevista) con un plan básico de entrevista. Viene entonces un proceso para decidir con los datos obtenidos con cuál de las hipótesis nos quedamos, proceso de gran complejidad en que mezclamos dos tipos de pensamiento: **pensamiento de tipo intuitivo o guiado por analogías o similitudes**, y **pensamiento guiado por criterios**. Finalmente examinaremos el modelo biopsicosocial y lo que nos aporta en esta tarea diagnóstica.

Dibujos en la cabeza

Uno de los retos más importantes que afrontamos en entrevista clínica es que varios profesionales distintos lleguen a diagnósticos similares ante el mismo paciente y situación clínica. Este tipo de estudios se llaman estudios de variabilidad diagnóstica, y abarcan tanto el campo de la medicina como de enfermería. Tenemos la impresión de que una de las claves que explican las diferencias entre clínicos, a la hora de analizar los problemas de sus pacientes, reside en la manera como aprenden, o dicho de otra manera, en los dibujos que tienen en su cabeza de las entidades o situaciones morbosas. Vamos a examinar brevemente este punto y también daremos algunas claves de cómo podemos compartir con mayor eficiencia estos dibujos mentales, tan importantes a la hora de interpretar la realidad clínica.

Primera afirmación: cuando tratamos de comprender una situación clínica no usamos un método inductivo. No es verdad que recojamos los datos y aparezca delante nuestro un diagnóstico o una manera de describir el problema. Siempre tenemos unos esquemas previos o unos modelos, a partir de los cuales interpretamos la realidad. El conocimiento, tal como lo entiende Popper, es siempre deductivo (Popper K, 1972). Por esta razón, durante años y años los médicos han estado atendiendo a pacientes fibromiálgicos aplicándoles todo tipo de diagnósticos, y probablemente delante de nuestros ojos pasan pacientes que en un futuro agruparemos de manera eficaz bajo otros epígrafes. *Sólo vemos lo que estamos preparados para ver*. Sólo vemos aquello que de alguna manera ya tenemos en nuestro cerebro en forma de modelo.

Segunda afirmación: frente a un determinado paciente sólo aplicamos una parte de lo que sabemos. Esta paradoja es similar a la del estudiante que encuentra más fácil un examen de respuesta múltiple que otro de pregunta corta. En el primer caso con que «le suenen las cosas» hay bastante; en el segundo caso, tiene que empaquetar los conocimientos para explicarlos de manera razonada. Es otra manera de estudiar. De manera similar el clínico tiene que empaquetar lo que aprende para ser usado delante del paciente. Como apunta Schon (1987) hay un conocimiento en la acción, un conocimiento casi automático que podemos rescatar frente al paciente; y por otro lado, hay muchos conocimientos que seríamos capaces de rescatar en un examen, pero que somos incapaces de rescatar frente al paciente. Piense el lector lo mucho que le cuesta introducir como hábito una prescripción farmacológica completamente nueva, y cuántas veces tiene que consultar el *Vademécum* para sentirse mínimamente seguro. O lo peligroso que resulta leer una radiografía delante del paciente, en plena consulta, en relación a hacerlo acabada la consulta y con toda la cabeza dedicada a ello.

Las consecuencias de este planteamiento son dos: por un lado, en relación a cómo estudiar, y por otro, a cómo planificar la entrevista para obtener el mejor rendimiento.

Estudiar clínica. Una manera de estudiar clínica (acorde con la idea de «conocimiento para la acción») es la técnica que llamamos **empaquetar para usar**. En la tabla 3.4 mostramos un ejemplo referido a la fibromialgia, y cómo razona un clínico sin experiencia en esta entidad, a partir de la bibliografía que consulta. La tabla no pretende ser una revisión del padecimiento, sino exponer el proceso discursivo que proponemos.

Planificar la entrevista. La segunda consecuencia que apuntábamos es que hemos de darnos tiempo para recoger datos de calidad, sin precipitarnos en querer diagnosticar y «saber lo que hay que hacer cuanto antes mejor». Para ello hay que cruzar un plan básico

Tabla 3.4. **Empaquetar para usar: la fibromialgia como ejemplo**

Cuándo la sospecharé: dolores difusos, cualquier dolor sin causa definida, dolores que se expresan con cierto dramatismo, polialgias en pacientes con insomnio o con aspecto cansino o depresivo.

Conductas de verificación: dolor en 9 puntos de los 18 estándares, con molestias de al menos tres meses de evolución, preguntar por sueño y estado de ánimo pero sin levantar resistencias, excluir artritis, fiebre y síntomas sistémicos...

Otros padecimientos de similar presentación: psialgia depresiva, polimialgia reumática, enfermedades sistémicas.

En mi caso, puedo tener las siguientes dificultades: ignoro exactamente la situación de los puntos de fibromialgia y la presión que debo hacer. Es urgente que lo aprenda con un experto. Hasta que este aspecto no lo tenga claro no estoy en condiciones de hacer este diagnóstico.

Luz roja en comunicación con el paciente: debo evitar que se asuste con la palabra «fibromialgia», pues puede asociarla a enfermedad grave.

Luz roja en diagnóstico: no debo mencionar el diagnóstico antes de confirmar normalidad biológica.

Elección de tratamiento: primera opción, dosis bajas de amitriptilina; segunda opción: miorrelajantes y otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Luz roja en tratamiento: desconozco en profundidad este fármaco y la evolución de los pacientes tratados; tampoco sé el siguiente paso si no me funciona la amitriptilina. Antes de proceder a tratar debo clarificar estos extremos.

El ejemplo simula cómo empaqueta la información un clínico que no conoce esta entidad con el fin de usarla en una situación clínica concreta.

(tareas imprescindibles), con un plan avanzado (tareas que se nos ocurren a tenor de los materiales que aporta el paciente). Veámoslo con mayor detalle.

Plan de entrevista básico y avanzado

Imaginemos a un clínico tratando de discernir la naturaleza de un dolor torácico de un paciente de 23 años sin factores de riesgo. «El dolor se me va para la boca del estómago, me sube al pecho y me aprieta fuerte, no sea que tenga algo de corazón», declara el joven. ¿Cómo discurre el profesional?

Por un lado, tiene un plan básico de entrevista que debe cumplimentar: el paquete de «escucha activa» y «anamnesis focal», junto a una exploración física básica. Pero a medida que va avanzando en el primer paquete de anamnesis focal, se le ocurren hipótesis diagnósticas: «¿y si tuviera una esofagitis?» Esta hipótesis genera la pregunta: «cuando se va a dormir y se echa, ¿tiene a veces la impresión de que le viene ácido a la boca?» Por consiguiente, vamos construyendo nuestra escucha y nuestras preguntas a partir de dos tipos de guías:

- Una guía muy genérica (parte izquierda de la figura 3.2) que nos indica grandes áreas y cuestiones que deben ser abordadas: cómo, cuándo y dónde de la molestia, factores que agravan o alivian, creencias del paciente, etc.
- Una guía específica de las hipótesis diagnósticas que van apareciendo como plausibles. Ejemplo: «estas molestias pudieran deberse a una pericarditis, por consiguiente debo preguntar, etc.».

En la figura 3.2 se muestra como este cruce de plan básico y avanzado da lugar a la entrevista finalmente realizada.

Por consiguiente, el plan de entrevista está cambiando a cada recodo del camino, tanto en función de la exploración verbal como de los datos exploratorios que surgen. Y aquí es donde un buen clínico supera tres escollos para elaborar los datos.

Tres dificultades para elaborar los datos semiológicos.

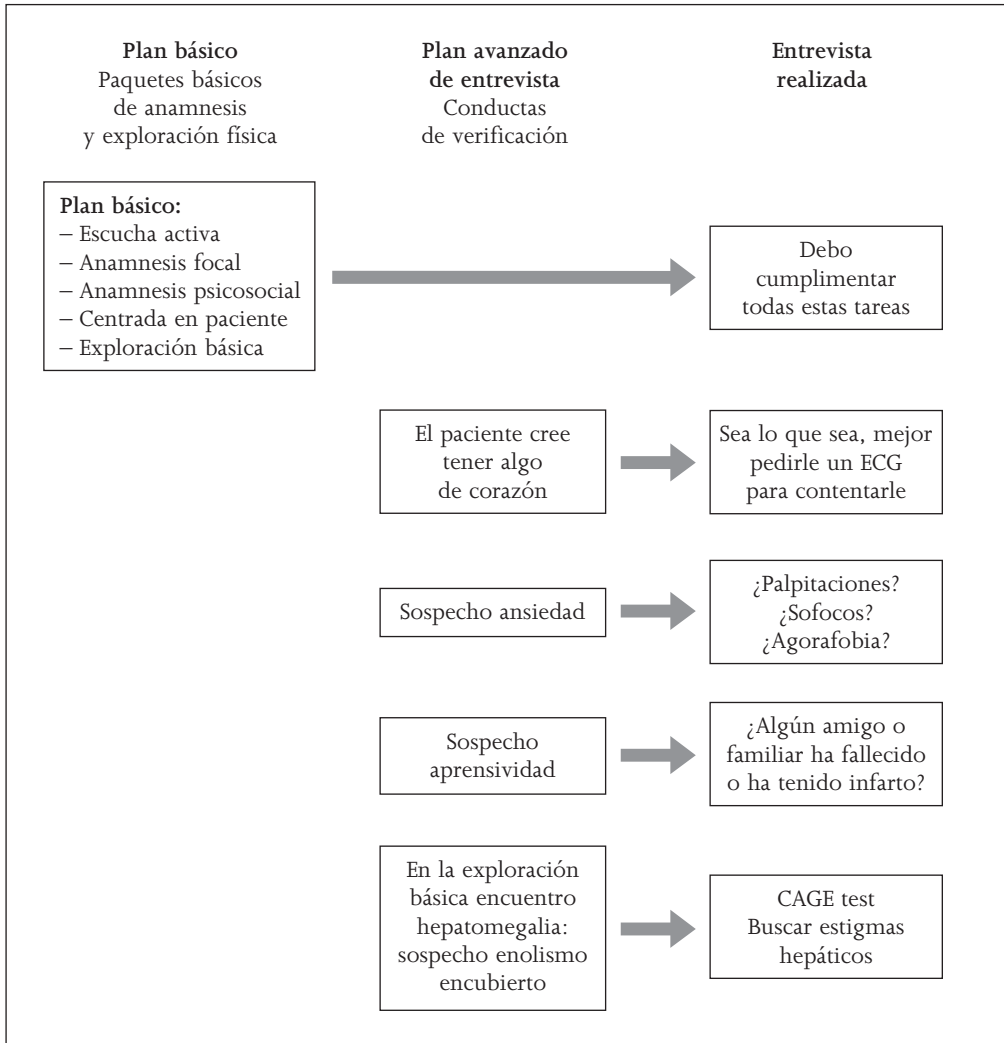
Concepto de tensión crítica

Tres son los escollos que debemos superar cuando elaboramos los datos que hemos recogido en la anamnesis y exploración física (tabla 3.5).

En primer lugar, hay que evitar la tentación de «tomar atajos», ya sea por la vía de la intuición o por la del olvido (en el ejemplo anterior, podemos olvidar la precordialgia al preocuparnos exclusivamente del borde hepático). Estos atajos nos llevan otras veces a no completar el plan básico; por ejemplo, encontramos unas amígdalas con pus y ya no auscultamos los pulmones.

Un segundo escollo consiste en la pereza que produce desmentir las primeras hipótesis. En el caso analizado (figura 3.2) las primeras hipótesis son: ansiedad y/o aprensividad del paciente. Pero en la exploración básica el médico se encuentra con una hepatomegalia. ¿Debe modificar sus primeras hipótesis? Eso siempre representa un esfuerzo importante. Cruza por su mente: ¿estoy en presencia de dos padecimientos, el dolor torácico y el borde hepático, o sólo de uno, por ejemplo enolismo que condiciona ansiedad y diversas somatizaciones? Pero también piensa: «puede que este borde hepático no tenga ninguna trascendencia, y si lo ignoro me ahorro mucho esfuerzo». Siempre hay un deseo más o menos larvado de acabar la entrevista cuanto antes.

¿Siempre queremos acabar la entrevista «cuanto antes»? Sí, casi siempre. La parte exploratoria de la entrevista *acumula mucha tensión*: no sabemos qué tiene el paciente, no sabemos qué debemos decirle, si aceptará nuestras explicaciones, si colmaremos sus expectati-

**Figura 3.2.**

Plan de entrevista básico y avanzado: conductas de verificación.

vas. Por consiguiente, el acto clínico se mueve siempre en el ámbito de las emociones, y de manera genérica, en el de la tensión-relajación. Tenemos una tensión (no saber), que deseamos descargar (emitir un diagnóstico, o decir lo que debe hacerse). Cuando el paciente nos presiona, se acumula aún más tensión, por ejemplo:

P: Usted no da con lo que tengo.

E: Pues sabe lo que le digo, que le envíe a otro colega a ver si da con lo que tiene.

Este médico descarga la tensión con la respuesta más fácil. En la figura 3.3 ilustramos su «aguante» a la tensión con la línea «umbral de tensión crítica-2». La otra línea situada

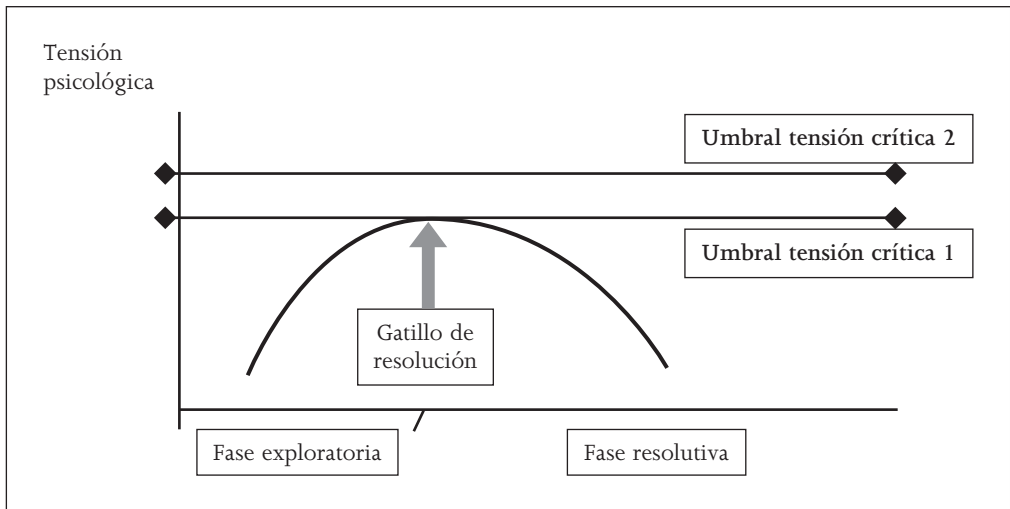
Tabla 3.5.**Los tres escollos para realizar un buen plan de entrevista**

- Compatibilizar y completar el plan básico con el plan avanzado de entrevista. Evitar intuiciones y tendencias campodependientes.
- Realizar reencuadres sobre las primeras hipótesis. Vencer la pereza de «repensar» el paciente.
- Demorar la resolución de la entrevista. Soportar la tensión crítica.

más arriba («umbral de tensión crítica-1») ilustra a un profesional con más control emocional, menos irritable, más paciente también con la ambigüedad del «no saber».

Por consiguiente, en la tabla 3.5 los dos escollos de tipo cognitivo: a) compatibilizar el plan general con un plan concreto de entrevista que va surgiendo de manera dinámica, y b) permitirnos segundas hipótesis (reencuadre), nos remiten a un tercer escollo de tipo emocional: c) tolerar que la entrevista se nos complique, demorar su resolución para darnos mejores datos. En breve: *tolerar una tensión crítica mayor*. De aquí que defendamos un modelo de acto clínico que es emotivo (tolerar una tensión crítica) y a la vez cognitivo o racional (elaborar racionalmente unos datos semiológicos).

El concepto de umbral de tensión crítica explica lo que hemos llamado **abordaje o entrevista en dos fases**. Descartado lo «orgánico» en un paciente somatizador, se cita a dicho paciente para otra entrevista con el fin de cumplimentar el área psicosocial. El diagnóstico psicosocial no activa «tensión» como sí lo hace el diagnóstico biológico, y el entrevistador lo pospone.

**Figura 3.3.**

Umbral de tensión crítica.

Cada entrevistador tiene una capacidad de soportar el «no saber qué hacer». A esta capacidad le llamamos umbral de tensión crítica. Llegado a este umbral se activa la resolución de la entrevista, aunque esta resolución no sea idónea. En el ejemplo, si el entrevistador tuviera un mayor aguante a la tensión crítica (umbral 2), no resolvería la entrevista de manera precipitada.

Dar sentido al relato del paciente. Condiciones de suficiencia para un diagnóstico

Permanentemente el clínico se pregunta: «¿estoy avanzando en la comprensión de lo que le ocurre a mi paciente?», y también: «¿cuánto tiempo me queda para “resolver el caso”?». Los entrevistadores somos muy dispares a la hora de dar por acabada una anamnesis. Algunos clínicos se conforman con algunas pinceladas y ya fabrican hipótesis sobre lo que le ocurre a su paciente; otros, en cambio, son minuciosos y perfeccionistas. Los primeros se dicen rápidamente... «ya lo tengo, ya sé lo que le ocurre a este paciente». Otros son más parsimoniosos. En todo caso, tenemos unas **condiciones de suficiencia** para establecer diagnósticos. No basta con que un paciente se nos queje de hormigueo nocturno de las manos para diagnosticar un síndrome del túnel carpiano. En general, hacemos una componenda entre información verbal y datos exploratorios. Por otro lado, cada entidad tiene sus condiciones de suficiencia que pueden cambiar en función de la situación clínica. Por ejemplo: «Si visito a un paciente en su domicilio consideraré que una fiebre con dolor pleural y crepitantes son datos suficientes para establecer el diagnóstico tentativo de neumonía. En cambio, en urgencias de un hospital exigiré la presencia de una radiografía compatible con dicho diagnóstico».

Pero una cosa son las buenas intenciones y otra muy distinta la práctica. El clínico, como decíamos, busca constantemente «atajos». Una estrategia de este tipo es la que llamamos la «**ley del uno más uno**». Consiste en que si un dato aportado por el paciente le orienta hacia, pongamos, un síndrome del túnel carpiano («tengo hormigueos en la mano durante la noche»), y después encuentra una maniobra de túnel carpiano positiva (p. ej., una maniobra de Phalen), otorgará el diagnóstico de síndrome del túnel carpiano. La figura 3.4 ilustra la **ley del uno más uno**, que precipita el «ya lo tengo» o el «ya sé lo que le ocurre a este paciente», con un prematuro cierre de la entrevista.

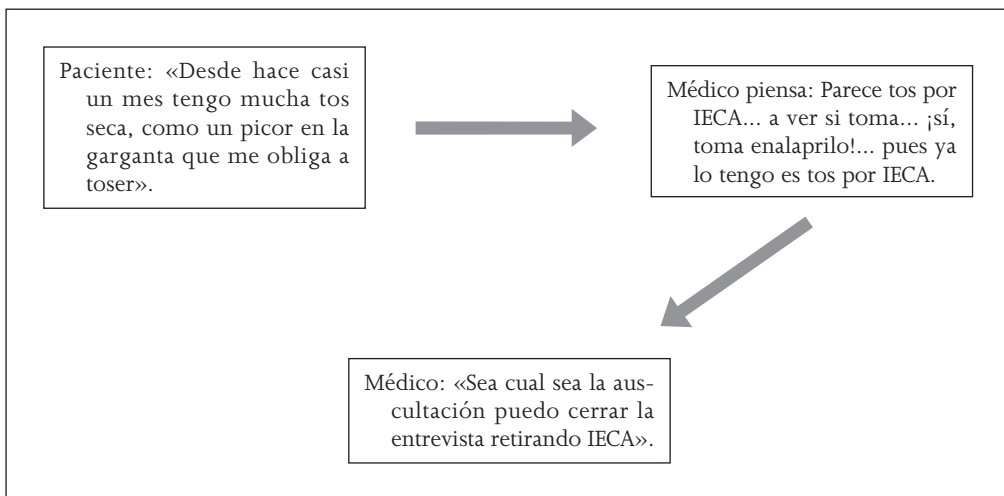


Figura 3.4.

Ley del uno más uno y cierre de entrevista.

Se toma como certeza el hecho de encontrar un dato exploratorio o anamnésico que apunta en la misma dirección que una hipótesis que se nos acaba de ocurrir. Muchas veces, cuando se da esta circunstancia, el clínico deja de ejecutar maniobras del plan básico de entrevista

IECA: Inhibidor de la enzima convertora de la angiotensina.

El concepto de *tensión crítica* (figura 3.3) ayuda a comprender la *ley del uno más uno*. Tanto menos toleramos la tensión emocional de «no saber», tanto más buscamos atajos y tanto más nos apoyamos en un *pensamiento intuitivo*. Viceversa, cuando toleramos la incertidumbre, tanto más minuciosos podemos ser, y tanto más aplicamos *pensamiento por criterios*. Para que acudan a nuestro cerebro los criterios clínicos de decisión, hay que dejarles cierto tiempo de elaboración previa. Bastantes clínicos piensan: «bueno, de entrada escucharé mi intuición, y si no funciona, replantearé el caso desde un acercamiento más minucioso». Con el paso de los años ésta es la *tendencia natural* de todo clínico. La trampa consiste en que si el clínico no tiene mucha agilidad mental para los reencuadres, muchas veces no se querrá mover de su primera orientación diagnóstica. Permanece «anclado» en sus primeras hipótesis diagnósticas, sin asumir el *coste emocional del reencuadre*, y poco a poco empobrece su pensamiento basado en criterios. Antes de proseguir en el análisis del pensamiento por criterios, veamos un poco más el concepto de anclaje diagnóstico.

Anclaje diagnóstico

Entendemos por *anclaje diagnóstico* el grado de certeza o de compromiso social que tenemos con un determinado diagnóstico. La certeza, en general, se debe a las evidencias o pruebas científicas (dato exploratorio, análisis, resultados de practicar unas pruebas con escáner). El compromiso, en cambio, tiene un origen emocional y social. Anteriormente veíamos como un médico intuitivo desea demostrarse que tiene «buen ojo clínico». Para él reencuadrar un diagnóstico puede llevar pareja la consideración de «ser un profesional inexperto». A veces un paciente nos dice: «¿y si en realidad esta amigdalitis fuera una mononucleosis?». El médico puede que acepte la sugerencia, pero puede sentirse retado, y responder: «por supuesto que no, lo que te ocurre es muy diferente de la mononucleosis». Aunque la evolución clínica posterior sea compatible con mononucleosis, le costará mucho considerar esta posibilidad. ¡Qué diferente hubiera sido contestar: «no me lo parece, pero lo tendré en cuenta»! Eso le hubiera permitido rectificar sin coste emocional, porque lo que más «ancla» un diagnóstico es, muchas veces, nuestro amor propio. Para ilustrar este punto del anclaje diagnóstico y la autoestima, vea la figura 3.4 e imagine que en este ejemplo el paciente declara: «No, doctor, se equivoca usted. En realidad esta tos la tengo desde antes de que me pusiera usted el enalapril». En este punto entra en juego la autoestima del profesional. Si reencuadra la entrevista, si se desmiente en su primera hipótesis, también puede tener la impresión de que su autoridad frente al paciente se va a pique. Pero ésta es tan sólo su impresión. Lo cierto es que *los pacientes agradecen que el clínico rectifique el diagnóstico* cuando hay motivos. Les gusta la seguridad del clínico, pero aún más la flexibilidad.

Pero también hay un anclaje diagnóstico de origen social. Por ejemplo: *forzamos* el diagnóstico de depresión para explicar la conducta de un paciente que ha agredido a su esposa, y de esta manera darle una *segunda* oportunidad en el seno familiar. En este caso, el médico puede que sepa que su diagnóstico no es científicamente riguroso, pero compromiso y certeza científica se confunden. Otras veces, insistimos en el carácter de enfermedad del alcoholismo, para *anclar* al paciente a sus deberes de enfermo: tomar antabús, acudir a un grupo terapéutico, etc.

Corolario: cuando emitimos un diagnóstico nuestro prestigio queda *anclado* a este diagnóstico. El clínico con años de experiencia usa expresiones como «lo más probable es que tenga usted...», «todo parece indicar»... Ser prudente en la expresión de un diagnóstico es darnos la *libertad de rectificarlo* más fácilmente en un futuro. Y cuando el paciente nos apunta una hipótesis diagnóstica, cuesta bien poco conceder: «eso que me dice lo tendré en cuenta». Sin embargo, otras veces debe ser taxativo para *anclar* al paciente a su realidad: «su

enfermedad la llamamos alcoholismo». (Esta función de anclaje sobre el paciente volveremos a retomarla al hablar de la entrevista motivacional.)

Pensamiento por criterio frente a pensamiento intuitivo

Hemos analizado cómo llegamos a diagnósticos y como a nivel emocional cuando emitimos un diagnóstico nuestro prestigio queda comprometido (*anclado*) a él.

Avancemos algo más en los mecanismos más íntimos de este proceso. Ello debe permitirnos acercarnos a estrategias para evitar errores clínicos. Veamos, en primer lugar, el papel que desempeña la intuición (el «ojo clínico»), en el proceso diagnóstico.

Puede que usted haya llevado su automóvil a un taller mecánico y le hayan comentado: «sería conveniente que cambiara los neumáticos traseros». O puede que le hayan dicho: «tiene usted que cambiar los neumáticos traseros, pues fíjese como aquí y aquí se ha perdido el dibujo». ¿Cuál es más convincente? Algo similar ocurre cuando decimos al paciente: «sería bueno que dejara de fumar», a decirle, «tiene que dejar de fumar porque tiene un riesgo cardiovascular superior al 20 %». En este segundo caso, el receptor se da cuenta de que aplicamos un criterio.

Pensar y decidir por criterios («dada tal circunstancia clínica me corresponde hacer tal acción diagnóstica o terapéutica») nos lleva a un tipo de pensamiento más estructurado, basado en la experiencia acumulada de muchas personas y, posiblemente, en algoritmos igualmente probados por ensayos clínicos (*medicina basada en la evidencia*), o sugeridos por expertos. Parece una manera superior de decidir que simplemente la intuición clínica. El experto es precisamente la persona que tiene criterios para una realidad muy específica y a la vez compleja. Pero incluso el experto topa con varias limitaciones:

- a) Tiene limitaciones para adquirir todos los criterios que las ciencias de la salud atesoran para una situación clínica concreta.
- b) Además puede que aún sabiéndolos sólo le vengan a la cabeza unos cuantos. Es muy distinto reflexionar sobre un caso clínico que estar frente a un paciente y tener que decidir con él delante.
- c) Y, por si fuera poco, la realidad siempre está llena de sutilezas y excepciones. Lo que vale para un diabético hipertenso, puede que no valga si además tiene una insuficiencia renal.

Pasemos ahora a analizar el pensamiento intuitivo. En lugar de actuar por criterios es un tipo de pensamiento que opera con analogías: «esta situación es parecida a tal otra, luego corresponde hacer...». Por consiguiente, es un pensamiento caracterizado porque:

- a) Es muy rápido. Establece vínculos con situaciones parecidas y nos propone maneras de resolver la situación cogiendo por modelo experiencias pasadas. Ello tiene la ventaja de la inmediatez, pero la desventaja de que puede engañarnos fácilmente (sesgos de relieve, de experiencias recién vividas, etc.) (Esteve MR, 1996).
- b) A veces actúa como farolillo rojo que nos dice: ¡cuidado!, este paciente tiene algo que va más allá de lo aparente. Nos colorea la realidad con tintes de duda, sorpresa o perplejidad, donde el pensamiento por criterios sólo ve rutina, claridad o blanco contra negro. Es un *contrapunto* del pensamiento analítico que lo enriquece.

Es decir, cuando predomina el pensamiento intuitivo *nos empobrecemos*, porque dejamos de lado el enorme caudal de experiencia formalizada que, en definitiva, es la que propor-

ciona la *seguridad del experto*. Pero cuando el pensamiento por criterios sabe escuchar en un *segundo plano* lo que le dice el pensamiento intuitivo, queda reforzado y enriquecido. Por ejemplo: «este paciente se queja de dolor epigástrico pero la fibroscopia y el electrocardiograma son normales; desde luego, es un paciente ansioso y con mucho estrés, pero me transmite vivencia de dolor orgánico; no me deja tranquilo, le pediré una tomografía computarizada (TC) abdominal». Y la TC demuestra un tumor abdominal. Debemos decir en este punto que el médico puede que considere su decisión movida por un afán de *medicina defensiva*, cuando en realidad su razonamiento ha sido mucho más complejo. Tan complejo como inaparente y rápido. El término *medicina defensiva* debería guardarse para decisiones movidas para complacer exclusivamente las expectativas del paciente (mejor llamarla en tal caso *medicina satisfaciente*). Pero nuestro médico ha sabido captar datos semiológicos de dolor orgánico que ni el mismo paciente sabía expresar, y ha escuchado una voz que le alertaba, una voz que no venía avalada por ningún criterio formal.

Ahora bien, si nos limitáramos a reflejar los éxitos del pensamiento intuitivo, no haríamos justicia a la realidad. Lo cierto es que muchas veces nuestra intuición se equivoca en más o en menos: «tocaría hacerle una fibroscopia, pero seguro que me saldrá negativa, ¡con lo exagerado que es este paciente!». Y al final el paciente *exagerado* tenía un linfoma de estómago. Es aquí donde el clínico, lo sepa o no, le guste o no, educa siempre su intuición en un proceso que hemos llamado **doble contraste subjetivo**.

¿Cómo funciona la educación del pensamiento intuitivo? Convertimos en criterio aquellas intuiciones que la experiencia nos demuestra que son ciertas mediante el **doble contraste subjetivo**. Es un proceso que se realiza casi siempre en dos visitas cronológicamente distanciadas. Imaginemos que atendemos a un paciente que tiene un tono de piel oliváceo.

Primer contraste subjetivo: ¿qué valoración intuitiva hago de este paciente?, este tono de piel ¿es normal? Las escleróticas no son ictéricas, no hay hepatomegalia... pero no me acabo de fiar. Le pediré unos análisis.

Segundo contraste subjetivo: el paciente acude de nuevo con los análisis normales, por lo que pensamos: «creí que este paciente estaba más enfermo de lo que en realidad estaba porque tomé el color oliváceo de su piel y su hábito leptosómico como signos de gravedad, sin darme cuenta de que es un tipo de piel normal de algunas personas». En conclusión: «a partir de ahora este tipo de piel lo consideraré una variante de la normalidad». De esta manera, hemos transformado una intuición inicial en criterio, pero un criterio «para mí», pues no tengo datos para sustentarlo ante la comunidad científica.

Una práctica profesional creativa tiene diálogos internos de este tipo: «aunque nadie me lo ha enseñado, este temblor de manos que observo en este paciente tiene que deberse a ansiedad, porque desaparece cuando el paciente se toma la medicación ansiolítica; a partir de ahora lo interpretaré así». El **doble contraste subjetivo** no es ni más ni menos que este proceso natural de adquirir experiencia, porque es un pensamiento construido con *criterios «para mí»*. Cuando el clínico se percata de este proceso «para mí», tiene una fuente muy rica de posibles trabajos de investigación: convertir estos criterios en criterios válidos para otros clínicos. ¿No es eso precisamente lo que hace el experto?

Una primera aproximación a las reglas (heurísticos) de decisión

Queda dicho que el pensamiento experto es un pensamiento regulado por criterios: «a tal situación se corresponde tal acción». A estos criterios se les ha llamado también reglas de acción, reglas de decisión, *schematas* o heurísticos. Nosotros tomaremos estos términos como sinónimos. Hay unas *edades del clínico* en relación a la adquisición y enriquecimiento de las reglas de acción. Inicialmente, en la *etapa de estudiantes*, estos criterios los

asimilamos como verdades absolutas. En la *etapa madura*, la más creativa de nuestra práctica profesional, ponemos en duda estos criterios, estamos dispuestos a cambiarlos cuando nos abrimos al pensamiento intuitivo y, sobre todo, estamos abiertos a reconocer el punto de perplejidad («esto no lo sé»). Aplicamos también el *doble contraste subjetivo* para pasar intuiciones a *criterios «para mí»*. En el *declive* de nuestra carrera (no en un sentido cronológico, sino cuando la mediocridad, es decir, *el no querer trabajar mejor*, nos hace mella), puede que de nuevo nos encerremos en verdades absolutas, incapaces de repensar creativamente la realidad. Regreso a la semilla, que diría Alejo Carpentier. Pues bien, el modelo que defendemos postula que en la etapa creativa añadimos a nuestra manera de actuar más y más reglas de acción (o heurísticos), de complejidad creciente. Mejoramos nuestra pericia porque cada situación clínica activa reglas de acción más complejas, que tienen en cuenta más posibilidades, compensan más riesgos o dejan más puertas abiertas para rectificar cursos clínicos adversos. Ahora bien, estas reglas de acción se aplican pero no se piensan; se *han pensado antes*, cuando nos hemos propuesto aplicarlas; después, con un poco de tiempo, dejamos de pensarlas y simplemente las incorporamos como hábitos y creencias. En el fondo hablar de hábitos es hablar de *inteligencia automatizada*. Este carácter mecánico del hábito es la razón por la que nos cuesta un gran esfuerzo de análisis detectar qué reglas de acción manejamos y, en caso de que sean incorrectas, proceder a cambiarlas. Es un fenómeno que ocurre en capas o estratos, de manera que los heurísticos o reglas de acción más obsoletos quedan en las profundidades de la memoria, pero quedan. Les llamamos *heurísticos de bajo nivel*, y suelen ser reglas de decisión que exigen poco esfuerzo aplicarlas. Por el contrario, los *heurísticos de alto nivel* son reglas de decisión que nos obligan a un mayor número de acciones para dar por resuelta la situación clínica (tabla 3.6).

Nos interesa en este punto llamar la atención del lector sobre un fenómeno que llamamos *caída de heurísticos*. Cuando nos asalta la fatiga, las prisas, el agobio o una inundación de tipo emocional como puede ser la rabia, la vergüenza o el rencor (tabla 3.7) puede que experimentemos lo que hemos llamado una «caída de heurísticos», y queramos resolver una situación clínica aplicando reglas de decisión que exijan poca inversión energética. En este punto aparecen los heurísticos de bajo nivel. Si usáramos un término psicoanalítico, podríamos decir que sufrimos una *regresión*, pues pasamos a utilizar una regla de acción

Tabla 3.6.
Heurísticos de alto y bajo nivel

De nivel bajo

- Escasa/nula reflexión o elaboración por parte del sujeto.
 - Suelen aprenderse en etapas iniciales de la vida o de la formación profesional.
 - Son cómodos de aplicar, con bajo consumo energético.
 - Muchas veces son «lo mínimo» que debe hacerse ante una situación determinada.
-

De nivel alto

- Aparecen tras la reflexión consciente, es decir, tras poner en duda las primeras reglas de decisión (aquellas reglas de decisión que constituyen el «conocimiento tácito»).
 - Responden a un análisis más sofisticado de la situación, y en general prevén cursos desfavorables que antes no se habían considerado.
 - Su aplicación consume más energía psíquica/física.
-

Tabla 3.7.
Factores restrictivos de nuestra competencia

Falta o exceso de activación emocional

- Fatiga.
 - Problemas cognitivos transitorios (p. ej., trastornos del sueño, consumo de alcohol, etc.).
 - Falta de motivación.
 - El profesional tiene prisa por acabar la consulta e iniciar otra actividad.
 - Agobio, sensación de que no damos abasto, muchos estímulos sensoriales a la vez.
 - Inundación por otras emociones extremas, ya sean positivas o negativas.
-

Falta o exceso de tono hedónico

- Hostilidad del paciente.
 - Hostilidad del propio profesional.
 - Dolor o discomfort somático del clínico.
 - Expectativa de que si una determinada hipótesis se confirma, nos crearemos más trabajo.
 - Permitimos zonas de pensamiento mágico: por ejemplo «¡no voy ahora a pensar que puede tener cáncer siendo una persona tan simpática!».
-

que aprendimos en etapas iniciales de nuestra formación profesional. Si usáramos términos jurídicos hablaríamos de *conducta negligente*. Imaginemos el siguiente escenario:

Paciente con dolor en hipogastrio de tipo cólico, con antecedentes de litiasis renal. Heurístico de alto nivel: «antes de dar por bueno el diagnóstico de cólico nefrítico, debo realizar una exploración física y una tira reactiva de orina en busca de sangre». Heurístico de bajo nivel: «hay suficiente con el carácter cólico del dolor y el antecedente de litiasis, por lo que mantendré este diagnóstico aunque la exploración física o la orina sean negativas, por lo que no merece la pena complicarme la vida con más exploraciones».

Observe en la figura 3.5 esta caída de heurísticos. En el fondo, si actuamos a veces de manera negligente no es porque queramos perjudicar al paciente, sino porque pensamos que su problema puede solventarse sin grandes esfuerzos. Hacemos una estimación de la energía que tenemos para invertir en la resolución del caso, y cuando escasea, hurgamos en heurísticos de bajo nivel para darnos por satisfechos.

En la figura 3.5 puede observarse lo que ocurre en el caso de la litiasis renal: pasamos de una tasa de errores de 1/250 a una tasa de 1/100 (estas tasas son meramente indicativas) al aplicar el heurístico de bajo nivel. Eso es lo que ocurre cuando actúan factores restrictivos: estamos cansados, nerviosos, irritables, abrumados por otros pacientes que exigen nuestra dedicación inmediata, etc. En tales circunstancias, sencillamente asumimos más riesgos, «cortamos por lo sano», y cerramos la entrevista de manera más precipitada de lo que sería conveniente, gracias a heurísticos de bajo nivel. Pero para dejar actuar estas reglas de acción de bajo nivel, necesitamos la presencia de una *coartada cognitiva!*, una justificación del tipo: «ya has hecho lo que debías, puedes cerrar la entrevista», o bien «a estas horas de la madrugada demasiado que ya he hecho, puedo cerrar la entrevista». Sin embargo, puede que quede una insatisfacción larvada, que al desaparecer el factor restrictivo (p. ej., el cansancio), aflora. Tal vez al cabo de unas horas o días exclamemos, (como si viéramos la escena rebobinada): «¡aquel paciente lo resolví mal!». Cuando un juez declare que hemos actuado de manera negligente porque no hemos considerado la posibilidad de una torsión

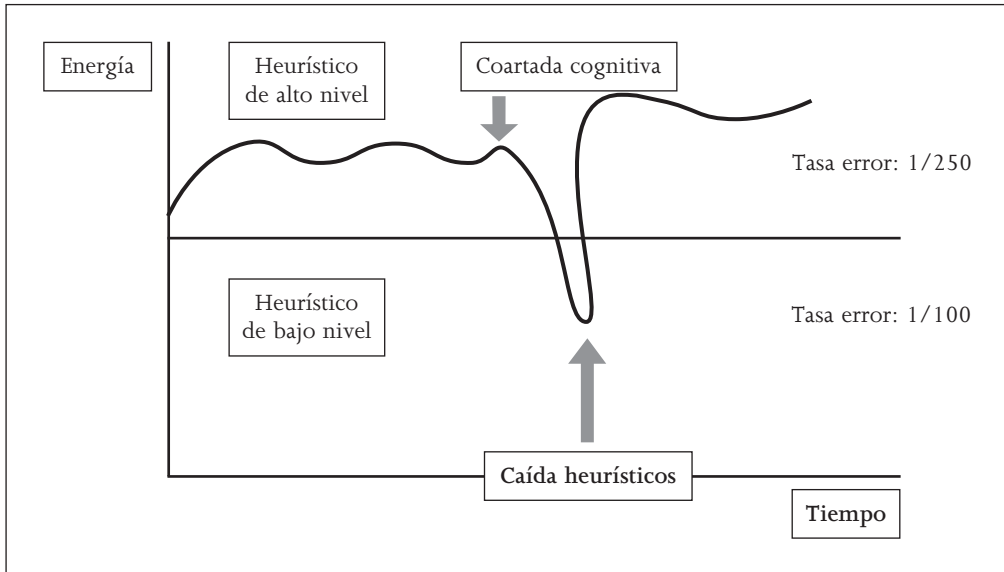


Figura 3.5.
Caída de heurísticos.

Debido a la presencia de algún factor restrictivo el profesional solventa la situación clínica con una regla de decisión (heurístico) de bajo nivel. Ello se traduce en una reducción de su pericia

de ovario, lo único que podremos alegar es que estábamos bajo los efectos de algún factor restrictivo de los que enumeramos en la tabla 3.7. Estos factores restrictivos activan coartadas cognitivas que permiten el paso a heurísticos de bajo nivel. Éste es uno de los puntos más importantes del modelo emotivo-racional.

Volvamos con todos estos conceptos al tema central: ¿en qué consiste la pericia del clínico? Por un lado, en ordenar sus conocimientos y experiencia a fin de saberla aplicar a casos concretos. En otras palabras: crear reglas de acción más y más adaptadas a la complejidad de la vida real. Y por otro lado, estar con una buena activación cognitiva («energética»), para interrogarnos: «¿estoy haciendo lo que debo?», «¿estoy actuando bajo una coartada cognitiva?».

Permítanos el lector otro ejemplo. Un residente aprende en un contexto de urgencias que: «Un ojo rojo con legañas y sensación de tierra equivale a una conjuntivitis, y hay que darle X». Por desgracia este heurístico de bajo nivel acaba dándole problemas muy serios, por lo que adopta este otro:

«Ante un ojo rojo sólo lo daré como conjuntivitis si no hay mucho dolor, el eritema es periférico y no alrededor del iris, y excluyo en caso de duda la presencia de queratitis con el test de la fluoresceína.»

Ha realizado la primera parte del viaje (por cierto, siempre al albur de los avances concretos de cada especialidad). Pero ahora le queda la *segunda parte*: aplicar este heurístico más complejo a las 4 de la madrugada de una guardia especialmente dura. Aquí lo que va a contar será: a) detectar las *coartadas cognitivas* y decirse: «no, aunque esté cansado lo más cómo-

do es hacer las cosas bien hechas, así que voy a aplicar la regla de acción de alto nivel»;
 b) tener una buena «*regulación de la zona de trabajo óptima*», es decir, llegar a las 4 de la madrugada lo más despejado posible. Veamos este último concepto, del que aún no hemos hablado.

Regulación óptima de la zona de trabajo

No es lo mismo trabajar con que sin dolor de espalda. No es lo mismo haber descansado bien que tener apnea del sueño. A partir de hechos tan obvios, Apter (1989) construyó su *teoría de la inversión emocional*, que en esencia nos dice: hay una zona de trabajo idónea que se alcanza por un buen tono corporal y una buena activación cognitiva. Pero cuidado, porque (tal como expresa la figura 3.6) tanto un «excesivo» buen tono corporal, como una excesiva activación cognitiva, perjudican nuestro rendimiento. Nuestros enemigos son por igual un excesivo relax como una excesiva activación, el aburrimiento como la excitación.

Pero, ¿acaso no somos muy conscientes de nuestro tono corporal (o hedónico), o de nuestra activación cognitiva?, se preguntará el lector. Pues no, en general no lo somos. Hay un *carácter circular de las emociones* por las cuales cada emoción se justifica a sí misma. Demasiadas veces ocurre que cuando estamos enfadados estamos demasiado enfadados para considerar que nuestro enfado no es proporcionado; cuando estamos cansados de conducir solemos estar demasiado cansados para considerar que sería prudente detenernos en una zona de descanso, etc. A eso llamamos *carácter circular de las emociones*. La persona que sale de este círculo envolvente ha aprendido a regular su zona de trabajo mediante indicadores externos a sí mismo/a. Por ejemplo: «estoy más cansado de lo que parece, porque

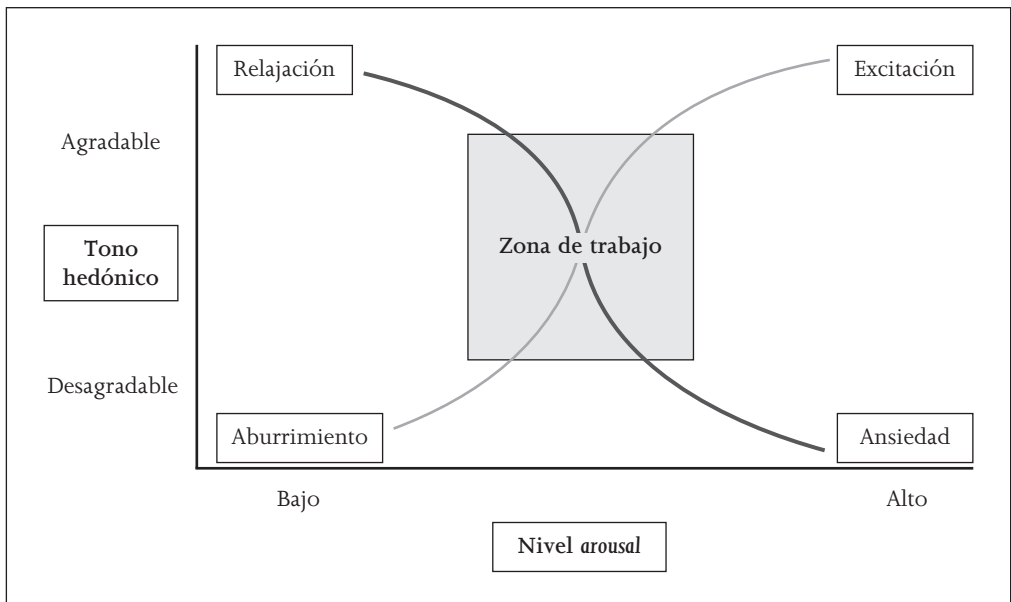


Figura 3.6.

Teoría de la inversión emocional de Apter. El jugador de golf que fracasa repetidamente una jugada pasará de la excitación a la ansiedad. Otro jugador excesivamente relajado llegará a aburrirse. La intensidad de las emociones influye en cómo las catalogamos.

mi caligrafía es horrible». O bien: «estoy levantando la voz en demasía... me estoy apasionando y eso puede llevarme a mantener un criterio con excesiva rigidez».

Los factores restrictivos pueden desplazarnos de nuestra zona óptima de trabajo. Por ello debemos dotarnos de indicadores que nos aseguren en nuestra mejor pericia.

Seguro de pericia

Los clínicos desarrollamos diferentes estrategias para no equivocarnos. Al conjunto de estas estrategias las llamamos **seguro de pericia** (pues se refiere a estrategias para mantener la pericia, más que a una prevención global de errores). Conocer y preservar nuestra zona óptima de trabajo es parte de este esfuerzo. En este apartado abordaremos dos más: a) hábitos de interrogación, y b) señalización de situaciones clínicas. La primera es una estrategia de tipo global, mientras que la segunda alude a situaciones concretas potencialmente peligrosas, o en las que nos hemos equivocado previamente. Por supuesto, las medidas organizativas y formativas tienen la mayor importancia en la prevención de errores, tal como se apunta desde el enfoque sistémico y organizativo (Khon LT, 2000). Pero aquí nos interesa este otro planteamiento más personalista, que en absoluto es contradictorio con el sistémico.

a) Hábitos de interrogación y compensación de errores típicos mediados por nuestro carácter

Epstein ha propuesto que el clínico es algo así como un instrumento musical que debe ser afinado para que haga buena música (Epstein RM, 1999). El símil parece oportuno y nada exagerado. De la misma manera que un melómano distinguirá la manera de tocar de Alicia de la Rocha de la de Arthur Rubinstein, nuestro carácter imprime estilo a la manera que tenemos de resolver problemas. También a la manera de equivocarnos.

El concepto de *error latente* alude a un tipo de error que con el tiempo acabará por aparecer. Un pequeño defecto en el diseño del motor de un coche produce que con el tiempo una mayoría de los coches del mismo modelo padezcan el mismo tipo de avería. Cuando trasladamos el símil a los clínicos pensamos en falta de conocimientos y habilidades. Sin duda, es un factor importante de errores, pero mucho más resulta serlo el carácter. En la tabla 3.8 resumimos algunos conceptos clave en relación a los errores latentes y el carácter.

Junto a este conocimiento de nuestras características debemos tener un hábito de trabajo que evite los errores que de manera habitual comete cualquier clínico. Cualquier profesional con experiencia se da cuenta de que tiene un **hábito de interrogación** mediante el cual supervisa los procesos más importantes. Por ejemplo:

– ¿Estoy suficientemente activado/desperto?

Este hábito de interrogación conduce a regular la zona óptima de trabajo, de la que hemos hablado más arriba. Observar nuestra caligrafía, nuestra pereza por levantarnos de la silla, etc., son buenos indicadores «externos».

– ¿Estoy abriendo mi librería de situaciones de la manera más extensa posible?

Muy relacionado con el punto anterior. A veces no logramos evocar un conjunto de situaciones parecidas a las que tratamos de resolver. Ello se debe a que podemos estar en una zona no óptima de trabajo; nerviosos, aturdidos o simplemente cansados. En tales ocasiones hay que detenerse, coger lápiz y papel e interrogarse: ¿en qué situaciones parecidas me he encontrado?, ¿qué le ocurre a este paciente?

Tabla 3.8. Carácter y errores latentes

-
- El *despistado* dejará de realizar tareas que había pensado en algún momento de la entrevista.
Corrección: cuando se nos ocurre una medida que realizar, apuntarla como «plan» en el curso clínico de la historia.
- El *dogmático* no buscará ni escuchará datos discordantes con sus primeras hipótesis (incapaz de desmentirse ni de dejar que los otros le desmientan).
Corrección: demostrarle (¡por parte de otra persona!) que él/ella también se equivoca. El dogmático sólo sale de su ensueño cuando se percibe débil o frágil.
- El *impetuoso* querrá solventar el proceso discursivo a partir de pocos datos («ya lo tengo»).
Corrección: he aquí una patología derivada de la falta habitual de tiempo en las consultas; debemos aprender a frenar y darnos tiempo, para evitar cierres prematuros antes de completar el plan básico de entrevista. Pregúntese de manera habitual: ¿sería capaz de escribir un informe clínico con los datos que acabo de obtener?
- El *inseguro* tratará de descartar las posibilidades más remotas, con un uso exagerado de pruebas complementarias; otras veces tomará por ciertas las intuiciones o expectativas del paciente o de otros clínicos, sin formarse o tomar en consideración la suyas propias; en el fondo sus decisiones se rigen por evitar tensiones y ansiedades, y secundariamente, llegar a un diagnóstico.
Corrección: aprender a hacerse siempre el propio criterio, entendiendo que tener una opinión propia no tiene por qué equivaler a enfrentarse a otras personas.
- El *perfeccionista* apurará todos los detalles y posibilidades una y otra vez, sin un adecuado balance entre tiempo, esfuerzo e importancia de la situación clínica. Los detalles le dificultarán ver «lo más importante» del paciente.
Corrección: en el fondo el perfeccionista trata de mitigar la ansiedad por lo desconocido explorando todas las posibilidades; su esfuerzo debería dirigirse en seguir los protocolos, sin exagerarlos, en la convicción de que son consensos suficientes. ¡El exceso puede derivar también en *yatrogenia!*, por ejemplo: estimular la hipocondría de los pacientes.
-

– ¿Debería reencuadrar la entrevista, planteándome nuevas hipótesis?

Las primeras hipótesis surgen sin esfuerzo, pero replantearse estas primeras hipótesis supone mucha energía, máxime si estamos pensando en cerrar pronto la entrevista. Esta pregunta debería surgir también cuando el paciente acude reiteradamente a la consulta.

– ¿Tengo suficientes datos para escribir un informe?

Este hábito de interrogación previene un cierre prematuro de la fase exploratoria. Ya hemos mencionado el peligro de encontrar datos que corroboren nuestras primeras hipótesis y no proseguir el plan básico de entrevista.

– ¿Estoy cerrando la entrevista demasiado deprisa?, y de manera más concreta: ¿estoy siendo víctima de una *coartada cognitiva* para cerrar prematuramente la entrevista?

Esta pregunta debería saltar automáticamente cuando no acabamos de sintonizar con las expectativas del paciente, o cuando las hipótesis que nos planteamos no acaban de abarcar con claridad todo el complejo sindrómico que presenta el paciente, o cuando sospechamos que cerramos la entrevista «en falso».

El clínico debe escoger a partir de los errores o fallos que detecte en su práctica clínica cuál de estas preguntas (u otras de parecidas) merece la pena incorporar como hábito. Este aspecto es relevante: son preguntas que deben aparecer automáticamente durante la entrevista, y de obligado cumplimiento. Solo así actúan como seguro de pericia.

b) Señalización de situaciones clínicas

Los clínicos situamos balizas con luces rojas sobre aquellas situaciones clínicas que pueden movernos a error. Hemos introducido el término de **claves que obligan** precisamente para enfatizar la presencia de un dato anamnésico o exploratorio cuya presencia siempre debe llevarnos a una determinada actuación. Otro concepto de gran importancia es el **síntoma o signo de luz roja/verde**, eso es, datos que sin ser tan concluyentes como los anteriores, nos apuntan hacia enfermedades potencialmente graves o no graves. Una cefalea que empeora por la mañana y se acompaña de náuseas y vómitos nos encendería la luz roja, mientras que una cefalea con amplios períodos de remisión entre los ataques nos apuntarían a benignidad (luz verde). El clínico que organiza bien su cabeza sitúa este tipo de **claves que obligan** y **síntomas y signos de luz roja/verde** como señales indelebles de obligado procesamiento, por más cansado que esté. El análisis de las situaciones que nos han llevado a error tiene siempre gran interés. Compartir experiencia clínica con otros profesionales es compartir también nuestros errores, y facilitar así que nuestros compañeros balicen con luz roja las situaciones de riesgo por las que nosotros hemos pasado. En este sentido podemos afirmar que trabajar en equipo es una gran oportunidad para aprender.

La profundidad de un diagnóstico, enunciación del diagnóstico y modelo biopsicosocial

Hemos analizado los mecanismos microscópicos de la decisión, y es hora de recuperar una perspectiva más amplia. Tenemos delante nuestro a un paciente con un problema de salud, y nos preguntamos: «¿Qué debo hacer para que este paciente quede contento con mis servicios profesionales?» Esta pregunta marca en buena parte el encuadre inicial de la entrevista (nuestra intencionalidad). Sin embargo, no podemos quedarnos aquí. El profesional que desea sacar todo el partido posible al acto clínico se pregunta también:

- Más allá de la demanda y de las expectativas del paciente, ¿cuáles pueden ser los problemas y necesidades de salud de este paciente?

Hay una verdadera *ruptura* entre los profesionales que se mueven en el *marco de la demanda* (modelos simples de enfermar) y los que se mueven en el *marco de las necesidades*. Así como hay diagnósticos concretos («bronquitis», «úlceras de decúbito», etc.), hay también macrodiagnósticos tipo: «familia de nido vacío», «cuidador claudicante», «malos tratos domésticos», «estrés sociofamiliar crónico», etc. Estos macrodiagnósticos por desgracia no están sistematizados en la bibliografía, a pesar de que son la clave para un abordaje biopsicosocial extenso y a la vez profundo. Cuando los aplicamos nos confieren nada menos que *profundidad diagnóstica*, una profundidad al alcance por igual del profesional de enfermería como del médico. A modo de ejemplo:

- El cuidador de paciente crónico que claudica (se nota superado por sus deberes de cuidador), manifiesta síntomas depresivos, polialgias con o sin fibromialgia, insomnio y suele proyectar su malestar sobre el paciente objeto de su cuidado; a veces se comporta como un acompañante enfermo (se entiende por tal el acompañante que

- proyecta síntomas propios sobre otro familiar que actúa o representa el rol de enfermo).
- La mujer objeto de malos tratos puede presentarse con clínica algica repetida, suele ser negadora de conflictos psicológicos, aunque a nivel no verbal muestra expresiones de tristeza, tiene baja autoestima y a veces efectúa peticiones para ser derivada a diferentes especialistas y ganarse el estatus de enferma, con la esperanza de ser mejor tratada en su ámbito familiar. En consecuencia, otro cuadro muy abigarrado.
 - El paciente varón con obesidad y resistencia periférica a la insulina suele acumular otros factores de riesgo, como son: sedentarismo, hipertensión, tabaquismo, proteína C reactiva (PCR) alta, dislipemia, etc. Todos estos factores deben ser considerados para obtener su riesgo cardiovascular global.

Los **macrodiagnósticos** combinan aspectos biológicos y psicosociales, por lo que tienen una versatilidad que escapa a un enfoque diagnóstico clásico. Compare:

- «Sr. Francisco, tiene usted un resfriado muy fuerte y le recomiendo...» con:
 «Sr. Francisco, tiene usted un resfriado, pero, además, el tabaco y la falta de ejercicio le perjudican seriamente la salud, y observo también una ansiedad en relación a su trabajo.»

Objeción inmediata del lector: ¿cómo podemos realizar enfoques tan amplios con los escasos minutos de los que disponemos? Respuesta: *no siempre podemos ni debemos llevar al plano de la relación todo lo que pensamos del paciente*, sobre todo cuando pensamos que va a generar rechazo. También es cierto que debemos disponer de algunos minutos, pero menos de lo que se suele creer. Cuando el clínico realiza una buena delimitación de la demanda, un mapa de quejas y usa apropiadamente la técnica de **enunciación múltiple**, buena parte de estas dificultades desaparecen como por arte de magia. Por ejemplo:

- «Sra. María, aunque hoy sólo podremos abordar el tema de su rodilla, no olvide que debería empezar a tomar su antidepresivo en previsión de la entrada del otoño.»
 «Sr. Juan, tiene una bronquitis. Ahora le daré su tratamiento, pero me gustaría mostrarle su lista de problemas: observe que tiene azúcar en la sangre, la presión alta y continúa fumando. Todo eso nos da un riesgo cardiovascular del 24 %. Es un porcentaje que consideramos ya alto. Deberíamos tomar medidas de manera inmediata. ¿Cómo lo ve usted?»

Un abordaje en profundidad no parte de la mera adición de diagnósticos. Esto sería un despropósito. La profundidad viene porque el profesional tiene modelos en la cabeza, como los que veíamos anteriormente. Imaginemos por un momento a tres pacientes con cefalea, el primero cuidador claudicante, el segundo una mujer objeto de malos tratos, y el tercero un varón cargado de factores de riesgo... ¿no tendrían un abordaje muy distinto? Reflexión que nos conduce a otra: ¿no es precisamente este enfoque el enfoque biopsicosocial? Un enfoque biopsicosocial, si se nos permite la licencia, con los conocimientos «empaquetados» a la manera de Schon (1987), no tanto como «nuevo paradigma» científico, sino una praxis clínica amplia y profunda que supera el clásico «un síntoma = un tratamiento» (Borrell F, 2002). En la tabla 3.9 resumimos algunas de las características que impregnan esta praxis.

Tabla 3.9.
Enfoque biopsicosocial: propuestas para una praxis

1. El clínico considera como objetivo lograr un componente emocional intrínsecamente terapéutico en la relación establecida.
 2. El clínico legitima cualquier motivo de consulta, no sólo los biomédicos, o los problemas psicosociales que logran carta de autenticidad (depresión, bulimia, insomnio...).
 3. El clínico distingue entre *demanda de salud* y *necesidad de salud* y aplica macromodelos donde considera aspectos psicosociales y biológicos.
 4. El clínico tiene el *deber ético de no mentir sobre lo que sabe del paciente*, salvo situaciones donde esta verdad crearía un mayor mal. También tiene el *deber de colocar su propia agenda en la relación asistencial e influir sobre las creencias del paciente*, con el único límite que de manera explícita nos marque el propio paciente. A veces este principio supone el coraje de plantear el origen psicosocial de determinadas somatizaciones, rompiendo ciclos de medicalización crónica o yatrogénica, pero siempre evitando un mal mayor al del padecimiento que tratamos de aliviar.
 5. El clínico aplica frente a un problema diagnóstico de cierta complejidad una metodología que evita inicialmente tomar posición hacia hipótesis diagnósticas exclusivamente biológicas o psicosociales, es decir, evita *focalizarse*.
 6. El clínico dispondrá cuando sea posible de una perspectiva sociofamiliar de sus pacientes, y sabrá valorar la red social de apoyo.
 7. El clínico aplicará técnicas de decisión racionales, basadas en evidencias pero también en el conocimiento de los sesgos que introducen sus propias emociones. Los peligros de equivocarnos ante pacientes que nos «caen mal» son enormes.
 8. El clínico debe acostumbrarse a períodos de incertidumbre en los cuales no ceda a la tentación de dar significado a los síntomas a partir de datos no definitivos. No hay «caso cerrado». Cada paciente es una realidad en constante evolución. Si no le damos al paciente la oportunidad de sorprendernos «ahora», igualmente nos sorprenderá mañana.
-

Sumario

Paquetes de habilidades anamnésicas que deben automatizarse

- Primer paquete: habilidades de escucha activa: mostrar interés, facilitaciones, frases por repetición, empatía.
- Segundo paquete: preguntas para la anamnesis focal: ¿cómo es la molestia?, ¿desde cuándo?; y cronología de la molestia, ¿dónde? e irradiación, factores que agravan y factores que alivian, síntomas asociados, factores de riesgo.
- Tercer paquete: preguntas para la anamnesis psicosocial: ¿qué tal descansa por la noche?, ¿cómo se encuentra de estado de ánimo?, ¿tiene muchas preocupaciones, o cosas que le den vueltas por la cabeza?, ¿problemas o acontecimientos graves en casa o en el trabajo?
- Cuarto paquete: preguntas en la anamnesis centrada en el paciente: ¿con qué relaciona la molestia o qué piensa que puede tener?, ¿hasta qué punto afecta (o ha transformado) su vida?, ¿en qué cree que podemos serle de utilidad y qué cosas piensa que deberían hacerse para mejorar la situación?, ¿le ha ocurrido algo que haya cambiado su vida o le haya impresionado mucho?, ¿problemas en casa o en el trabajo que pudieran influir?

Errores de técnica en la parte exploratoria

- Entrevistadores intuitivos y campo-dependientes
- Entrevistadores focalizadores
- Pacientes bloqueados y entrevistadores que preguntan mucho, pero... ¡con preguntas cerradas!
- Correr demasiado en lo psicológico.

Paquete de técnicas para aumentar la capacidad diagnóstica

Datos de calidad a partir de un informante concentrado, que elabora verbalmente sus respuestas y evita respuestas automáticas. Y un entrevistador capaz de realizar un reencuadre de las primeras hipótesis, practicar la técnica de lectura textual de datos, hipótesis inversa, y técnica del informe clínico, entre otras técnicas.

Pericia y seguro de pericia

Control sobre la zona óptima de trabajo, conocer nuestra tolerancia a la tensión crítica, errores latentes derivados de nuestro carácter, hábitos de interrogación y señalización con luz roja. Macrodiagnósticos y práctica biopsicosocial.

Bibliografía

- Apter MJ, Reversal Theory: Motivation, Emotion and Personality. Londres: Routledge, 1989.
- Aseguinolaza L, García-Campayo J, Tazón MP, Grupos Microbalint. En: Tazón MP, García-Campayo J, Aseguinolaza L, eds. Enfermería. Relación y Comunicación. Madrid: DAE, 2000.
- Barragán N, Violan C, Martín Cantera C, Ferrer-Vidal D, González-Algas J. Diseño de un método para la evaluación de la competencia clínica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2000 Nov 30; 26(9): 590-594.
- Borrell F, Sunyol R, Porta M, Holgado M, Bosch JM, Jiménez J. Capacidad para detectar y registrar problemas de salud, en relación a la calidad de la entrevista clínica. I WONCA European Regional Conference on Family Medicine. Barcelona, 1990.
- Borrell F. Exploración Física Orientada a los Problemas Aten Primaria 2002; 30(1): 32-45.
- Borrell F. CD ROM: Exploración Física Orientada a los Problemas-CD-ROM I. FMC Noviembre 2002.
- Boucher FG, Palmer WH, Page G. The evaluation of clinical competence. *Can Fam Physician* 1980; 26: 151-152.
- Burack RC, Carperter RR. The predictive value of the presenting complaint. *J Fam Pract* 1983; 16(4): 749-754.
- Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196 (4286): 129-136.
- Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137(5): 535-544.
- Epstein RM. Mindful Practice. *JAMA* 1999; 282(9): 833-839.
- Espósito V, Schorow M, Siegel F. A problem oriented precepting method. *J Fam Pract* 1983;17(3): 469-473.
- Esteve MR. Teoría de la decisión (II): el teorema de Bayes. En: Godoy A. Toma de decisiones y juicio clínico. Madrid: Pirámide, 1996; págs. 215-221.
- Gask L, Goldberg D, Lesser AL, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ* 1988; 22: 132-138.
- Gross DA. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47(2): 133.
- Khon LT, Corrigan JM, Donaldson S. To Err is Human. Building a Safer Health System. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 2000.
- Kraytmann M. El diagnóstico a través de la historia clínica. Madrid: IDEPSA, 1983.
- Prados JA, Muñoz E, Santiago JM, Cebrià J, Bosch JM, Peguero E, Borrell F. Evaluación de la competencia en Habilidades de exploración clínica de los Médicos de Familia en situación real: Capacidad de detección de signos en pacientes con hallazgos clínicos confirmados previamente. Influencia en el manejo Diagnóstico-terapéutico. FISS 2003.
- Ratey, JJ. El Cerebro: manual de instrucciones. Barcelona: Mondadori, 2002; pág. 270.
- Shea SC. La entrevista psiquiátrica. El arte de comprender. Madrid: Harcourt Saunders Elsevier Sciences, 2002.
- Suñol R. Correlación entre los procesos y los resultados de la Entrevista Clínica: su aplicación a los programas de calidad en Atención Primaria. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 1992.