

Capítulo 5

El paciente opina

Ideas clave

- Lo que marca auténticas diferencias entre los profesionales de la salud no es tanto el uso del poder como su compromiso con el sufrimiento del paciente. Discutir, reñir, persuadir, negociar... todo tiene cabida cuando lo hacemos *para* el paciente.
 - Es imposible persuadir en un clima de relación antagónico.
 - Pensar que un buen entrevistador nunca va a necesitar negociar, ni imponer nada, es una visión romántica y peligrosa que dejará en manos de la *improvisación* las situaciones más comprometidas.
 - El paciente tiene derecho a discrepar de nuestro criterio, y no por ello la relación de confianza debe deteriorarse.
 - Antes de justificar e imponer nuestro criterio, permita al paciente que se explique... es decir, *evalúe las creencias* u opiniones del paciente.
 - Saber hasta dónde podemos decir «sí», y cuándo tenemos el deber de decir «no», nos hace más asertivos y, por consiguiente, más dialogantes.
 - No hay actitud de negociación si no estamos en actitud de ceder. Quien tan sólo va a convencer *cuente lo que cueste* no negocia, y posiblemente ni tan siquiera dialoga.
 - Conversión inaparente: el paciente lo niega, pero en el fondo le hemos convencido. Viceversa: conformidad simulada.
 - Listón de la negociación: bajo cuando la persona no demuestra excesivo interés en lograr su objetivo, alto cuando manifiesta una necesidad absoluta de lograr lo que se propone.
 - Casi nunca querriamos negociar. Por ello, cuando el profesional se ve arrastrado a una negociación debe vencer casi siempre un primer movimiento emocional de enojo o pereza.
 - Cuando cedamos, al menos que sea para ganar en *alianza terapéutica*.
 - Siempre tenemos que formarnos nuestra propia idea de lo que le ocurre al paciente.
 - Nada peor para un profesional de la salud que caer en el *síndrome inspectoril*.
 - Casi siempre los acuerdos surgidos de un diálogo honesto son mejores que las propuestas iniciales que habíamos imaginado.
 - Una relación de confianza siempre vale más que el precio de ceder a una exploración complementaria.
 - Casi nunca resulta adecuado ceder en la significación de unos determinados síntomas, pero casi siempre es posible individualizar los tratamientos al gusto del paciente.
-

Habilidades básicas en la persuasión y negociación

El clínico que conversa con sus pacientes ofrece lo mejor de su amistad. Wagensberg cree que conversar «es el mejor entrenamiento que puede tener el ser humano para navegar por la incertidumbre», e incluso que «una buena lección es una buena conversación» (Wagensberg, 2002). Nosotros, los clínicos, somos especialistas en incertidumbre. Pretendemos saber algo de este ser humano que nos entrega su intimidad... pero, ¿no es eso mucho pretender? ¿Acaso muchas veces no nos movemos en el límite de una pantomima, de un teatro donde se nos asigna el papel de *sabelotodo*, de conspicuos interpretadores de la realidad? No podemos aceptar este papel sin una punta de rebeldía, sin recordar de vez en cuando a la sociedad que no tenemos poderes taumatúrgicos. Por ello comunica con inteligencia el profesional que va del consejo a la sugerencia, del imperativo a la opinión. Este profesional con diferentes registros se hace apreciar porque señala dónde hay certeza y dónde ésta acaba, dónde llega la ciencia y dónde empieza la fe, o la buena fe. A veces el paciente busca justamente eso, no tanta ciencia como un poco de *sabiduría*. Sabiduría, una forma de saber tamizada por la *bondad*. Una forma de ejercer el poder de experto, con el *compromiso de no hacer daño al paciente*, y en todo caso, tratar de minimizarlo. Poner el conocimiento al servicio del paciente.

La negociación comparte con la persuasión el hecho de dialogar, pero se diferencia de ella por el hecho de que una de las partes (el paciente, el clínico, o ambos), *desean claramente* lograr algo. No dejamos al albur del paciente que acepte o no un determinado compromiso, como en el caso de la persuasión. Tampoco, lisa y llanamente, «ordenamos» algo, porque sabemos que dicha orden no sería eficaz. Observe el siguiente ejemplo:

Enfermera (*orden amable*): «Esta herida la curará de la siguiente manera. Primero la lavará con agua y jabón, y a continuación...»

Paciente (expresa dudas): No sé, a mí el jabón me pica mucho.

Enfermera (*respuesta justificativa*, sin voluntad de que exista *bidireccionalidad*): ¿No sabe que lo que pica cura? Y después de lavarlo aplicará yodo. Se hace así...

Paciente (se posiciona e impone una *negociación*): ¿No sería mejor que me viera el médico?

Enfermera (*cesión condicionada*): Claro que sí, siempre que sea necesario. En este caso trabajamos de manera conjunta y tiene previsto revisarle la herida la semana próxima. Entre tanto me ha encargado que le controle esta pequeña infección.

Lo que para muchos sería *persuasión*, en realidad ha sido *negociación*. La enfermera no tenía previsto que el médico supervisara la herida. Tampoco deseaba ceder de manera automática, pues lo interpretaba como admitir cierta *desvalorización* de su papel profesional. Si preguntáramos a los protagonistas del diálogo posiblemente no serían conscientes de lo que ha sucedido, pero desde el modelo de influencia (recuerde la tabla 4.8) queda claro que estamos ante una negociación.

Por lo general, damos más consejos y órdenes que persuadimos o negociamos. Sin embargo, los diálogos más difíciles son estos últimos, y en particular cuando negociamos. Poco se habla de negociación en los manuales de entrevista. Se diría que un buen entrevistador no necesita negociar porque antes persuade. Se diría también que negociar y, sobre todo, imponer, es algo que señala el fracaso de una buena relación. Es esa una visión romántica y peligrosa, que deja *al albur de la improvisación* aquellas situaciones más comprometidas.

El profesional no decide cuándo negociar. La mayor parte de veces es el paciente que nos arrastra a ello. Por ejemplo:

E: Y tomará estas pastillas cada 6 horas y...

P (dudando): No sé, no sé...

E (**imponiendo**): Sí, sí, las tomará porque sino esta herida puede complicarse mucho.

El final de muchas discrepancias es la **imposición**... pero la imposición también es una manera de negociar. El primer y más importante mensaje de este capítulo es: «antes de justificar e imponer nuestro criterio, permita al paciente que se explique... es decir, **evalúe las creencias** u opiniones del paciente». Es la que hemos llamado **respuesta evaluativa** (v: «¿Qué le hace pensar esto?»), puerta inexcusable para persuadir y negociar.

Por consiguiente, ésta sería la **entrevista semiestructurada** para la parte resolutive:

- Detectar resistencias.
- Respuesta evaluativa y exploración de creencias.
- Persuadir o negociar, según el caso.
- Acordar un plan.
- Toma de precauciones.
- Cierre de la entrevista.

Es conveniente realizar una primera aproximación a estas habilidades en conjunto, antes de centrar nuestra atención en la negociación.

Cuando el paciente no está de acuerdo

La parte resolutive de la entrevista se inicia casi siempre con la enunciación o propuesta de un diagnóstico (o la caracterización del problema), y la propuesta de un plan de acción. Veamos qué ocurre cuando el paciente expresa dudas, por ejemplo:

Pediatra (después de pesar y explorar al bebé): El niño va creciendo estupendamente. Sería muy adecuado que mantuviéramos la lactancia materna un par de meses más.

Madre (débilmente): No sé, no creo...

En este punto el profesional puede continuar como si nada ocurriera, puede enfatizar sus argumentos (la que llamamos **respuesta justificativa**, de poca efectividad), o bien puede detenerse y evaluar las dudas de la señora (**respuesta evaluativa**, sólo al alcance de profesionales que tienen cierto entrenamiento en comunicación). Ahora bien, la actitud necesaria para realizar una respuesta evaluativa es estar abierto a las sugerencias del paciente, dispuesto a aproximarnos a sus deseos, o incluso a ceder. Veamos cómo prosigue el diálogo:

Pediatra (**respuesta evaluativa**): ¿No lo ves muy viable?

Madre (la madre se **posiciona**): El mes que viene vuelvo a trabajar. Preferiría que me retirara la leche y que pudiera adaptarme al biberón estas últimas semanas.

Pediatra (**legítima la opinión** contraria para abrir un espacio para la negociación o la persuasión): Es razonable que estés impaciente por iniciar el biberón. Pero tal vez tampoco sea una cuestión de todo o nada, ¿no crees?

Madre: Voy a poner una señora que lo cuidará durante las mañanas, o sea que ya me dirá usted lo que puedo hacer.

En este punto hay que **calibrar** bien lo que es por un lado la **confianza** del paciente, y por otro **los fines** que tratamos de conseguir (**balance confianza-fines**). Para no forzar más allá de lo razonable la situación el pediatra opta por decir:

Pediatra (*empatía*): Comprendo tu situación. (*Legítima*) Es lógico que veas más práctico el destete. (*Negocia*) ¿No te sería posible siquiera durante unas semanas mantener por la tarde la lactancia materna?

Madre: Lo veo muy engorroso. No sabe la vida estresada que llevo.

La intervención del pediatra ha sido negociadora, equivalente a: «ni todo ni nada, ¿por qué no ensayar una postura intermedia?». Pero la respuesta de la señora vuelve a ser muy clara, por lo que decide ceder. Ahora bien, incluso en la cesión hay un matiz de la máxima importancia. Si, por ejemplo, dice en tono cordial: «Pues no se hable más. Voy a recomendarte para pasar a lactancia artificial, etc.», es muy distinto que decir, en tono contrariado: «Bueno, tu sabrás. Voy a recomendarte...» La postura más inteligente, ya que cedemos, es hacerlo *ganando en alianza terapéutica*, no como si perdiéramos el envite, estuviéramos enfadados o esperaríamos que más adelante el paciente nos devolviera el favor que ahora le hacemos.

Conceptos de partida relativos a la participación del consultante

En este fragmento analizado observe que:

- El objetivo no es «traer al consultante a nuestra verdad», sino buscar de una manera conjunta, adulta y responsable, el mejor plan de actuación. Todos tenemos que ganar, el paciente y el profesional.
- El punto crucial de la participación del paciente es que el clínico entienda que éste tiene todo el derecho a hacerlo. Para ello hay que *legitimar* sus opiniones, sobre todo las discrepantes: «tiene todo el derecho a no estar de acuerdo conmigo» (v. figura 5.1).
- Permitir la *discrepancia* no significa que debamos actuar de manera contraria a nuestros principios éticos. En concreto, somos más tolerantes y escuchamos con mayor sosiego cuando sabemos con claridad a qué *debemos negarnos*: bajas laborales inapropiadas, diagnósticos inciertos, etc. Pero también hemos de poner en el plato de la balanza lo que vale la confianza del paciente. Por ejemplo: el paciente solicita una prueba que no está indicada, pero notamos que si no la concedemos perdemos a este paciente... ¿cuál es el precio de esta exploración complementaria que nos pide, en relación a romper la alianza terapéutica? Cuando se rompe la confianza el paciente se expone a peregrinar por diferentes servicios de urgencia, y al final la factura sanitaria es incluso superior a la exploración que tratábamos de evitar. Nada peor para un profesional de la salud que encarnar el papel de inspector (lo que hemos llamado *síndrome inspectoril*), pues se arriesga a errores importantes.
- Casi siempre los acuerdos surgidos de un diálogo honesto son mejores que las propuestas iniciales que habíamos imaginado antes de resolver la entrevista. Eso supone adoptar la actitud de estar dispuesto a repensar el plan que nos habíamos propuesto creyendo que el paciente tiene algo interesante para aportarnos, no escuchar meramente para *conformarle*.
- Tenemos todo el derecho (y también todo el deber) de intentar convencer a nuestros consultantes. Pero no olvidemos que muchas negociaciones se ganan sencillamente dando un margen de decisión al paciente, por ejemplo: «si de todas maneras este plan no le convence, prefiero que me lo diga a que lo haga a contrapelo, ¿me sigue? A fin de cuentas el paciente es usted».

Interactuar con las creencias y emociones del paciente

Imaginemos que mediante la *respuesta evaluativa* y las técnicas de apoyo narrativo conocemos las emociones y creencias de un sujeto. ¿Cómo interactuar con ellas?

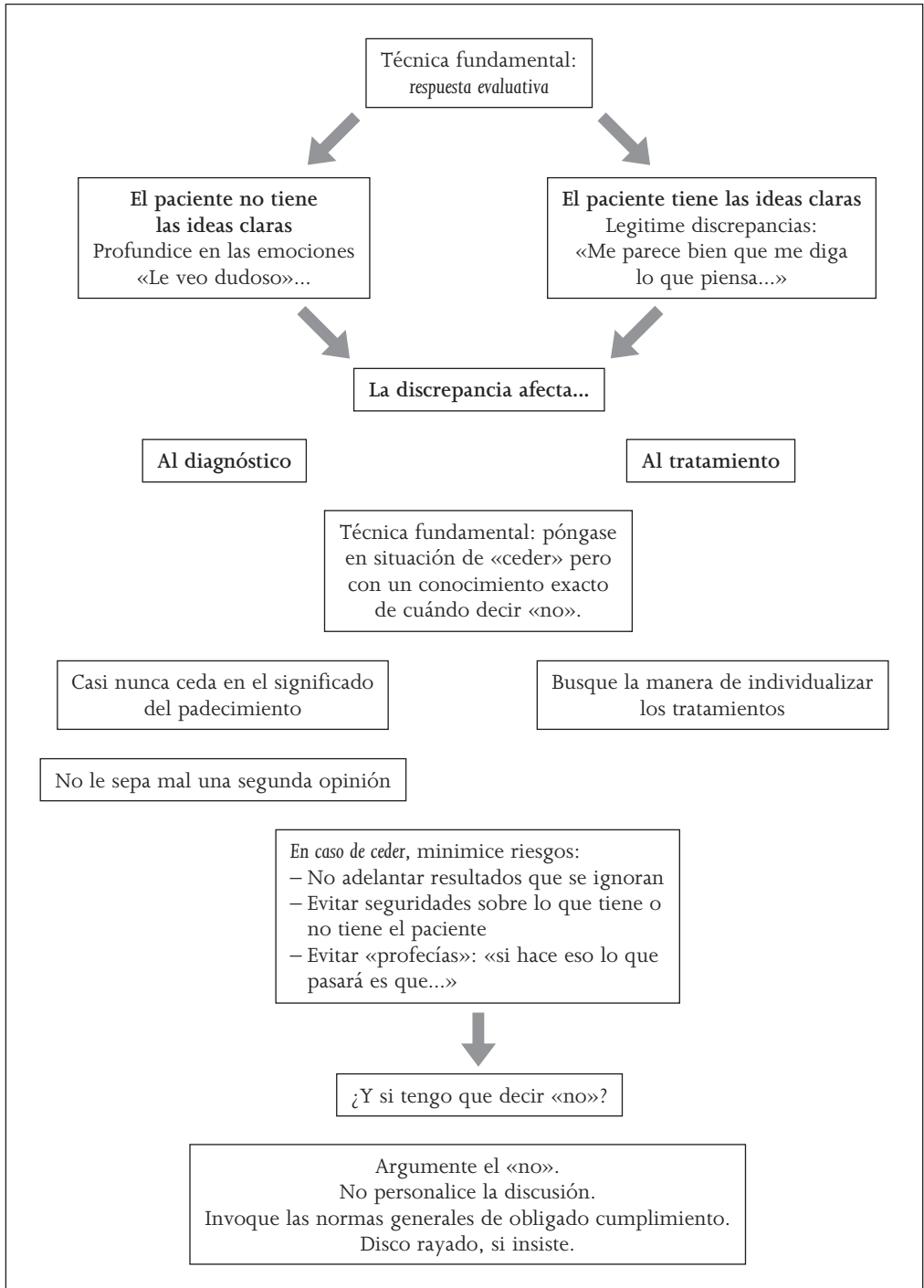


Figura 5.1.
El paciente expresa dudas a nuestro plan

Digamos, en primer lugar, que sólo vamos a intentar transformar aquellas ideas del paciente que puedan interferir con nuestro plan terapéutico o supongan un peligro para su salud. Sería el caso, por ejemplo, de un paciente que nos confiesa que va a un curandero para hacer un tratamiento de aromas e imposición de manos. No vamos a opinar sobre ello *salvo que sea necesario*. Seguiremos la norma de *evitar discrepancias gratuitas* que deterioren el clima de la relación.

Otras veces estamos en la situación inversa: es el paciente el que elude *posicionarse* sobre una propuesta, como si evitara comprometerse. Las conversaciones con adolescentes son clásicas: les pesa más *quién le habla y cómo le habla* que el contenido en sí. Otra posibilidad es que se trate de pacientes muy reservados en los que la indiferencia puede confundirse con escepticismo. Puede ser también que el paciente no se atreva a opinar, o sencillamente algo le bulle en la cabeza, pero no sabe concretarlo. Si tras un «no le veo muy convencido», no obtiene usted una respuesta plausible, evite una *postura detectivesca* y prosiga como si el paciente estuviera de acuerdo.

Es imposible convencer a alguien si el clima de la relación es antagónico. En tal caso, podemos imponer o ceder, pero *casi nunca* reconvertir ideas o creencias. Dando por descontado este clima cooperador he aquí tres niveles de interacción diferentes con las creencias erróneas de nuestros pacientes:

- **Contraoponer:** «está confundido, esta pomada no sólo no cura los hongos, sino que los favorece». La contraposición es la técnica que usan los profesionales sin una especial formación en entrevista clínica, y puede ser suficiente para muchas situaciones.
- **Reconvertir:** también contraopone otra idea a la creencia del paciente, pero lo hace aprovechando alguna idea *propia* del paciente. En el capítulo 4 apuntábamos como ejemplo: «usted cree ser una esclava de la insulina, pero justamente será una esclava de la diabetes si no usa la insulina». La fórmula general para producir este tipo de mensajes sería: «si usted de verdad quiere... lo que debería hacer es... tal como ya sospechaba usted mismo/a».
- **Explorar las últimas consecuencias:** no intentamos convencer al paciente, sino que provocamos un diálogo en el que exploramos a dónde nos conduce (*le conducen*) estas creencias que defiende. La fórmula general sería: «si eso fuera así... a la postre lo que ocurriría es que...», pero en un contexto de diálogo en el que el mismo paciente se da las respuestas.

He aquí algunos ejemplos:

- El paciente afirma que desea inyecciones porque «el medicamento actúa más rápido al pasar directamente a la sangre».

Contraoposición: «está equivocado, no hay razón en su caso para desear una acción tan rápida».

Reconversión de ideas: «esas cápsulas que voy a darle también actúan muy rápido. Fíjese en estas pastillitas de nitroglicerina que se ponen debajo de la lengua las personas que tienen un ataque de corazón: se absorbe más rápido que una inyección. Si es eso lo que desea, estas pastillas son perfectas».

Explorar consecuencias: «¿siempre deseará una acción rápida?... La acción rápida de un medicamento también lo será para sus efectos indeseables, como es una reacción alérgica, ¿estaría dispuesto a asumir una reacción alérgica más fuerte de lo normal para ganar en rapidez?»

– El paciente afirma que las únicas medicinas que le van bien son las hierbas, porque son productos naturales.

Contraposición: «esta medicina que le doy le irá mejor que las hierbas».

Reconversión de ideas: «la mayor parte de medicinas provienen de plantas o sustancias naturales, lo único que cambia es que en vez de medirlas a pellizcos lo hacemos con miligramos, y las sustancias son más puras y con controles de calidad».

Explorar consecuencias: «¿en toda y cualquier circunstancia desea usted evitar la ingesta de productos químicos?», «¿se da cuenta de que, en tal caso, debería dejar de comer muchos de los alimentos cotidianos?»

Una pregunta que surge a menudo es: ¿y cuándo debemos utilizar el miedo? El siguiente ejemplo nos brinda la oportunidad de estudiarlo.

UNA EXPLORACIÓN NECESARIA	DIÁLOGO
Abreviaturas: P: paciente; E: entrevistadora.	
TAREA	
El paciente se posiciona en sentido negativo	E: El otro día le expliqué la necesidad de que se realice usted la prueba de la colonoscopia. Usted parecía muy reacio... ¿ha podido meditar la decisión?
Legitima la posición del paciente	P: Sí, y continúo pensando que es mejor no hacerla.
Empatiza	E: Respeto su opinión, pero me gustaría saber qué motivos tiene.
Reconversión de ideas	P: Es una prueba muy dolorosa. Tengo un amigo al que se la han hecho y continúa teniendo molestias.
Utilizando el miedo para acto seguido contrastarlo con la perspectiva de ganancia	E: La verdad es que le entiendo, como hacer gracia desde luego no hace...
	E: ...pero me temo que más molesto va a ser si usted no se la hace, porque tarde o temprano podemos vernos obligados a hacer algo, y ese algo pudiera ser entonces incluso peor.
	P: ¿Peor?
	E: Sí, hay muchas cosas que son peor que la colonoscopia, se lo aseguro. Pero no miremos la parte negativa, miremos todo lo que ganamos si hacemos la prueba ahora: por un lado, podremos sacarle el pólipo que le vimos, el que le causa la anemia, y además podremos analizar si es bueno o es malo.
	P: Eso es lo que me da miedo, que sea malo.

continúa

<p>Nuevo intento de reconversión de ideas</p>	<p>E: En esto se equivoca completamente. Lo que más miedo tendría que hacerle es no saber nada de nada, como ahora. Porque si resulta malo se puede operar y tomar pastillas. P: Con la mala suerte que acostumbro a tener... E: Usted cree que por fuerza tiene que ser malo... P: Seguro que será malo, a mí siempre me toca lo peor...</p>
<p>Interpretando la aprensividad del paciente</p>	<p>E: Déjeme que le diga algo: usted en el fondo piensa que si se olvida del pólipo el pólipo se olvidará de usted, ¿es así? P: Pues sí... más o menos.</p>
<p>Nueva reconversión de ideas, pues usa creencias del propio paciente</p>	<p>E: Pero el caso es que si es malo, malo es, lo toquemos o no lo toquemos. Y si es bueno usted puede quedarse tranquilo. P: Sí, supongo que esto es lo normal de pensar...</p>
<p>Persuasión identificativa del tipo «como la mayoría de personas»</p>	<p>E: No lo dude. Muchas personas pasan por esto cada año y, en el peor de los casos, se les extrae el pólipo y hay que darles un tratamiento, pero ya se pueden quedar tranquilos. P: Pero es que a mí me da la impresión de que me quedo más tranquilo si no me hago nada.</p>
<p>Reinterpreta los sentimientos del paciente</p>	<p>E: No lo crea. Antes de saber que tenía el pólipo es posible que sí, pero ahora sólo se quedará tranquilo si acaba por hacérsela... ¿O me equivoco? P: No, no, si en el fondo tiene razón.</p>

Usar el miedo. Ejemplo práctico

El ejemplo anterior trata de un paciente afecto de rectorragias al que hemos detectado un pólipo. Le habíamos recomendado sin éxito una exéresis de dicho pólipo.

El uso del miedo tiene una limitación: si el paciente no visualiza una conducta concreta que cambiar, y un beneficio asociado, hay el peligro de que desplace este miedo a la fuente de donde ha partido, eso es, la consulta y el profesional. Lo que, por cierto, no debería aminorar un buen uso del miedo, a saber, un mensaje negativo en contraste con un plan de acción y el beneficio que se puede obtener. Por ejemplo:

Enfermera (*mensaje negativo con complemento visual*): Si no te lavas los dientes vas a tener caries y tendrás la boca como la de esta foto. (*Plan de acción*) En cambio, si te lavas cada día los dientes, al menos por la mañana y por la noche, tal como te he explicado (*Expone beneficio*) vas a mantener unos dientes tan blancos como los de esta otra foto. (*Facilitando el compromiso*) Así que... ¿qué vas a hacer?

Enfermera (*mensaje negativo*): Al ganar peso el azúcar se ha disparado, y también la presión y el colesterol. Todo eso perjudica las arterias del corazón y la retina. (*Plan de acción*) Sin embargo, si se toma muy en serio el plan de ejercicio que voy a comentarle (*Expone beneficio*) podría volver a su peso en cuestión de un par de meses. (*Facilitando compromiso*) Vale la pena, ¿no cree?

El mismo ejemplo pero ejecutado de manera algo más dramática:

Entrevistador (*mensaje negativo usando palabras de alto contenido emocional*): Señora Gertrudis, este último análisis resulta contundente. Su riñón empieza a flaquear, y ello es por la diabetes mal controlada. (**Plan de acción**) Resulta del todo imprescindible que se lo tome en serio, y el primer paso es ponerse la insulina por la noche, tal como le enseñamos, y tomarse las pastillas bien tomadas. (**Exigencia de compromiso**) Para asegurarnos le haremos controles semanales, ¿está de acuerdo?

Este tipo de estrategia transmite al paciente nuestro interés por elevar el nivel de compromiso en la relación asistencial. Sin embargo, evite un estilo histriónico, pues fácilmente puede caer en **charlatanismo**. En la tabla 5.1 resumimos las habilidades para contrastar opiniones en un clima de diálogo.

Tabla 5.1.

Claves para contrastar opiniones en un clima de diálogo

Nivel emocional: sin vencedores ni vencidos, en un **clima empático** donde predominen las cesiones y la **legitimación** y **normalización**.

Nivel técnico:

- Propuesta del profesional:
Ejemplo: «a mi entender lo que deberíamos hacer es...»
- Detectar expresiones de dudas, respuesta evaluativa y exploración de creencias:
Ejemplo: «creo que esto que le he dicho no acaba de convencerla...»; «me interesa mucho su opinión».
- Legitimar y normalizar la discrepancia:
Ejemplo:
 - Legítima: «ha hecho muy bien en decírmelo».
 - Normaliza: «eso lo piensan muchas personas».
- Crear un espacio para contraponer argumentos:
Ejemplo: «le he escuchado con atención; permítame ahora que le exponga mis argumentos, y luego si le parece los discutimos».
- Cesión real, diferida, condicional e intencional:
Ejemplo (cesión real): «Me parece bien hacer...» (Cesión diferida), «es una buena idea hacer un análisis pero esperaremos a que le vea primero el endocrino». (Cesión condicionada), «no me parece mal hacerle una TC si en un par de semanas no mejora» (Cesión intencional), «tendré en cuenta su sugerencia».
- Trabajar con creencias: contraste, reconversión y exploración de consecuencias:
Ejemplos:
 - Contraste: «hoy día pensamos más bien...»
 - Reconversión: «sí usted de verdad quiere... lo que debería hacer es... tal como ya sospechaba usted mismo/a».
 - Exploración de consecuencias: «sí eso fuera así... a la postre lo que ocurriría es que...».
- Denegar/ceder/acomodar:
Ejemplo (denegar): «Resulta del todo imposible hacerle este certificado médico y no tiene objeto que continuemos hablando del tema». (Ceder) «sí, de acuerdo, ha llegado la hora de enviarle al especialista». (Acomodar) «vamos a tratar de complacerle sin por ello dañarle el estómago».
- Acuerdo y cierre:
Ejemplo: «Quedamos, por consiguiente, que usted... y si de todas maneras no acabara de encontrarse bien no dude en...».

Negociación por deslizamiento y negociación explícita

La *negociación implícita o por deslizamiento* tiene gran importancia en todos los ámbitos de nuestra vida. La definimos como aquella negociación en la que no se persigue un acuerdo explícito, sencillamente una de las partes pide algo y deja al albur de la otra la resolución del conflicto. Se produce de manera característica en dos pasos:

Primer paso. En algún momento de la entrevista uno de los protagonistas muestra una expectativa. Se trata de una expectativa que en el fondo tiene miedo de que no sea atendida correctamente por la otra parte. Sin embargo, se abstiene de insistir en ella.

Segundo paso. La otra parte (muchas veces es el profesional) no la aborda directamente, pero en un momento determinado cede a ella o da por sobreentendido que ambos actores han llegado a un acuerdo (aunque no hayan hablado del asunto). Por ejemplo:

Paciente: Esta espalda me mejoraría mucho si me pusieran corrientes (refiriéndose a ser enviado a un servicio de rehabilitación).

Profesional (en otro momento de la entrevista): Vamos a darle unos ejercicios de gimnasia para que haga en casa y estos masajes. Si no mejora, tal vez le mande a un servicio de rehabilitación.

Las discrepancias o las expectativas son insinuadas y se espera de la otra parte (en general, la que detenta el poder), que haga una propuesta constructiva, a fin de evitar al máximo que la relación se erosione.

Cualquier *negociación por deslizamiento* puede devenir explícita si una de las partes se *posiciona*, eso es, manifiesta con suficiente claridad lo que pretende conseguir del encuentro. En tal caso, va a ser necesario un acuerdo o un desacuerdo. Hay dos barreras para una negociación provechosa: a) el profesional tiene miedo a que si realiza una cesión puede incurrir en mala praxis, sin embargo, ¿de qué sirve el mejor de los consejos si no es aceptado por quien debe ponerlo en práctica?, y b) por parte del paciente a veces no sabe distinguir entre pedir y exigir: «¡quiero esto y se acabó, y usted me lo da!». ¿Se debe a una simple falta de buenos modales? Por un lado, algunas personas tienen tendencia a aplicar el viejo aforismo: «para qué vamos a discutir si nos podemos pelear». Pero también pesan décadas de relación autoritaria. En este clima el paciente aprende a que su opinión sólo es tomada en cuenta si exige, y por consiguiente planifica un diálogo «duro». Le invitamos a que observe los muchos pacientes que en el momento de solicitar algo se muestran nerviosos y tensos. Puede que lleven cierto plan en la cabeza: «si me dice que no, le diré tal cosa y le amenazaré con tal otra». Esta *expectativa de enfrentamiento* les hace pedir mal las cosas. Al estar prematuramente tensos, su tensión es recibida por la otra parte como una amenaza. Es algo así como una *profecía de autocumplimiento*: creen que su petición será desatendida y su misma manera de pedir favorece una respuesta negativa.

La expectativa previa, eso es, la previsión de qué ocurrirá con las demandas que tengo preparadas, configuran la estrategia que va a utilizar el paciente. Un concepto fundamental es el que llamamos listón de negociación. Consiste en el énfasis que ponemos para conseguir algo. Cuán diferente resulta un determinado paciente coja el alta laboral diciendo:

Respuesta 1 (casi con suavidad): Preferiría estar unos días más de baja laboral...

Respuesta 2 (bruscamente): ¡A mí no me dé el alta de ninguna manera! Yo no estoy para trabajar...

En el segundo caso nos dice: «si no hace lo que le digo tendremos una discusión». La respuesta del profesional marca otro listón de negociación, como mínimo igual de importante. Considere en el ejemplo anterior cuán diferente hubiera resultado:

Propuestas con el listón bajo: Yo creo que usted ya podría trabajar..

Propuestas con el listón alto: Tengo buenas noticias para usted. Le veo perfectamente para trabajar, por lo que procederé a darle el alta.

Con la segunda intervención el profesional le dice: «si quiere nos discutimos, pero mi decisión es firme, y de nada le va a valer». Es importante que el profesional sepa con claridad en qué situaciones tiene que decir «no» y en cuáles puede transigir, ajustando su propio listón para no alargarse innecesariamente. Suele ocurrir que el paciente inicia una petición con suavidad y a medida que encuentra resistencia del profesional, eleva el listón. En tales casos, para evitar la progresión, es preferible declarar: «esto lo tenemos completamente prohibido».

Decir que no, decir que sí

Por desgracia, son bastantes las situaciones que deben ser zanjadas con un «no». Sin ánimos de exhaustividad:

- Cuando nos solicitan un certificado médico con datos inexactos o falsos.
- Cuando nos solicitan un medicamento adelantado por la farmacia, y no resulta correcto o indicado para el paciente.
- Cuando nos solicitan un certificado médico para una tercera persona, y dicha persona no está presente o no nos lo solicita de forma directa.
- Cuando un empresario nos solicita un informe médico de uno de sus empleados.
- Cuando un paciente nos solicita una baja o alta incorrecta.
- Cuando una madre acude para que le informemos del resultado de la prueba del VIH de su hijo mayor de edad.
- Cuando un cónyuge pide un informe psiquiátrico de su pareja, con la excusa de «ayudarle» o para solicitar ayudas oficiales, sin conocimiento de la persona afectada, ni estando ella presente.
- Cuando cualquier familiar nos pide el resultado de una prueba sin la presencia del paciente, excepto en el caso del menor de edad.

En la página siguiente analizaremos una petición inadecuada de psicotropos.

Dicha entrevista parece que acabe mal. En realidad, acaba bien: el profesional marca con toda claridad el correcto uso que el paciente debe realizar de sus servicios, y *no se deja manipular*. Observe el esquema para resolverla:

- En primer lugar, que quede clara la demanda. A veces acuden mujeres de edad avanzada a las consultas de urgencias con peticiones de psicotropos que, obviamente, no son para ellas, sino para un hijo drogadicto. No tendremos la menor duda en negárselo: «lo siento, no nos autorizan a pasar este tipo de recetas en urgencias». Y si insiste: «verá usted, esta receta que me pide coincide con un producto muy utilizado por personas que están enganchadas a drogas. ¿Está usted tratando de ayudar a alguna persona con problemas de este tipo?» Si la respuesta es positiva le haremos entender que ésta es una mala manera de ayudar, y que lo que debe hacer es contactar un servicio especializado en rehabilitación. En todo caso, el primer paso es clarificar la demanda.
- El segundo paso puede iniciarse **mostrando las propias emociones** (*self-disclosure*) («te agradezco que seas sincero conmigo»), o incluso una **empatía** («supongo que esta situa-

Abreviaturas: P: paciente; E: entrevistador.

TAREA

DÍÁLOGO

Delimita y clarifica la demanda del paciente

E: Hola Luis, tú dirás.
 P: Vengo por poca cosa. Este par de recetas, solamente.
 E: Ajá... ¿sólo eso?... Bien, vamos a ver, esto es para la presión y eso es para los nervios... ¿quién se lo toma?
 P: Mi madre. Me ha enviado porque ya se le habían acabado.
 E: ¿Tu madre? (Consultando el historial) El antihipertensivo es correcto, pero esta otra medicina no se la da.
 P: Bueno, en realidad es para mí. Estoy otra vez tratando de desengancharme de las drogas, y eso me ayuda mucho.

Descubre emociones propias al paciente

E: Te agradezco que hayas sido sincero conmigo, Luis, pero de todas maneras continúo sin poderte dar esta medicina.
 P: No lo entiendo, esto me va muy bien para el mono, a usted no le cuesta nada, y en cambio yo me lo paso muy mal...

Argumenta la negativa y pone condiciones para un hipotético plan terapéutico

E: Mira, Luis, vamos a hablar seriamente. Si tu vienes aquí para que te dé este tipo de recetas, lo único que consigues es que yo me convierta en un camello más, ¿estamos de acuerdo? Si lo que quieres es desengancharte ya sabes que el camino es acudir a un centro especializado, y allí te tratarán. En cualquier caso, si tienes que tomar alguna de estas medicinas siempre tengo que dártela bajo la supervisión de tu padre o tu madre.
 P (con sorna): Yo ya soy mayorcito, ¿eh?

Negativa argumentada

E: Estoy de acuerdo. Por eso estoy convencido de que me has entendido con claridad.
 P: ¿O sea que no me lo quiere hacer?
 E: No. Quiero pedirte que me utilices para ayudarte a curar, no para empeorar la situación.
 P: No me marcharé si no me hace esta otra medicina. La necesito.

Sigue su propio plan ignorando las amenazas

E (extendiendo una receta): En cambio sí te voy a hacer esta medicina para tu madre, y es importante que se la dejes de dar...
 P (recoge la receta y en tono implorante...): A usted no le cuesta nada hacerme la receta.

Negativa no argumentada: disco rayado

E: No te la voy a hacer.
 P (algo violento): ¡Para mí es un problemón y para usted una chorrada!
 E (impávido, niega con la cabeza)
 P (se levanta enfadado): Todos ustedes están «podríos» y son unos hipócritas del carajo.

- ción no es cómoda ni para ti ni para mí»), para a continuación negar la petición con autoridad (*listón de negociación* muy alto), por ejemplo: «lo siento, pero no te lo puedo dar», y a continuación *argumentar la negativa* («si te diera estas pastillas me convertiría en un camello; te pido que me utilices para mejorar y no empeorar tu salud»). Es conveniente hacer una referencia a un hipotético plan basado en un centro especializado en drogodependencias: («si de verdad quieres solucionar el tema ya sabes que debo enviarte al centro X especializado en drogas»).
- Si el paciente persiste en su actitud, el tercer paso es negarnos y aplicar «*disco rayado*». Existe cierta confusión sobre lo que es o no es disco rayado. Por ejemplo, si decimos: «no se lo puedo hacer por tal y tal razón», y ante la insistencia del paciente volvemos a argumentar más razones, o *cambiamos nuestro tono emocional*, mostrando consternación, enfado, o prisa, no estamos haciendo disco rayado. El paciente pensará: «mientras se enfade hay posibilidades de lograr lo que quiero, porque al final se cansará y cederá». En cambio, cuando nos ve «*monocordes*», ejecutando una habilidad que de inmediato reconoce como aprendida y muy «*profesional*», sus expectativas decaen completamente: «es como una roca», pensará. Puede que se enfurezca y chille antes de marcharse, pero es un mal menor que hay que aguantar. Otra cosa es que nos amenace. En tal caso, estamos obligados a ceder, pero entonces ya estamos hablando de un delito. Lo primero es nuestra seguridad personal, nada de heroísmos. En la tabla 5.2 resumimos las técnicas de negociación más importantes.

Listón y campo de negociación

Hemos hablado del listón de negociación, pero vale la pena detenernos un poco más, toda vez que, en ocasiones, es la clave de la entrevista en su conjunto. Por ejemplo:

Paciente: Vengo otra vez por el dolor de cabeza, pero se lo advierto, no me voy a ir sin que me pida una resonancia.

No hay que dejarse impresionar por este tipo de entradas. Nosotros basamos nuestras decisiones, sobre todo, en criterios clínicos. Por consiguiente, hay que realizar un acto clínico *lex artis* y decidir en consecuencia. En suma, lo que pretenderemos será formarnos primero una idea del problema del paciente, y *abrir así un acto clínico*. Para evitar una confrontación innecesaria puede ser muy oportuna una cesión intencional seguida, directamente, de una anamnesis focal:

Médico (*cesión intencional*): Por supuesto, vamos a hacer todo lo necesario para llegar a un diagnóstico de su dolor de cabeza, incluida una resonancia si fuera el caso. Veo que es hoy la segunda vez que se queja de este dolor de cabeza... (*Reconducción por objetivos* mediante un *menú de sugerencias* que centra la atención del paciente en los síntomas) Desde el último día que nos vimos, hace tres meses, ¿el dolor de cabeza ha sido semanal, diario o algunas veces al mes?...

Observe de qué manera pueden complicarse las cosas:

Médico: Vamos a ver, Sr. Federico, yo lo puedo visitar, pero no pido una resonancia como quien va a un supermercado y coge una bolsa de patatas, ¿me entiende?

Con esta intervención, sin duda, estamos abocados a una discusión de tintes dramáticos. Evite entrar al trapo. Usted sabe comunicación y usted decide el *campo de negociación*. El

Tabla 5.2. **Técnicas básicas en la negociación**

1. Decir que no, decir que sí

Concepto: El profesional tiene claros los márgenes de negociación, y sabe conceder o denegar sin vacilaciones.

Ejemplo: «Por acuerdo de todo el equipo no hacemos recetas de antibióticos adelantados por la farmacia.»

2. Listón de negociación

Concepto: Grado de compromiso que mostramos en la consecución del objetivo.

Ejemplo:

- Alto: «le voy a pedir un favor, y se lo ruego, no me diga que no, porque me juego mucho en ello.»
- Bajo: «yo quisiera pedirle unas radiografías, claro, si usted lo veía bien, porque a fin de cuentas usted manda.»

3. Campo de negociación

Concepto: Contenidos sobre los que al menos una de las partes desea llegar a acuerdos. Para ello se requiere que al menos uno de los contertulios se posicione, declarando cuáles son sus intereses.

Ejemplo: «A mí no me interesa su plan de dieta, yo lo que quiero es que me dé estas pastillas nuevas que se comen la grasa.»

4. Acomodar las expectativas del paciente

Concepto: Respuesta evaluativa por la que averiguamos las expectativas y creencias, tras la cual aplicamos una cesión (real, intencional, diferida o condicionada).

Ejemplo: «¿Qué le hace pensar eso?... Me hago cargo de su interés por hacerse una radiografía, y si más adelante resulta conveniente no dude que la haremos; de momento, sin embargo...».

5. Doble pacto

Concepto: Ofrecemos ceder en un punto a cambio de otra cesión. Puede tener un valor muy concreto («le hago este análisis pero a cambio empiece usted a tomar estas pastillas»), o un valor simbólico («yo me tomo en serio su dolor de barriga, pero usted considere el tema de esta depresión que yo le observo»). En este último caso, puede llegarse a una situación posterior que hemos llamado «ruptura del doble pacto».

Ejemplo: «Yo consideraré su punto de vista, pero usted debería considerar también la posibilidad de que existiera un aspecto emocional en su enfermedad.»

6. Paréntesis

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

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

7. Reconducción por objetivos

Concepto: Desviar el campo de negociación de aspectos periféricos a las cuestiones centrales: cómo mejorar el estado de salud del paciente.

Ejemplo: «No discutamos más si tuvo o no razón, vayamos a lo más importante que es pensar en lo que podamos hacer para mejorarle ahora.»

8. Negativa argumentada seguida de disco rayado

Concepto: Primero argumentamos la negativa, tras lo cual, si el paciente insiste, nos posicionamos en un «no» sin añadir nuevos argumentos, ni tampoco cambiar nuestro tono emocional, que debe ser plano. En algún sentido es una técnica final pues damos a entender que ya no vamos a permitir ser convencidos, ni variar nuestra postura.

Ejemplo: «no puedo hacerle esta receta pues empeoraríamos la situación en lugar de mejorarla... no, no te la haré... no, lo siento... no... no...».

(continúa en la página siguiente)

Tabla 5.2. (Continuación)

9.	Transferencia de responsabilidad <i>Concepto:</i> Deriva la petición del paciente a otros profesionales o personas responsables. <i>Ejemplo:</i> «Lo siento, eso no nos permiten hacerlo»; o bien: «en relación al tratamiento para sus ardores de estómago, le remitiré al digestólogo y preferiría no interferir en lo que él le ha dado».
10.	Propuesta de nueva relación <i>Concepto:</i> Indica una condición necesaria para proseguir con el contrato terapéutico. <i>Ejemplo:</i> «Sin su confianza no puedo seguir siendo su médico/enfermera.»
11.	Toma de precauciones <i>Concepto:</i> El entrevistador advierte al paciente de una posible evolución desfavorable, y le invita a una nueva consulta si se produjera tal situación. <i>Ejemplo:</i> «Si notara que estas molestias aumentan, no dude en volver a visitarme.»

paciente deberá visitarse, claro que sí, pero conduzca el proceso con tacto. ¿Y si aún así el paciente no acepta una visita? En tal caso usted está en su derecho de negarse a hacer una prueba que, de momento, no tiene criterio médico, pero ¡cuidado!, valore tres cosas: a) el valor de la relación; b) la posibilidad de que el paciente tenga razón, y c) la posibilidad de que la misma irritabilidad del paciente forme parte del diagnóstico (considere, p. ej., el trastorno conductual por un síndrome cerebral orgánico, o la irritabilidad del paciente depresivo, entre otras posibilidades).

Una resonancia tiene, desde luego, un precio, pero la *relación de confianza* y ganarnos esta confianza tiene también un precio. Como decíamos más arriba, un paciente *instalado en una relación de confianza* es un paciente que, por más hipocondríaco que sea, reducirá el coste social de su patología.

Una vez valorado *lex artis* el paciente, podemos pensar que se trata de una cefalea benigna, debida, por ejemplo, a aspectos tensionales. Sin embargo, puede que también creamos que si no concedemos la exploración no nos vamos a ganar la confianza del paciente. Ya que vamos a pedir una «psico-TC», ¿cuál va a ser la estrategia más inteligente para que sirva al fin que pretendíamos, a saber, ganarnos la confianza del paciente? Compare:

Opción 1: Dr.: Bueno, le pido la TC pero es un tanto inútil porque nos saldrá normal.

Opción 2: Dr.: Vamos a realizar la TC, no tanto porque crea que vamos a encontrar algo malo, sino para tener la seguridad de que todo está en orden.

En el primer caso, el profesional asume **riesgos innecesarios**. Ya que pedimos la prueba no adelantemos pronósticos... a fin de cuentas, ¿y si después encontramos una malformación congénita? La medicina es demasiado complicada para hacer de adivinos.

Ante una exigencia de «listón muy alto», domine usted al menos el **campo de la negociación**: «sí, claro que consideraré las radiografías, pero pase a la camilla, que deseo primero analizar su problema». E incluso proceda a una **reconducción por objetivos**: «está bien que me pida la TC, pero usted sobre todo lo que quiere es mejorarse de estos dolores de cabeza, ¿verdad? Por consiguiente, le propongo que ahora le visite y evalúe su caso... pase a la camilla por favor».

Y ya en el final de la entrevista: «Mientras esperamos el resultado de la prueba le propongo empezar con este tratamiento. Con un poco de suerte puede que cuando me traiga el resultado esté medio curado».

En resumen:

- Cuando el paciente se presenta con un listón muy alto, usted puede presentar también un listón alto, con el riesgo de enfrentamiento (a veces es inevitable), o bien puede **ceder** (cesión real, intencional, diferida, condicional...) para **reconducir por objetivos**.
- Aunque haya decidido ceder, trate de reconducir por objetivos, y practique *lex artis* una visita. Demore la resolución de la negociación al final de la entrevista, cuando tenga todos los datos en la mano.
- Evite asumir **riesgos innecesarios**: «vale, le pido estos análisis pero ya verá que serán normales». Por el contrario: «está bien que le hagamos unos análisis para estar más seguros, pero no es necesario que nos esperemos a ver el resultado para empezar a aliviarle esta molestia».
- Si ha decidido ceder, al menos que su cesión se traduzca en ganar la confianza del paciente y mejorar la relación asistencial.
- Tenga muy claro a lo que va a decir «sí» y a lo que dirá «no». Ello aumenta su confort y genera automáticamente un «listón alto» que desanima a los pacientes a discutir. Por ejemplo (**transferencia de responsabilidades**): «¡Uy, no!, eso no lo hacemos de ninguna manera, está completamente prohibido».

Derivación del paciente a otros profesionales de salud

En el curso de nuestra práctica asistencial inevitablemente nos vemos obligados a realizar consultas con otros profesionales de la salud. Algunos profesionales entienden la derivación como el fracaso de su propia capacidad, y ello les lleva a retener innecesariamente a los pacientes, retardando medidas preventivas o terapéuticas. También se da lo contrario: derivar con prontitud a fin de encubrir una falta de interés o tiempo.

En el momento de proceder a la derivación deberíamos justificarla y dar la oportunidad al paciente de expresar su opinión (Strull WM, 1984). Es precisamente en esta tesitura cuando pueden surgir algunas resistencias que vamos a estudiar.

Tomemos por ejemplo las resistencias a ser derivado a otro profesional, en este ejemplo de la enfermera al médico de cabecera:

Enfermera (en un control habitual de pacientes crónicos): Creo, Sra. Carmen, que es necesario que la vea su médico de cabecera.

Paciente: ¿Tan mal me ve?

En estas circunstancias, si el profesional responde con un «sí» puede desencadenar la alarma del interesado. Si responde con un «no», la paciente se extrañará de la propuesta («¿entonces por qué me envía?»). Lo mejor es *describir la situación*:

Enfermera: En realidad, no he dicho que la situación fuera grave. El motivo por el que la envío al médico es porque precisa un ajuste en su medicación. Los últimos controles han salido alterados y no sería prudente continuar igual que hasta ahora.

Normalmente esta respuesta es suficiente, pero a efectos de ejercitarnos en situaciones problemáticas, vamos a suponer que la señora presenta nuevas resistencias:

Paciente: Pero yo estoy muy contenta con usted. Puedo tomarme la dieta más en serio, o deme usted misma alguna cosa. ¿Cree que unas hierbas podrían irme bien? Yo estoy muy contenta con usted.

Una intervención así estimula nuestro narcisismo, hasta el punto de que podemos sucumbir a ella. Sin embargo, la profesionalidad debe obligarnos a una nueva aclaración, como pudiera ser:

Enfermera: Le agradezco la confianza que me tiene, pero estamos hablando de su salud, y si yo creo que el médico tiene que indicarle un tratamiento mejor, ¿no cree que tengo obligación de pedirle una consulta? Eso no quiere decir que me desentienda de su caso. Al contrario, yo misma hablaré con él, y si quiere comentaremos lo que le haya dicho.

Algunos estudios indican que a mayor calidad asistencial más y mejor información existe entre el profesional que deriva y el que recibe al paciente. Ello concierne especialmente a los equipos de Atención Primaria de Salud, toda vez que son los que deberán derivar con mayor frecuencia hacia otros niveles asistenciales. Resulta muy conveniente disponer de un listado completo de los recursos sanitarios y sociales existentes en el área de salud, y tener contactos periódicos con aquellos servicios a los que se remitan un mayor número de pacientes.

Gestión del tiempo y cierre de la entrevista

Hay mucho de *negociación* en el uso del tiempo: «eso lo dejaremos para otra visita, ¿le parece?»; hoy lo que me interesaría que tratáramos es...». Con esta sencilla frase recogemos el *doble nivel* inaparente de negociación en el que siempre nos movemos: a) negociación de lo que se va a hablar, y b) negociación del flujo verbal, es decir, de quien habla y sobre qué.

El profesional tiene que averiguar el motivo de consulta, pero a la vez tiene que formarse, de manera autónoma a las expectativas del paciente, sus *propios objetivos asistenciales* para este paciente. Jamás podemos admitir como buen uso del tiempo un profesional que satisfice las *demandas* del paciente sin abordar sus *necesidades*. Por ejemplo: paciente que acude para alivio de un resfriado, y que desde hace varios meses no acude a controlar su hipertensión arterial. Correr mucho, y dar algo para aliviar este resfriado, no significa hacer un buen uso del tiempo, si, como en el caso anterior, no somos capaces de detectar que la verdadera necesidad de salud consistía en controlar la presión arterial.

Los retrasos en la cita previa no equivalen forzosamente a una mala gestión del tiempo, sobre todo cuando el volumen de demanda es superior al tiempo disponible. A la luz de los estudios de que disponemos, entre 10 y 15 minutos parece una media razonable y mínima para la mayor parte de especialidades clínicas. Los profesionales que se perciben como «los mejores», dan tiempo a sus pacientes para que puedan *explayarse* (Arborelius E, 1992), e interpretar sus silencios (Huby G, 1997). La presión ejercida para aumentar la productividad tiene un *impacto* en la relación asistencial, y en la manera de realizar las tareas en la entrevista clínica (Camasso MJ, 1994). La adquisición de datos por parte del profesional se ve *influida*, en primer lugar, por el tiempo disponible (Ridderikhoff J, 1993), y la falta de tiempo repercute en el incumplimiento de protocolos preventivos (McCormick WC, 1992). Los pacientes difíciles son aún más difíciles cuando no disponemos de tiempo (Doring LA, 1992), y la satisfacción (Anderson LA, 1993) e *incriminación* del profesional en los aspectos psicosociales están completamente relacionadas con la disponibilidad de tiempo (Marvel MK, 1993). Menos tiempo conlleva casi siempre *insatisfacción* del paciente y *desgaste profesional* (Gross DA, 1998; Cebrià J, 2001 a,b; 2002). Por consiguiente, la primera tarea es procurarnos suficiente tiempo en *agendas flexibles e inteligentes* que permitan una distribución óptima de la carga asistencial (tabla 5.3).

Tabla 5.3. Agendas inteligentes

Todas las siguientes son características de las agendas inteligentes:

- Disponen de espacios para recuperar retrasos producidos en las franjas iniciales de citación (agenda acordeón).
- Según los días de la semana, disponen de espacios de reserva para atender a pacientes urgentes o forzados.
- Hacen una previsión del tiempo necesario para atender al paciente en función de sus características demográficas e historial previo de consulta.
- Evitan el efecto alud: muy poca carga asistencial a primera hora (incluso con el profesional parado debido a pacientes que han fallado a la visita), y acumulación a última hora, y reparten así la carga asistencial de la manera más homogénea posible.

Un uso eficiente del tiempo significa abordar el mayor número de necesidades de salud en el tiempo disponible, con un nivel de satisfacción aceptable. En los sistemas nacionales de salud el tiempo del profesional pasa a ser un bien escaso. El paciente lo sabe y trata de rebañar cada minuto. Eso lleva a la **paradoja de la prisa** (Borrell F, 2001): cuanto más atraso lleva el profesional, menos éste puede dinamizar la consulta. «Ya que me he esperado tanto al menos aprovecho», se dice el paciente. Bien es verdad que algunos se muestran empáticos («hoy ya no le digo más, porque tiene mucha gente»), pero serán los menos. ¿Venganza sibilina? En absoluto. Las personas quieren preservar una relación que juzgan importante, y procuran salir «satisfechas» de la consulta. «¿Tarde y mal?», se dicen. «No, la visita tendrá retraso, pero al menos saldré contento», se contestan. Es una consecuencia de lo que los psicólogos sociales llaman **disonancia cognitiva**: nos esforzamos para justificar que «estoy en buenas manos», y «contento» con este profesional, y que el esfuerzo de esperar merecía la pena.

Tengamos también en cuenta que una cosa es el tiempo de reloj y otra distinta el **tiempo subjetivo del paciente**. Nos acercáramos a este último si preguntáramos al paciente: «¿le ha parecido suficiente el tiempo de visita de hoy?» En la respuesta sin duda influiría el tiempo que hemos dejado hablar al paciente (**ocupación verbal del paciente**), si ha podido sacar todos los temas que llevaba preparados (lo que a veces no ocurre en consultas objetivamente largas), y la presencia de **espacios de elaboración**. Lo que hemos llamado **punto de fuga** de la entrevista es un espacio de elaboración que siempre debe dejarse al inicio de la entrevista. Un entrevistador experto sabe cuándo tiene que frenar y provocar **silencios funcionales**, cuyo valor es el de facilitar la elaboración de materiales por parte del paciente. En este sentido, el control de la **reactividad** (tiempo entre la intervención del paciente y la nuestra) es fundamental. Podemos conducir la entrevista como **bulldozers** (lentos pero implacables, sin la suficiente sensibilidad para recoger materiales que no estaban de antemano previstos), como **tractores** (lentos pero sistemáticos, trabajando cada palmo del terreno), como **motoristas** (rápidos y esquivando los obstáculos que encontramos) o como **todoterrenos** (lanzados con la quinta marcha sobre una autopista, pero también con la versatilidad de poner la reductora si entramos en un pedregal). Lo más difícil para un entrevistador es lograr esta **versatilidad del todoterreno**. Se diría que conducimos vehículos de una sola marcha: o corremos o vamos lentos, más lo primero que lo segundo, en todo momento y *para todo paciente*. Sin embargo, saber parar en momentos concretos de la entrevista, cuando aparecen emociones profundas, cuando aflora el sufrimiento, o cuando el paciente dice algo que nunca antes

se había atrevido a decir, marca otra calidad de la entrevista. Ahí reside una de las claves en la percepción del tiempo subjetivo.

El *entrevistador-moto* (que va como una moto), difícilmente llega al fondo de los pacientes complejos. Se aplica con inteligencia para sacárselos de encima, pero le falta este otro tipo de inteligencia que es la *paciencia*. Sólo con *paciencia* y las técnicas abordadas en el capítulo 2, entre ellas la *patobiografía*, logrará entrar en su mundo. Balint (1961) ya advertía de la necesidad de acumular los minutos dispersos e inútiles que destinamos a estos pacientes en visitas más largas. Opinaba que estos pacientes dejaban de ser hiperfrecuentadores una vez habíamos comprendido su mundo. Posiblemente sea más exacto pensar en el *modelo de la esponja*: cada paciente es como una esponja que precisa llenarse con la *querencia* de los demás. No todas las esponjas son iguales. Hay personas que absorben y dan mucho de esta *querencia* (si no la obtienen se sienten mal y la buscan activamente), otras que pasan por la vida con muy poca (ya sea porque se conforman, o porque asumen que no van a encontrarla). La presencia de padecimientos aumenta nuestras necesidades, y una fuente de atención es el profesional. Si *damos poca querencia a los pacientes, la consulta también se simplifica: ¡vienen menos!* Si nos preocupamos por los pacientes, vendrán más y querrán más tiempo, porque además de consejos se notan queridos. Eso deriva en la *paradoja del gestor ingenuo*: desea el mejor uso posible del tiempo profesional, pero fácilmente penaliza a los que más dan. *Atrasarse sobre el horario nunca es cómodo para el profesional. Nada más fácil que devenir un entrevistador-moto. No vayamos a favorecerlo con pretendidos indicadores de eficiencia que no tienen en cuenta esta dimensión psicológica del acto clínico.*

Todo ello no es óbice para que nos preocupemos por un uso adecuado del tiempo, es más, para que incluso enseñemos a nuestros residentes y estudiantes a «correr» cuando ello es necesario. Cada día, cuando iniciamos nuestra jornada, tenemos un tiempo limitado para realizar dos tipos de tareas: *habituales* y *especiales*. Las primeras son problemas bien estandarizados: sabemos cómo actuar. Las segundas requieren darnos tiempo para obtener buenos datos y reprocesar (desmentirnos), las primeras hipótesis que se nos ocurren, o permitir que afloren emociones. Como vamos lanzados (con la quinta marcha), la tentación de esquivar el problema o solucionarlo *como si fuera habitual*, es muy grande. Por ello recomendamos una mentalización inicial: «si surge un problema importante, o un paciente que no sé exactamente qué le pasa, o que precisa un espacio de *querencia*, tengo que detenerme. Debo detectar y cultivar mi *punto de perplejidad*, y la *paciencia*».

Dificultades prácticas

Veamos a continuación algunos comentarios que suelen hacer los entrevistadores, y algunas estrategias que pueden ayudar:

1. «¡Hoy tengo muchas visitas!»
 - Repítase de vez en cuando: «Lo principal es no agobiarme, hacer cada cosa bien y a su ritmo».
 - Evite que las primeras visitas se alarguen (pues ello equivale a tener que acortar las últimas).
 - Asegúrese bien de hacer un mapa de demandas a cada paciente.
 - Prosiga la anamnesis en la camilla de exploración, o incluso haga pasar el paciente directamente a la camilla (ley del correccaminos, véase tabla 5.4).
2. «Estoy muy tenso durante toda mi jornada laboral»

Tres causas: retraso sobre horario previsto, sobrecarga emocional y sobrecarga cognitiva. Veámoslas:

Tabla 5.4. **Las 5 leyes de la eficiencia**

Primera ley o ley del estratega

La mejor manera de usar nuestro tiempo de manera eficiente no es corriendo mucho, sino solventado todo lo posible el problema del paciente.

Segunda ley o ley de los vasos comunicantes

Debo procurar que sea todo mi equipo de salud quien mejore la gestión del tiempo y la resolución de los problemas, porque cualquier ineficiencia la pagará la persona más eficiente del equipo.

Tercera ley o ley del correccaminos

La manera de mejorar los tiempos medios de consulta con menor esfuerzo por parte del entrevistador y sin asumir riesgos de mala praxis, es haciendo pasar a los pacientes a la camilla de exploración lo antes posible, y completar allí la anamnesis.

Cuarta ley o ley del parsimonioso

Me interesa más estar seguro del diagnóstico de cada paciente que correr mucho. No dude en reconocer que no sabe, y exponga sus dudas como virtud, no debilidad, pues demorar una decisión puede reportar mayor seguridad para el paciente.

Quinta ley o ley del ladrón de momentos

En una jornada laboral perdemos muchos momentos: a) en las transiciones de la silla a la camilla; b) en las transiciones de un tema a otro; c) cuando dudamos sobre lo que debemos hacer a continuación. El ladrón de momentos es capaz de minimizar estas transiciones, o sacarles provecho.

- a) Retraso sobre horario: ponga en marcha una agenda inteligente (tabla 5.3) con una previsión realista del tiempo.
- b) Sobrecarga emocional: identifique si hay «culpa» en la relación establecida; ¿hubiera sido posible un curso de acción sin estas emociones negativas? Planifique estrategias futuras para evitar transacciones emocionales negativas: teoría del eco, sonría y recibirá sonrisas. Estudie el concepto de flujo emocional y emocionalidad proactiva.
- c) Sobrecarga cognitiva: dese un respiro. No importa perder 5 minutos. Relájese, tome algún refresco o un café hacia la mitad de la jornada. Ya recuperará el tiempo perdido.

Ahora bien, ¿cómo podemos actuar cuando tengamos que «ir rápido»? He aquí algunos consejos:

1. Lectura de los datos del historial: *técnica «resumen-lista de problemas-último curso clínico»*.
2. Buena *delimitación de la demanda* y realizar el *mapa de quejas y demandas*. Conocimiento profundo de la tabla 2.3.
3. Diversificar antes de focalizar nuestra atención. *Anamnesis extensiva y técnica del informe clínico*.
4. Aprender a realizar transiciones rápidas (ley del ladrón de momentos, véase tabla 5.4). Tener en la cabeza el plan de entrevista y, sobre todo, el siguiente paso que realizar, en especial las maniobras de exploración física.
5. Reconducir la entrevista cuando se producen divagaciones (materiales redundantes sin valor relacional o semiológico). Aprovechar los puntos muertos para escribir.

6. En ocasiones, sobre todo con pacientes ancianos, haremos pasar al paciente directamente a la camilla. Ello puede resultarles más cómodo. En general, evitaremos que el paciente vuelva a vestirse antes de asegurarnos de que ya no será necesario volver a examinarle.

7. También ocasionalmente deberemos **negociar las expectativas**, sobre todo cuando a pesar de que hemos aplicado correctamente todas las técnicas el paciente realiza un «por cierto, ya que estoy aquí». Por ejemplo:

P: Por cierto, ya que estoy aquí, ¿por qué no me mira este dolor de espalda?

E: Este problema merece una visita completa, ¿qué le parece si me pide hora para...?

El **cierre de la entrevista** suele descuidarse. Un buen cierre provoca un refuerzo en la alianza terapéutica, minimiza riesgos y regula la carga asistencial y el seguimiento del paciente. Observe las tres características en el siguiente cierre:

E (**refuerza la relación**): Sr. Vicente, ha sido un placer volverle a ver. (**Toma de precauciones**) Por favor, si tiene fiebre a pesar de tomar estas pastillas pasados dos días, tiene que contactar conmigo por teléfono. Si todo va bien en unos 5 o 7 días estará muy mejorado. Si no acaba de sentirse bien, tiene tos o problemas digestivos, tiene que volverme a pedir visita. (**Regula la carga asistencial** y el **seguimiento**) Si se recupera del todo no es necesario que me vuelva para control, y en tal caso nos veríamos para su análisis del colesterol en julio, ¿le parece bien?

A veces nos encontramos con pacientes que no saben despedirse. En tal caso podemos acompañarles a la puerta con una frase amable: «ha sido un placer volverle a ver».

Errores que evitar

Estudiaremos los errores que resumimos en la tabla 5.5.

Tabla 5.5.

Errores al afrontar las discrepancias de los pacientes

-
- Ceder en el significado del padecimiento
 - Tirar la toalla. Ceder de buenas a primeras: «sí, sí, le doy las vitaminas, el análisis, el volante, todo lo que quiera».
 - No escuchar. Enfadarse: «si no le gusta lo que le propongo puede cambiarse de profesional».
 - Interpretar las intenciones del paciente, como si se tratara de descubrir «razones ocultas»: «¿qué busca con todo esto?»
 - Impugnar o castigar la conducta del paciente: «usted está nerviosa aunque no lo quiera reconocer, y lo que tendría que hacer es enviarla al psiquiatra, más que pedirle radiografías».
 - Asumir riesgos innecesarios: «por supuesto que usted no tiene nada de nada. Eso se lo garantizo».
 - Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad: de acuerdo, vaya al especialista, pero por favor, no me vuelva en una temporada».
 - Intentar que se cambie de profesional: «usted es muy complicado para mí, ¿por qué no se cambia a otro profesional que sepa más?».
-

Ceder en el significado del padecimiento

Algunos profesionales entienden por negociar el no enfrentarse a los pacientes, cediendo siempre a sus sugerencias explícitas (como p. ej.: «hágame unos análisis»), o implícitas (como el deseo de ser diagnosticado de una enfermedad concreta). Estos profesionales pierden con frecuencia el rigor diagnóstico y terapéutico. El caso más extremo es la que llamamos *enfermedad autógena* (cuadro 5.1).

Cuadro 5.1.

Iatrogenia por excesiva complacencia. Enfermedad autógena

El Sr. Conrado, de 53 años, obtuvo la baja por un cuadro de polialgias, aunque las radiografías sólo mostraban una espondiloartrosis normal para la edad. En visitas posteriores el paciente se quejó de sus dolores lumbares insoportables, y recibió siempre una respuesta más o menos similar del profesional: «no me extraña, ¡con la artrosis que tiene!». Al cabo de unos meses el paciente estuvo persuadido de que su enfermedad era invalidante. La revisión del caso por parte de otro médico reveló un probable síndrome depresivo inicial, clínicamente superado, que se expresaba con polialgias, y una encapsulación de los síntomas invalidantes debido a su nuevo estatus de «enfermo crónico» y baja laboral.

Este tipo de situación clínica en que el paciente tiene que persistir en sus achaques para mantener su estatus sociofamiliar (¡y llega a creérselo!), lo hemos llamado enfermedad autógena. No confundamos el cuadro con una mera simulación: en la enfermedad autógena el sujeto *deja de controlar* los síntomas. Vive instalado en la creencia de su enfermedad, y actúa en consecuencia.

Cuando el paciente tiene ideas muy fijas sobre el origen de su padecimiento, el profesional debe negociar con habilidad su propia visión de los hechos, siendo muy honesto en sus limitaciones, y sin perder en ello la seguridad o *asertividad* descrita anteriormente. Por ejemplo, será adecuado ir repitiendo en cada visita: «en efecto tiene usted unos dolores importantes, Sr. Conrado, pero no debe amilanarse, porque otras personas en su estado y aplicándose a fondo, logran mantener una vida casi normal». Suele existir mayor margen en la negociación de las terapias. Casi siempre resulta posible individualizarlas en algún sentido (tolerancia, comodidad de la posología, etc.), aunque siempre estaremos atentos a que nuestro espíritu negociador no traicione el principio de realidad aludido anteriormente: *tenemos el derecho y el deber* de transmitir al paciente la visión que nos hemos formado de su perfil de enfermedad y riesgos, por encima de las *conveniencias* o intereses puntuales. Los profesionales de salud no debemos confundir negociar con hacer dejación de responsabilidades. Si por ello acabamos perdiendo al paciente siempre nos queda el consuelo de pensar que otros profesionales sensatos insistirán en el mismo mensaje, y que la fuerza de la coincidencia tendrá la persuasión de la que nosotros hemos carecido.

No escuchar. Enfadarse: «si no le gusta lo que le propongo puede cambiarse de profesional»

Algunos profesionales se irritan con facilidad. En cuanto se les contradice se muestran contrariados y apelan a la confianza. Si el paciente exige algo, enseguida les proponen, «si no le gusta como actúo se puede cambiar de profesional». Estos profesionales en realidad *aquejan una baja autoestima* que les impide encajar la discrepancia. Estudie en la figura 5.1 los pasos claves para ceder o «decir no».

Interpretar las intenciones del paciente, como si se tratara de descubrir «razones ocultas»: «¿qué busca con todo esto?»

Los profesionales de tono suspicaz y conspirativo buscan razones ocultas para las discrepancias, por ejemplo: ¿no será que desea una consulta con el traumatólogo para preparar una baja laboral? Estos pensamientos, aunque no se expresen en la relación, siempre tienen repercusión sobre ella. Por otro lado, asumir una posición de «inspector» del paciente significa ponernos a riesgo de importantes errores. Dicho de otra manera: aunque un paciente esté de baja por un dolor vago, nosotros nos lo tomaremos en serio y perseguiremos un diagnóstico antes de asumir que pudiera tratarse de un caso de *rentismo*, y si aún así hay dudas, *compartiremos riesgos con otros colegas* (p. ej., presentándolo en sesión clínica y reflejando el debate y las conclusiones en el historial clínico).

Impugnar o castigar la conducta del paciente

Por ejemplo: «usted está nerviosa aunque no lo quiera reconocer, y lo que tendría que hacer es enviarla al psiquiatra, más que pedirle radiografías». Seamos parsimoniosos. Aplique la estrategia «un síntoma, un tratamiento», y espere a que los acontecimientos le sean más propicios. Tal vez deba crear un colchón de confianza para que el paciente se note seguro y pueda abrirse. En todo caso, no tenga prisa, ni se culpabilice por hacer una medicina sintomática.

Asumir riesgos innecesarios

Intervenciones en esta línea serían: «bueno, ya que lo pide vamos a hacerle unos análisis, pero seguro que saldrán normales». ¿Y si después descubrimos una parámetro alterado? Tampoco es conveniente: «por supuesto que usted no tiene nada de nada. Eso se lo garantizo». O bien: «usted haga eso y ya verá como esta molestia desaparece en tres días». Resulta más prudente:

- Me parece bien hacerle unos análisis (aunque la iniciativa de los análisis haya sido del paciente).
- Por el momento no le encuentro nada, pero toda vez que usted continúa con molestias vale la pena que le sigamos viendo (o que lo remita a otro profesional para una segunda opinión o para una prueba).
- Este antibiótico en dos o tres días suele mejorar la situación; de todas maneras, es normal que las molestias se alarguen unos 10 días, yendo todo bien.

Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad

Por ejemplo: «de acuerdo, vaya al especialista, pero por favor, no me vuelva en una temporada».

Intentar que se cambie de profesional

Por ejemplo: «usted es muy complicado para mí, ¿por qué no se cambia a otro profesional que sepa más?». Sólo es una intervención honesta si la hacemos no por comodidad, sino porque pensamos que es lo mejor para el paciente.

Galería de situaciones

Proponemos los siguientes casos para proceder a su análisis:

1. No quiero hablar de este asunto.
2. El paciente que no confía en nosotros.

3. El paciente que desea otra opinión.
4. El paciente que no quiere coger el alta médica.

No quiero hablar de este asunto

En ocasiones, la negociación se desarrolla en un plano simbólico. Sería el caso de una mujer de 48 años, que perdió a su hija de 19 años en un accidente de circulación. Desde entonces ha realizado múltiples consultas a diferentes profesionales por dolores etiquetados como funcionales o psicósomáticos. Hoy le atiende por primera vez una enfermera que sabe sortear algunas resistencias. He aquí una síntesis del diálogo:

- /1/P: Estoy fatal de la espalda. Me dijeron que usted me enseñaría unos ejercicios, pero no se qué tengo peor, si la espalda o el sistema digestivo.
- /2/E: Sí, ya veo, en su historial le hicieron una resonancia magnética de la espalda.
- /3/P: Dijeron que tenía protrusiones, pero yo no he encontrado alivio. Por la noche me saltan las lágrimas de dolor.
- /4/E (*técnica aditiva* que demuestra comprensión empática de cómo se encuentra el paciente): No descansa y el dolor se hace más presente que nunca.
- /5/P: Exactamente. Y después, cuando me coge el hipo y los eructos, me tengo que ir a otra habitación porque no dejo dormir a mi marido. Y cuando duermo me rechinan los dientes.
- /6/E (*señalamiento emocional*): Parece que está usted sufriendo mucho.
- /7/P (se pone repentinamente a llorar. La entrevistadora le ofrece un pañuelo. Tras unos minutos, se sosiega).
- /8/E (*interpretación sugerida*): Algo hay, ¿verdad?, algo así como una pena muy grande, ¿no?
- /9/P (sollozando): No se por qué me he acordado de mi hija. Murió hace cuatro años de un accidente, así, de golpe, desnucada al dar una vuelta de campana. ¿Usted se da cuenta? Pero no quiero hablar de eso, no me hace bien. No quiero que hablemos de eso. Yo vengo aquí para ver qué podemos hacer con estos dolores de artrosis, y éste es otro tema.

El profesional recibe una importante revelación que, en buena parte, explicaría la clínica abigarrada de síntomas. Pero a la vez recibe una prohibición expresa: «eso es tabú, de eso no podemos hablar en lo sucesivo». ¿Qué hacer? He aquí la intervención del profesional que se comenta más adelante:

- /10/E: Si usted quiere no lo volveremos a hablar, pero tenga en cuenta que todos los síntomas digestivos y artrósicos arrancan justamente de hace cuatro años. En otras palabras, su vida parece que dio un giro hace cuatro años. A veces un dolor tan importante como el que me cuenta se expresa a través del cuerpo, y debidamente tratado por un especialista en salud mental podría mejorar mucho. ¿Ha considerado alguna vez esta posibilidad?

Comentarios

1. ¿En qué sentido ha existido en este fragmento una negociación inaparente?

Lazare A. (1995) define *negociación* como un proceso de al menos dos personas, en las que se establece una relación voluntaria, ambas partes con intereses contrapuestos en relación a algún aspecto, pero con el deseo de llegar a un acuerdo. Eso ocurre en este fragmento. Tenemos un conflicto soterrado en relación a los dolores. Ambas partes desean lle-

gar a un acuerdo sobre cómo aliviarlos, pero hay una discrepancia de fondo. El entrevistador dirige al paciente hacia aspectos psicológicos, y cuando eclosiona un duelo encapsulado, le dice: «lo ve, ahí tenemos la causa de sus síntomas». El paciente, por su lado, afirma: «esto que yo le confieso no tiene nada que ver con mis síntomas, y no deseo volver a tratarlo».

2. ¿Cree que la última intervención del entrevistador es la más adecuada? ¿Se le ocurren otras posibilidades?

En el marco de negociación expuesto anteriormente la intervención del profesional resulta prematura, aunque sin duda cargada de buenas intenciones. La paciente ha levantado un monumento a su duelo: ¡nada menos que su dolor corporal! Ahí lo tiene como expiación o como homenaje a su hija fallecida, o como ambas cosas a la vez, y el entrevistador, en una primera visita y sin contar con una confianza asentada, quiere «resolver» el caso mediante una derivación. Parece un tanto ingenuo pensar que la paciente renunciará a tanto dolor por una mera conversación mantenida con un profesional, por muy hábil que haya sido. Lo más probable es que, aun aceptando la derivación, se presentará al especialista en salud mental con un «no sé qué hago aquí, porque lo mío son los huesos».

Otra posibilidad sería, aprovechando que la puerta está entreabierta, apuntalarla con una interpretación sugerida del tipo:

/10/E (*cede y legítima*): Por supuesto, sólo hablaremos de lo que usted guste, pero ha sido muy positivo que usted me comentara este suceso para comprenderla un poco más. (*Interpretación sugerida*) A veces, no sólo nos duele la artrosis, también un dolor moral muy profundo puede afectarnos el sueño, la musculatura, el sistema digestivo, en fin, todo el cuerpo. Ha sido muy positivo que se atreviera a decirme esto, pienso que ahora se encontrará un poco mejor. Y no volveremos a hablar de ello hasta que usted lo estime oportuno.

Tras esta intervención el entrevistador cierra la puerta con delicadeza, y deja que sea la paciente la que escoja por dónde continuar la entrevista. Lo más natural es que la paciente, en coherencia con lo que ha expresado, vuelva a encerrarse en el mundo de sus síntomas.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

El profesional ha realizado una magnífica entrevista hasta /10/. Ahora tiene grandes posibilidades de trabajar con la mujer, a condición de tener paciencia. Un aspecto que puede angustiarse es la prohibición de «no volver a hablar del tema» realizada por la paciente. Sin embargo, le queda un recurso de enorme calado: **la comunicación simbólica**. Puede utilizarla siempre que desee, a condición de hacerlo con sensibilidad. Por ejemplo, en una visita sucesiva la paciente se queja:

P: Estos dolores no se me van con nada. Todo lo que me dan no me sirve.

E: El sufrimiento que tiene usted es muy grande, y las pastillas es como apagar un fuego con un vaso de agua.

P: Pues entonces... ¿qué puedo hacer?

E: Puede que este dolor tenga para usted un significado importante... ¿ha considerado esta posibilidad?

P: No le entiendo...

E: Me pregunto si este dolor le está diciendo a usted alguna cosa... No es neces-

rio que me lo responda ahora, sencillamente quisiera que reflexionara sobre ello y me lo comenta en una próxima visita. Es decir, ¿qué significado tiene para mí este dolor, que me hace pensar o me impide pensar, qué me hace sentir o me impide sentir?

De nuevo, aparece un *plano inaparente de negociación*, donde el entrevistador pergeña para dirigir la atención del paciente hacia el núcleo del duelo. Por su parte, el paciente desplaza de manera muy típica su malestar psicológico hacia la misma relación asistencial: «¡yo vengo aquí con toda mi buena fe, y usted no es capaz de solucionar nada!». El profesional responde a eso: a) llamando la atención del paciente sobre cómo vive el dolor, y b) con el uso del lenguaje simbólico no defrauda la promesa que le hizo a la paciente, pero en cambio es perfectamente capaz de negociar de manera efectiva la significación de los síntomas, de una manera que, además, resulta *sorpresiva* para el paciente, y por tanto, sin encontrar una resistencia verbal organizada (y previamente planificada).

En resumen, ante un paciente que no quiere entrar en lo psicológico:

- Respete su decisión pero cree otro plano de comunicación simbólico.
- Integre los síntomas en la biografía del paciente. De vez en cuando trate de que el paciente nos narre su vida (y la interpretación que hace de su vida).
- No tenga prisa por realizar un salto a lo psicológico. Cada cosa a su tiempo.

El paciente que no confía en nosotros

En ocasiones pueden ser comentarios como:

Paciente (observe el tuteo): Eres muy joven, ¿no?, para ser doctora...

Paciente (con cara de duda): ¿Esto me da?... ¿ya me irá bien, usted cree?...

O bien el más agresivo:

Paciente: Usted haga el favor de enviarme al especialista que al menos estaré en buenas manos.

El primer efecto de este tipo de intervenciones es la reacción emocional de enojo que suscitan. El profesional puede quedar colapsado por la rabia, y balbucear cualquier cosa sin saber cómo responder. Otras veces este enojo se traduce en un claro enfrentamiento o en una erosión de la relación asistencial. Por ejemplo:

/1/Familiar: Le traigo a mi esposa para que nos dé un volante para el psiquiatra.

/2/E: Ya, pero a ver si nos entendemos, yo no hago volantes sin antes visitar al paciente... ¿qué le ocurre?

/3/Familiar: Está fatal y no quisiéramos que se perdiera un tiempo precioso probando cosas que luego tal vez no nos funcionen, para tener que acabar en el especialista, o lo que es peor, en un médico de pago.

/4/E: Verá usted, si no me tiene confianza lo mejor es que se cambien a otro profesional. Yo estoy acostumbrado a hacer las cosas de una manera y como comprenderá no voy a hacerlas de otra por el simple hecho de que ustedes tengan prisa.

/5/Familiar: Usted puede que sepa de medicina, pero es muy joven y los que peinamos canas sabemos lo que nos decimos.

/6/E: Pues mire, en este punto decidan ustedes si quieren que visite al paciente o desean consultar el caso a otro compañero. Un volante no se lo voy a hacer sin visita.

Comentarios

1. ¿Era inevitable un enfrentamiento de este tipo?
Esta situación, en realidad, es muy fácil de resolver. Por lo general, basta para ello con una **reconducción por objetivos** del tipo:

/1/Familiar: Le traigo a mi esposa para que nos dé un volante para el psiquiatra.

/2/E (dirigiéndose a la paciente): ¿Qué le ocurre señora?

Y si el familiar hubiera opuesto resistencias:

/3/Familiar: Pero a ver, lo que queremos es un volante, ¿estamos?, porque está muy mal y no podemos perder el tiempo.

Sin perder la compostura, hubiera bastado una cesión intencional con o sin empatía:

/4/E (**empatía**): Me doy cuenta de su ansiedad... (**Cesión real**) Desde luego no hay problema con su petición, pero siempre va a sernos de gran utilidad tener unos datos para facilitar el trabajo del especialista, o que incluso nos permita seleccionar un tratamiento inicial mientras espera la visita... (**Reconducción por objetivos**) ¿Qué le ocurre, señora?

2. ¿Acaso no hay pacientes o familiares muy desagradables? Pues entonces, ¿no se merecen una lección? O en todo caso, ¿no tenemos derecho los profesionales a cuadrarnos y dejar las cosas en su lugar, aunque sea de vez en cuando?

Desde luego hay personas muy desagradables e incluso muy desagradecidas. De todo hay en la viña del señor. Por ejemplo, en pediatría:

Padre: Supongo que usted hace lo que puede con el chaval, pero si es sólo eso lo que puede, me parece que haría mejor dedicándose a otra cosa.

Pediatra: No le entiendo, Sr. Ramiro, creo haber tratado a su hijo con toda la corrección de este mundo.

P: Usted me da eso (receta) y yo lo cojo, pero piense una cosa, como no le funcione prepárese porque le mandaré llamar para que me venga a casa y no una ni dos veces, sino las que haga falta, como si me tiene que venir cada día, ¿estamos?

Pediatra: Por supuesto que no tendré inconveniente en venirle a casa, pero no creo que sean estas las maneras de conversar de manera civilizada, francamente...

Padre: Usted le ha venido dando porquerías porque las medicinas buenas esas son para los ricos, y ahora me manda al especialista cuando se lo he pedido yo porque ya no podía más. Pues mire lo que le digo, que si el chaval coge una pulmonía o algo peor, prepárese, porque nos veremos pero nos veremos en los juzgados, eso es lo que le digo.

El profesional está demostrando una gran paciencia. Lo más normal del mundo hubiera sido explotar, pero el profesional sabe el coste que tienen estas explosiones. ¿Quiere decir que hemos de tolerar todo lo que nos venga del paciente? No, claro que no. Pero siempre una *respuesta profesional* tiene ventajas sobre una *respuesta pasional*. La diferencia entre

ambas no es tanto lo que decimos como las emociones que exhibimos. Si nos descontrolamos llegaremos a un enfrentamiento. Si mantenemos el control a la postre tendremos la satisfacción de que no nos hemos ido al terreno al que nos invitaba el paciente. Contraviento y marea hemos logrado ser en *todo momento* profesionales.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En el primer ejemplo podemos considerar una buena respuesta profesional:

P: Es usted muy joven, ¿no?, señorita, para ser una médica (sic)...

E (con una sonrisa): No, qué va, ya soy doctora, ¿no lo sabía?, pero tengo la suerte de que no se me notan los años.

P: Pues se la ve a usted muy jovencita...

E: Ya, pero estoy segura de que usted no es de las personas que sólo juzgan por las apariencias, ¿verdad? Pasemos al tema de su dolor de espalda...

El tono y la sonrisa con que desenvuelve la doctora este diálogo es tan importante como lo que dice. En el caso de las amenazas descritas anteriormente debemos, en primer lugar, considerar si este padre tiene una ansiedad extrema o una enfermedad psiquiátrica. Lo más probable es que estemos frente a un trastorno de personalidad que se ha descompensado, y necesita una persona con la que enfrentarse (un **profesional-desagüe**, con el que desaguar su agresividad). El profesional debe tener muy claro que perder la compostura es ir al terreno que desea el paciente. Una técnica posible es la llamada **técnica contraproyectiva** (Shea SC, 2002, pág. 539). Consiste en manifestar similares sentimientos a los que lanza el paciente, y ofrecer otro tema de atención. Por ejemplo:

Padre: Supongo que usted hace lo que puede con el chaval, pero si es sólo eso lo que puede, me parece que haría mejor dedicándose a otra cosa.

E (manifiesta similares sentimientos): Pues a mí también me fastidia mucho darle un tratamiento y no aliviarle en la medida en que quisiera. (Deriva a otro tema) ¿Ha utilizado los *sprays* por la noche, últimamente?

El paciente arroja una patata caliente. El entrevistador no la ignora, sino que se da por aludido, indica que él también es capaz de sentir algo semejante, y propone que la entrevista transcurra por un derrotero más positivo.

Veamos la técnica en otro ejemplo, cuando ya se acaba la entrevista:

P: Supongo que usted hace lo que puede conmigo, pero si es sólo eso lo que puede, me parece que haría mejor dedicándose a otra cosa.

E: Es muy lamentable que un paciente tenga que gastar su tiempo con un profesional que no le merece su confianza, y también para el profesional, claro. Mire, aquí le doy esta receta, y las instrucciones para tomárselo. (Se levanta de la mesa y con amabilidad pero muy decidido le da la mano mientras abre la puerta.) Ahora pasará con la enfermera para que le explique con detalle el uso de este inhalador, y yo le veré si así usted lo desea en 15 días. Buenos días.

En este caso el paciente arroja una patata caliente y el entrevistador también se la devuelve. Sin embargo, prefiere dar por acabado el encuentro y con agilidad le da la mano, en señal de despedida, mientras que le invita de manera subliminal a que reconsidere el pacto terapéutico. Obviamente, en este punto también hubiera podido utilizar la **técnica de**

nueva relación. Consiste en evidenciar los pros y contras de continuar la relación asistencial que se ha establecido. Por ejemplo:

- P: Estoy muy enfadado con usted porque no me quiere hacer el papel que le solicité.
 E: Verá, Sr. Fernando, no es la primera vez que esta conversación se produce. Ya hemos comentado que este tipo de informes no los hago. Tal vez le sería más cómodo reconsiderar si le convengo como profesional porque las normas de mi consulta no las voy a cambiar.
 P: No me da la gana cambiar de médico. Usted tiene que hacer lo que los pacientes le digamos, faltaría, que para eso cobra.
 E: Pues por este camino no nos vamos a entender. No olvide que siempre tengo la potestad de cambiarlo a otro profesional si veo que la falta de confianza es un peligro para su propia salud.

Finalmente, el profesional puede aplicar la **técnica notarial** para documentar los extremos en que se está desarrollando una entrevista particularmente difícil. Veamos cómo funciona:

- P: Usted me ha venido dando porquerías porque las medicinas buenas son para los ricos, y ahora me manda al especialista cuando se lo he pedido yo porque ya no podía más. Pues mire lo que le digo, que si cojo una pulmonía o algo peor, prepárese, porque nos veremos pero nos veremos en los juzgados, eso es lo que le digo.
 E: Permítame que apunte lo que acaba de decir en su historial. Si no me equivoco ha dicho que si cogía una pulmonía nos veríamos en los juzgados, ¿es así?
 P: Bueno ¿y qué?
 E: ¿Puedo apuntar en su historial que en caso de que coja usted una pulmonía me denunciará al juez?
 P: Lo que yo haga es de mi incumbencia y ya está, faltaría más.
 E (aplicando la **técnica notarial**): Claro, claro que sí, pero cuando recibimos amenazas estamos obligados a apuntarlo en el historial del paciente y notificarlo al director del centro. Creo que usted me acaba de amenazar.
 P: Yo no le amenazo, lo que le digo es que pobre de usted si me pasa algo.
 E: He apuntado en su historial: «el paciente me dice que me denunciará en el juzgado si coge una pulmonía», ¿es eso correcto o debo entender que se ha expresado usted mal o que yo lo he entendido mal?

Con esta intervención el profesional da una oportunidad al paciente para que rectifique, oportunidad que no aprovecha:

- P: No, lo ha entendido perfectamente, y pobre de usted que pille una pulmonía.
 E: Perfectamente. Quedo enterado. Notificaré al director del centro estas amenazas y le comunicaré mi deseo de que sea usted cambiado a otro profesional. (**Propuesta de nueva relación**) Como puede comprender, no puedo atender correctamente a un paciente que sin motivo justificado se expresa de esta manera.

Otra situación frecuente es el paciente que desea otra opinión.

- P: Doctor, usted con la mejor voluntad me ha dado estas pastillas, y después este jarabe, y como la cosa no iba bien, añadió estas ampollas bebidas, pero yo así no puedo estar.

Dr.: Bueno, tiene un eccema un poco rebelde, pero poco a poco está mejorando.

P: Doctor, no se moleste conmigo, pero yo pienso... usted ya ha probado de solucionar el problema, pero por lo que sea no da en el clavo... ¿y si pedimos opinión al dermatólogo?

Dr.: Estas cosas de piel van poco a poco. Además, el dermatólogo tiene una lista de espera horrorosa, y total le va a decir lo mismo que yo.

Lo más probable es que la relación se erosione. ¿Por qué razón el médico se resiste a derivar al paciente? Posiblemente piensa que puede solventar de manera ventajosa la situación clínica. También puede ocurrir que interprete el hecho de derivar como cierto fracaso, o que, en palabras de Gracián, «a más doctores, más dolores», o «un médico cura, dos dudan, tres muerte segura». Posiblemente el miedo a que el paciente caiga «en malas manos» pueda mitigarse si conoce y confía en el dermatólogo de referencia.

Hoy día la segunda opinión se admite como un derecho del paciente. En este sentido podemos recomendar o sugerir, pero nunca oponernos frontalmente, excepto cuando de ello pueda derivarse un mayor daño para el paciente. He aquí el anterior diálogo partiendo de estas premisas:

P: Doctor, no se moleste conmigo, pero yo pienso... usted ya ha probado de solucionar el problema, pero por lo que sea no da en el clavo... ¿y si pedimos opinión al dermatólogo?

Dr.: Sí, claro, no hay ningún problema. Tenga en cuenta, de todas maneras, que tiene un tipo de eccema bastante rebelde. Si le parece, toda vez que el dermatólogo tiene lista de espera, le daré un tratamiento para que vaya haciendo mientras espera la visita. Si el tratamiento le funciona y queda completamente limpio, anule la visita para que otra persona pueda beneficiarse de ella, ¿le parece bien?

Recuerde, ante un paciente que no confía en nosotros:

- Prefiera siempre una respuesta profesional a una respuesta pasional.
 - Ante un juicio de valor referente a su persona, contrárréstela con rapidez y sin enojo con un juicio opuesto («no se lo crea, no soy tan joven, ya soy doctora/ tengo mucha experiencia en su enfermedad»).
 - Acceda a una segunda opinión sin entenderlo como fracaso personal.
 - Cuando ceda no lo haga a regañadientes... ¡que al menos sirva para ganar en confianza!
 - La técnica contraproyectiva puede evitar que seamos usados como «profesionales-desagüe».
- No olvide tampoco la técnica notarial y la propuesta de nueva relación.

El paciente depresivo que no acepta el diagnóstico

Observe el siguiente diálogo:

/1/Entrevistador: Tiene usted una depresión.

/2/Paciente: ¿Una depresión? ¡Pero si a mí lo que me pasa es que me duele la espalda!

/3/Entrevistador: No importa, la depresión puede manifestarse con dolores.

/4/Paciente: Bueno, pero yo no tengo depresión.

/5/Entrevistador (sin mostrar enfado, con suavidad): De acuerdo, no tiene depresión, ¿entonces qué tiene usted?

/6/Paciente: Me duele la espalda. Supongo que tengo mucho desgaste de huesos.

- /7/Entrevistador: Es verdad, eso también lo tiene. ¿Se le ocurre algo que debiéramos hacer al respecto?
- /8/Paciente: Hace mucho que no me envía a rehabilitación.
- /9/Entrevistador: Es cierto. Es algo que, sin duda, le va a ir bien. Pero además de su dolor de espalda se quejaba usted de insomnio, de abatimiento, de no tener ganas de hacer nada, de no disfrutar con las tareas de jardinería, que a usted siempre le había gustado... ¿Qué haremos con todo esto?
- /10/Paciente: ¿No tiene usted algún tipo de vitaminas para darme un poco de ánimo?
- /11/Entrevistador: Sí que lo tengo. Precisamente tenemos un tipo de pastillas que se llaman antidepresivos y que suelen tener buenos resultados en pacientes como usted. ¿Quiere que se las dé?
- /12/Paciente: ¿No me darán sueño?
- /13/Entrevistador: Éstas que le recomendaré no suelen dar sueño.
- /14/Paciente: Tengo una vecina que toma pastillas de esas y me dijo: «no las tomes, porque si empiezas a tomarlas ya no se pueden dejar».
- /15/Entrevistador: No lo preveo en su caso. Es verdad que hoy día nos inclinamos por tratamientos largos, pero después la mayor parte de pacientes lo dejan sin problema alguno.
- /16/Paciente: ¿Y servirá para algo?
- /17/Entrevistador: En unos 20 días podremos ver los primeros efectos. En principio, tiene que mejorar el sueño, las ganas de hacer cosas también, pero poco a poco. De hecho, la mejoría es tan progresiva y se siente como algo tan natural que cuesta atribuirlo a las pastillas.
- /18/Paciente: Bueno, pues podemos probarlo.

Comentario

1. ¿Cuáles son los puntos fuertes de esta entrevista?

El entrevistador ha seguido la estrategia del junco, que se deja doblar con el vendaval para después recuperarse. En lugar de persistir en sus ansias de justificar el diagnóstico y la terapia que había planificado, ha tomado riesgos y ha entrado en la vivencia de enfermedad del paciente. Su tarea ha sido, aparentemente, sencilla. La verdad es otra: pocas veces un profesional es capaz de olvidarse de su agenda, e incorporar la del paciente. La actitud de base es la que mencionábamos anteriormente: entra en flujo emocional con el paciente. Más importante que negociar (y por ende, ver quién gana en una entrevista), resulta hacernos en algún sentido amigos, establecer una alianza terapéutica al nivel que se pueda. Este último punto es importante: un profesional centrado en lograr una buena relación con el paciente no renuncia a sus objetivos terapéuticos, pero sabe que de nada sirven si no establece alianza terapéutica, y que dicha alianza sólo funciona si está anclada a un nivel más profundo que las palabras, en el nivel de la cordialidad, de la empatía, de las cesiones (*intencionales o reales*) del ir haciendo camino con el paciente, no arrastrando al paciente.

2. ¿Puede mejorarse esta entrevista?

Cuando introducimos los aspectos psicosociales en la entrevista, tenemos que tener una cierta previsión sobre cómo van a ser recibidos por el paciente. En la parte exploratoria habremos observado si el paciente está abierto o cerrado a lo psicosocial. Posiblemente, en el caso que nos ocupa el paciente podría haber dicho:

E: ¿Se nota más triste de lo habitual?

P: No sé, problemas no tengo... no tengo razón... para estar triste.

E: ¿Pero de vez en cuando siente una tristeza que incluso le hace llorar sin saber por qué?

P: Pues sí. A veces me pasa, pero no vaya a pensar que todo eso son nervios, ¿eh?

En tales casos algunos autores abogan por una aproximación gradual al diagnóstico. Lo llamábamos anteriormente **enunciación parsimoniosa**: «parecería que tuviera un amago de depresión (o un «poquito» de depresión)». En algunos casos, puede ser correcto, y sin duda puede adecuarse al estilo dubitativo de algunos profesionales, una voluntad *deliberada* para mostrarse flexible y dialogante en los diagnósticos que emite. Debemos respetarlo y admitir que mostrarse accesible es una variante de la fortaleza. Sin embargo, en general nos inclinamos por los diagnósticos positivos, más que aproximativos, eso sí, con margen para la flexibilidad y la persuasión. Éticamente, no podemos transmitir más seguridad de la que de verdad tenemos en el diagnóstico, pero *tampoco menos*:

/1/Entrevistador (**enunciación múltiple**): Señora Raquel, usted se queja de dolores por todo el cuerpo y un cansancio muy grande. Creo que, en efecto, tenemos dos problemas. Por un lado, los dolores de huesos. Ya le dijimos en otra ocasión que tiene algo de artrosis, y parece que ahora se nos ha activado. El otro problema es este insomnio, que la levanta a las tres de la madrugada, junto a esta dejadez, este lloro espontáneo, cuando no hay razón para ello, este verlo todo de color oscuro... ¿se da cuenta?

/2/Paciente: ¿No puede ser por la artrosis?

/3/Entrevistador: La artrosis, cuando duele, duele donde está, en las cervicales, en las manos, como es su caso... Pero a usted además le duele todo el cuerpo...

/4/Paciente: La cabeza, la cabeza es terrible...

/5/Entrevistador: Exactamente. Cuando hay todos estos síntomas juntos, nos señalan un diagnóstico que me parece bastante claro en su caso. Creo que padece usted una depresión leve o distimia, ¿sabe usted algo de las depresiones?

Con esta entrada, la mayor parte de pacientes con síndromes depresivos aceptan el diagnóstico. ¿Y si a pesar de ello aún muestran resistencias? Nos mostraremos comprensivos, respetando sus opiniones, pero no cederemos en la significación de los síntomas. Considerar las creencias del paciente *no debe confundirse* con renunciar a los diagnósticos que establezcamos, porque una de nuestras obligaciones éticas es *hacer contactar al paciente con la realidad*. Para una discusión ética de esta perspectiva, véase «Conceptos avanzados» en este mismo capítulo.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En la figura 5.2 resumimos los aspectos diferenciales entre un abordaje centrado en el paciente y un abordaje centrado en el profesional.

Imaginaremos que hemos seguido todas las recomendaciones apuntadas anteriormente, pero el paciente muestra una fuerte resistencia a tomar antidepresivos. Reemprendemos el diálogo en la intervención /5/:

/5/Entrevistador: Creo que padece usted una depresión, ¿sabe usted algo de las depresiones?

/6/Paciente: No, sólo sé que una vecina tiene depresión y le han dado unas pastillas que ya no las puede dejar de por vida, y me comentó: «no dejes que te las den porque ya no te las podrás sacar de encima».

Centrado en el médico	Centrado en el paciente
<ul style="list-style-type: none"> - El médico valora como resultado satisfactorio de la entrevista que su plan haya sido aceptado por el paciente. - El médico sólo está preocupado por sus responsabilidades asistenciales - El médico se marca unos objetivos educacionales para cada enfermedad. - El médico evita la expresión de sentimientos. - El médico ofrece un plan terapéutico. - El médico evita conocer las expectativas del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - El médico valora como resultado satisfactorio establecer una alianza terapéutica con el paciente. - El médico procura que el paciente refiera con libertad sus preocupaciones. - El médico adapta sus objetivos educacionales a los intereses y creencias del paciente. - El médico procura la expresión de sentimientos del paciente. - El médico implica al paciente en un plan terapéutico. - El médico quiere conocer las expectativas del paciente.

Figura 5.2.

Aspectos diferenciales entre un abordaje centrado en los intereses del profesional y el abordaje centrado en el paciente

- /7/Entrevistador: Cuando tiene dolor de cabeza, ¿tiene miedo a quedarse enganchada a las aspirinas?
- /8/Paciente: No, a eso no porque las aspirinas ya sé cómo me sientan.
- /9/Entrevistador: Entonces, ¿cómo sabe de antemano cómo le sentarán los antidepresivos?
- /10/Paciente: ¿Y no me puede dar unas vitaminas?
- /11/Entrevistador: Los antidepresivos vienen a ser como unas vitaminas especiales que refuerzan el cerebro.
- /12/Paciente: Pero prefiero no tomar antidepresivos.
- /13/Entrevistador (en este punto el profesional *prefiere ceder y mantener la alianza terapéutica, a forzar la situación*): Usted manda. Es preferible que si no lo ve claro no lo tome, porque entonces le cogería manía a las pastillas. ¿Hay alguna vitamina que usted hubiera tomado con anterioridad y que le haya ido bien?... De acuerdo, aquí tiene. Pero por favor, no dude en venir si no acaba de mejorar. El tratamiento que le propongo es muy eficaz.

Una buena técnica de entrevista prioriza una buena alianza terapéutica por encima de «conseguir lo que nos proponemos».

Recuerde, ante un paciente depresivo que no acepta su diagnóstico:

- Haga un listado de los síntomas que usted detecta e invítele a que opine sobre su significado.
- Explique la enfermedad a partir del modelo de «las pilas agotadas», o de «un agotamiento tras un período de estrés prolongado». Normalice la enfermedad: «hay muchas personas con depresión».

- Razone el tratamiento explicando lo que hace: «recargar pilas», «dar un punto de serenidad», «animar poco a poco», etc.
- Prevenga una mala adherencia: el medicamento actúa de una manera tan natural que nos da la impresión de que nos vamos encontrando bien sin que se deba a la medicina, y podemos pensar que ya no la necesitamos.

El paciente que no quiere coger el alta médica

El tema de las bajas es de los que más preocupan al médico de familia, por lo que vamos a estudiarlo con cierto detalle. Veamos, en primer lugar, dos peticiones de baja no justificadas a criterio del médico. En la primera la paciente no tiene historial de abuso de bajas, en tanto que en la segunda sí lo hay.

Petición de baja en un contexto de no abuso:

1. Dr.: Tiene un resfriado por fortuna no muy fuerte, que podemos tratar con las siguientes medidas...
P: Doctor, todo esto está muy bien, pero yo necesito la baja.
2. Dr.: ¿Cuál es su trabajo?
P: Trabajo en una carnicería. Tengo que entrar en la cámara frigorífica... ya me dirá.
3. Dr.: Normalmente un resfriado de este tipo suele pasarse haciendo vida normal...
P: Yo me conozco y sé que en un par de días voy a estar fatal.
4. Dr.: Bien, puede que tenga razón... ¿Le parece bien que le dé tres días de baja? De acuerdo, pues el alta la recogerá usted directamente el día 3 de octubre en las admisiones de esta planta. No es necesario que me coja visita excepto en el caso de que no se encuentre bien para trabajar...

Petición de baja en contexto de abuso:

1. Dr. (acabando la explicación): Por fortuna, señora Milagros, en esta ocasión el dolor de cervicales es muy leve. Le propongo un relajante muscular y...
P (interrumpiendo nerviosa): Doctor, usted y yo sabemos que no estoy para trabajar. En realidad usted me tendría que dar la invalidez, porque con todo lo que llevo trabajado en esta vida... ¡yo empecé a los 14 años a hacer faenas por las casas!, ya ve, y ahora usted me niega una baja que sabe perfectamente que la necesito.
2. Dr. (en este punto el médico teme que si le da la baja va a ser muy complicado volverle a dar el alta. Pondera tres posibilidades: no dar la baja, darla con reparos en el contexto de una negociación, o dar la baja sin más. Al final escoge la segunda opción): Verá, Milagros. Yo con gusto le daría varios días de baja, como otras veces le he dado, pero recuerde que la última vez lo que tenía que ser una baja de cinco días fue una baja de tres meses. ¿Entiende usted mi posición?
P: Es que yo, doctor, estoy para una invalidez. Otras con menos la tienen.
3. Dr.: Este punto ya lo analizamos, y ni yo ni el reumatólogo apreciamos suficiente enfermedad para que se la den. Sí que hay un poco de desgaste de las cervicales, pero lo normal para su edad, o sea que hemos de ir tirando, mal que nos pese.
P: Pues al menos deme usted una semana de baja.
4. Dr. (pondera en este punto la dureza del trabajo, la injusticia de una baja no plenamente justificada, y el peligro de romper una buena relación asistencial, con las consecuencias de cambio de médico, polidemanda y dificultades para contener a esta paciente que tendría otro médico): Bien, estoy de acuerdo pero le cojo la palabra, o sea le doy una semana, ¿estamos de acuerdo?

- P: Claro, claro.
5. Dr.: Voy a dejar firmada su alta con fecha del próximo 5 de noviembre. Eso quiere decir que el día 6 tiene que estar trabajando, porque el alta ya estará firmada y no se podrá tocar ¿lo entiende?
- P: Sí, doctor. Lo entiendo.
6. Dr.: ¿Es usted persona que le guste cumplir con los tratos?
- P: Claro, doctor, sólo faltaría.
7. Dr.: Pues entonces me fío de usted. (**Descubre emociones [selfdisclosure]**) Espero que no me tenga que disgustar. Por otro lado, le recomiendo que siga el siguiente tratamiento...

Comentarios

1. ¿Se aplican técnicas correctas en estas dos entrevistas? ¿Pueden mejorarse?

Ambas entrevistas son, básicamente, correctas. En la primera el profesional aplica el aforismo (v. tabla 5.6): «el paciente que no abusa de la baja y la solicita de manera puntual, debe tener un voto de confianza». En la segunda el dar o no la baja depende del criterio clínico, que debe formarse a partir de los datos orgánicos y psicosociales. En este caso, debemos suponer que posiblemente el médico ha ponderado más aspectos de estrés

Tabla 5.6.
Aforismos que ayudan a la decisión

-
- Siempre formarnos nuestra propia idea de lo que le ocurre al paciente (independientemente de otros especialistas o informes que aporte el paciente), y a partir de ahí, decidir si debemos o no dar la baja, o alargarla.
 - Los casos difíciles tiene que estar documentados antes de forzar un alta: como mínimo una exploración física registrada correctamente en el historial, y a veces exploraciones complementarias y la opinión de otro colega o especialista.
 - El paciente que no abusa de la baja y la solicita de manera puntual debe tener un voto de confianza.
 - Ante todo somos médicos, no inspectores. Por ello no damos de alta a un paciente que no acabemos de ver claro. En caso de dudas, beneficiaremos al paciente.
 - Cuando está claro que el paciente abusa de la baja, forzamos el alta por respeto al resto de ciudadanos que confían en cómo administramos esta prestación sanitaria, y porque es de justicia hacerlo así.
 - Algunos pacientes deben ser derivados al especialista, no tanto porque supongan una duda diagnóstica, sino para **compartir el riesgo** de una evolución desfavorable.
 - En caso de discrepancia con un especialista en los plazos de alta, quien firma la baja es el responsable, ya sea a efectos de alargarla o reducirla.
 - Cada episodio de enfermedad tiene que juzgarse de manera independiente a los anteriores. Podemos equivocarnos fácilmente en pacientes que abusan de la baja, pero que en un momento determinado tienen un padecimiento grave. ¡Incluso un rentista acaba muriéndose de enfermedad orgánica!
 - Nada peor que pensar que un paciente viene para pedirnos la baja, pues no daremos crédito a los síntomas que nos cuente. Éste tiene que ser un juicio final, jamás inicial.
 - Todo el equipo actúa con una pauta similar, para evitar diferencias de trato, que nos llevaría a situaciones injustas.
-

psicosocial que los datos propiamente orgánicos. Su estrategia consiste en aflorar sus dudas para compartirlas con el propio paciente.

2. ¿Cuál es la evolución más previsible de ambos casos?

Por lo general, no hay problemas con el primer caso, e incluso diríamos más, si el paciente regresa diciendo que no se encuentra bien, es probable que tenga razón, y deberemos analizar su caso sin prejuicios, aplicando otro aforismo de la tabla 5.5: «ante todo somos médicos, no inspectores. Por ello no damos de alta a un paciente que no acabemos de ver claro. En caso de dudas, beneficiaremos al paciente».

Por el contrario, es muy posible que en el segundo caso la paciente se muestre renuente a coger el alta. En algunos casos tratará de ir cogiendo el parte de confirmación sin pasar por consulta, o si eso no le resulta posible, tratará de negociar la prolongación del alta con el médico.

¿Cómo debemos actuar en este tipo de situaciones?

En el segundo caso, analizado anteriormente, imaginemos que la paciente trata de forzar la continuación de la baja... ¿qué haremos? En la tabla 5.6 resumimos algunos aforismos que nos ayudarán en la toma de decisiones, y en la tabla 5.7 las técnicas de negociación más importantes. A partir de estas ideas...

P: Yo no estoy para trabajar, me tiene que alargar esta baja.

Dr. (siempre exploración física y «**hacernos nuestra propia opinión**»): Ante todo quiero volver a valorar sus cervicales, por favor, pase a la camilla.

(Pasan a la camilla de exploración física, y cuando regresan):

Dr. (**listón de negociación alto**): Bueno, Sra. Milagros, tengo buenas noticias para usted. La veo francamente recuperada, siempre puede tener cierto dolor residual, pero nada que le impida trabajar...

P: Doctor, pues yo no sé lo que me pasa, porque cuando hago este gesto tengo un dolor que me parte la cabeza...

Dr. (**normaliza y atribuye emociones positivas al paciente**): Esto es normal en casos como el suyo. Algo de molestias tendrá al menos una temporada. Pero esto no va a ser obstáculo para que se reincorpore al trabajo, que es en definitiva lo que usted desea.

P: Doctor, claro que quiero volver al trabajo, pero no en estas condiciones. Creo que si me da al menos un par de semanas más me podré recuperar.

Dr. (mientras extiende el alta): Lo siento, Milagros, pero ya no le puedo mantener más tiempo de baja sin que llamemos la atención del inspector. Lo más prudente para usted misma es que ahora le dé el alta.

En resumen, ante un paciente que no desea coger el alta:

- Asegúrese de que no tenga un proceso orgánico grave.
- Proceda siempre a la exploración física antes de tomar una determinación.
- Atribuya al paciente sentimientos de cariz positivo: «Tengo buenas noticias para ti/usted». Y: «tu/usted lo que quiere/s es volver a trabajar y por fin eso será posible».
- Normalice la situación: «es normal en casos como el t/suyo que aún tenga molestias».
- No excluya más exploraciones o terapias: «claro que proseguiremos con más pruebas, pero ahora ya se puede reincorporar al trabajo».

- En algunos casos use la persuasión que llamamos normativa: «tengo que cumplir normas, lo siento», viene a decir. En ningún caso lance mensajes de culpa («¿no habíamos quedado que usted cogería el alta?, ¿lo ve como no me puedo fiar de usted?, etc.»).
- Otras situaciones relativas a la gestión de bajas pueden consultarse en Borrell F, 1995, 1999, 2001.

Conceptos avanzados

El Health Belief Model

El Health Belief Model (HBM) propone unos factores (motivación, vulnerabilidad, gravedad, coste-beneficio...) que predecirían los cambios conductuales de una persona concreta en una situación concreta (tabla 5.7). En los estudios de campo, este modelo explica desde un 15 % (Yarbrough SS, 2001) a un 75 % de la variabilidad (Ali NS, 2002), y en ellos aparece la percepción de eficacia y las barreras percibidas como las variables más predictivas (Scott J, 2002; Hanson JA, 2002; Wdowik MJ, 2001; Wallace LS, 2002; Nyland J, 2002). Los estudios que mejor se adaptan al modelo son aquellos en que los pacientes están en una situación clínica más grave. En estos casos los pacientes son más propensos a seguir las instrucciones o adherirse a las terapias (Fernández A, 2003). Sin embargo, cabe preguntarse qué ocurre con el porcentaje de las conductas «no explicadas» por el modelo. Y aunque no lo sabemos con certeza, podemos imaginarlo: pereza, falta de creencias bien definidas en la

Tabla 5.7.

Técnicas básicas en la negociación de las incapacidades temporales

1. Propuesta de baja:
 - ¿Cómo se ve para trabajar?
 - ¿Qué tipo de actividad lleva en el trabajo?... ¿cree que podrá trabajar tal como se encuentra?
 - Voy a darle la baja para ... días. Si se encontrara bien antes, solicite el alta en el mostrador/consulta ... Si el día ... no estuviera para trabajar, tiene que venir a la consulta, porque la baja ya no le cubrirá.
2. Valoración de resistencias y de expectativas:
 - Entiendo que coger la baja le resulte difícil, pero de todas maneras si no la coge se arriesga a que el cuadro se le complique... ¿Entiende la situación?... De acuerdo, por supuesto su decisión la respeto, registraremos en su historial que no ha querido coger la baja.
 - Es posible que tenga estas molestias durante meses, sin embargo eso no le debería impedir trabajar... Debería mentalizarse de que algo de molestias tendrá.
 - Muchas personas trabajan con similares o peores molestias.
3. Técnicas de negociación:
 - a) Imposición:
 - Lo siento pero no puedo darle la baja por eso. Si no se acaba de encontrar bien puede volver...
 - Buenas noticias: le veo muy recuperado. Ha llegado el momento de que le demos el alta, que es en definitiva lo que deseaba usted.
 - Ahora es peor la baja que el alta, porque tanto desde un punto de vista psicológico como de la enfermedad lo mejor que podemos hacer es que empiece a trabajar para acabarse de recuperar.
 - No queda más remedio que darle el alta, porque sino llamaremos la atención del inspector.
 - b) Gota malaya (incapacidades largas que no justifican una invalidez definitiva):
 - Bueno, le mantendré una semana más, aunque de hecho le tendría que dar el alta hoy mismo, pero vamos a dejar que se recupere un poco más y se adapte a la idea de volver al trabajo.
 - c) Contrato/pacto
 - Le doy la baja con las siguientes condiciones... ¿Acepta?

comunidad en torno al problema tratado, azar de las influencias (como de hecho admite el modelo), presencia de pensamiento mágico, y un largo etcétera que ignoramos (cuadro 5.2).

Cuadro 5.2.

Pereza para afrontar el miedo

Una mujer conoce los beneficios de la mamografía preventiva, tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, y además ella misma se ha notado un pequeño bulto en una mama. Sin embargo, no hace caso a una carta de su centro de salud que la invita a un examen preventivo, porque piensa que «si no me tocan la mama lo que tenga (aunque sea malo) estará como dormido». Es decir, asimila su propio olvido del bulto a que la enfermedad también se comportará olvidándose de ella, en un paralelismo típico del pensamiento mágico. Pero sería ingenuo pensar que éste es el motivo de su conducta. En el fondo tiene miedo y *pereza para afrontar este miedo*.

La conducta de esta paciente cae en el porcentaje no explicado por el modelo resumido en la tabla 5.8, porque el concepto de *pereza para afrontar el miedo* aún no ha entrado en la bibliografía. Los desarrollos de campo del HBM se han centrado en operativizar el concepto de vulnerabilidad como «percepción de eficacia», y el coste-beneficio como «percepción de barreras para el cambio». En cambio, el concepto de motivación no se ha sabido apreciar, a nuestro entender, de manera suficiente. Proponemos el concepto de *inercia de hábitos que requieren esfuerzo* para caracterizar el estilo con el que una persona es capaz de incorporar nuevas pautas o rutinas a su vida cotidiana. Tal vez este concepto pueda incorporar las emociones ilustradas en el cuadro 5.2 y otras similares, ampliando la variable «motivación» del Health Belief Model.

Modelo de influencia interpersonal: campo de búsqueda y locus de control

Partimos de la base de que, en cada momento biográfico, intentamos ser coherentes y previsibles, lo que resulta una condición necesaria para que los demás confíen en nosotros. Pero por debajo de esta aparente coherencia la mayoría somos un tanto caóticos, y podemos sostener creencias paralelas e incluso contrapuestas sobre la realidad que vivimos... dependiendo de nuestro interlocutor y, de manera más genérica, de la presión que ejerza la comunidad en la que vivimos. Así somos de influenciables. Estamos en una constante negociación con el entorno, y otorgamos a determinadas personas una posición pri-

Tabla 5.8.

Health Belief Model

- *Motivación*: cada persona tiene un nivel de voluntad que puede movilizar para un cambio de hábitos. Nosotros precisamos este concepto con el de «inercia de hábito».
- *Vulnerabilidad*: cada persona tiene su propia percepción sobre si el padecimiento que tiene es más o menos vulnerable a la acción de un fármaco. En los estudios esta variable se operativiza como «percepción de eficacia».
- *Gravedad percibida*: cada persona tiene su propia percepción sobre si su padecimiento es importante o banal.
- *Coste-beneficio*: cada persona tiene sus propias ideas acerca del coste material, emocional, etc. que puede tener un determinado plan terapéutico. Esta variable aparece en los estudios como «barreras» para el cambio.
- *Nuevas creencias*: constantemente fluyen nuevas creencias, fruto del contacto de la persona con su ambiente.

vilegiada sobre nuestras vidas. Personas privilegiadas son el profesional de la salud, el maestro, el político... pero también aquel amigo que sabe mucho, aquel otro que superó tal enfermedad, etc. Un médico difícilmente puede tener a sus propios padres por pacientes porque nunca ocupa este lugar de privilegio, y sus consejos caen en saco roto.

El modelo de influencia interpersonal nos propone que la persona responde a los retos de la vida cotidiana «buscando» una conducta idónea para responder a dicho reto. Su **campo de búsqueda** (figura 5.3) es el siguiente:

Cada persona hace o puede hacer = lo que cree que debe hacer + otras conductas que hace (sin conceptualizarlas éticamente o a sabiendas de que no son correctas) y que le proporcionan gratificación o placer + conductas que anteriormente ha hecho y que había abandonado + conductas que ve hacer a otras personas, medios de difusión, etc., o que se le indican que debe hacer.

El modelo incorpora el concepto de *locus de control* pero en un sentido muy dinámico. El paciente aceptará influencias externas o buscará soluciones por sí mismo según si ha vivido situaciones semejantes, su grado de autonomía y percepción de eficacia. Si predomina la influencia (*locus de control externo*) aceptará ser persuadido, recibir órdenes o consejos. Si predomina el *locus de control interno*, flecha de búsqueda, preferirá encontrar

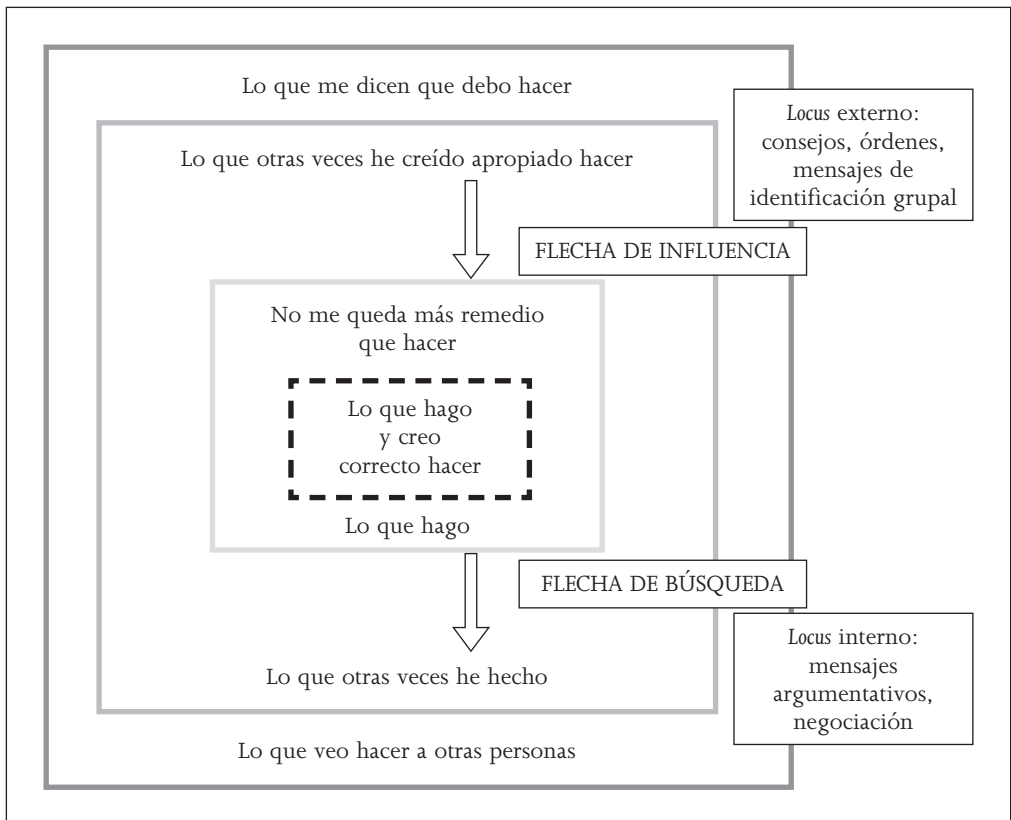


Figura 5.3. Modelo de influencia interpersonal

Conceptos avanzados

sus propias soluciones y negociarlas con el profesional de la salud. Ahora bien ambas estrategias, dejarse influenciar o buscar soluciones, están en cada una de las personas, y lo que hacemos aquí es buscar «tendencias». Hay personas que pasan por fases de mayor abertura a la influencia de otros, muchas veces en función del grupo al que pertenecen, o la situación clínica en la que se encuentran. Analicemos los cuatro cajones de la figura 5.3. El modelo propone que las conductas más alejadas del cajón central, son menos probables. También de estos cajones se derivan cuatro ases de la persuasión (tabla 5.9):

Lo que cree que debe hacer

Cada día redefinimos aspectos significativos de nuestra vida: lo que los demás piensan de nosotros, lo que debo pensar de mi cuerpo (p. ej., «¿cómo debo interpretar este dolor que siento en el hombro?»), las oportunidades que tengo en mi trabajo, etc. Muchos han sido los autores que se han percatado de las negociaciones y conflictos encubiertos que se generan en el proceso asistencial en muy variadas condiciones (Roth, 1962; Davis, 1963; Glaser & Straus, 1965; Frankel, 1989; etc.) Todos estos conflictos derivan del sentido que cabe dar a la realidad que vivimos. Por consiguiente, si queremos persuadir a un paciente para que deje de fumar, antes debemos entrar en la visión que tiene de sí mismo, su estado de salud, vulnerabilidad a enfermedades, etc. Siguiendo a James W, trataremos de llevar a esta posición privilegiada otras creencias que también tenga el sujeto, y que ocupen alguna de las áreas más periféricas del dibujo (figura 5.3).

Mensaje fundamental en esta línea: «Usted tiene un problema y sólo va a ser coherente consigo mismo si lo admite».

Tabla 5.9.
Procesos de influencia aparente

1. Pacientes muy razonables y razonadores:
Estrategia: enfatizar lo correcto. Potenciar su locus interno.
Mensaje fundamental: «usted tiene un problema y sólo va a ser coherente consigo mismo si lo admite». Por ejemplo: «Entrevistador: A usted le da miedo admitir que tiene este problema, pero en realidad le debería dar más miedo no hacer nada para afrontarlo».
2. Pacientes que temen ser una carga o temen sufrir:
Estrategia: enfatizar la ganancia en autonomía como el mayor beneficio.
Mensaje fundamental en esta línea: «usted puede evitarse problemas y obtener un mayor beneficio/placer si adopta tal conducta». Por ejemplo: «E: Tiene usted un problema y si no se mentaliza de que lo tiene, no podremos evitar las consecuencias, a saber... En cambio, si adopta este plan, los beneficios son...».
3. Pacientes hedonistas, que no acaban de renunciar a antiguas fuentes de placer:
Estrategia: seleccionar las fuentes de gratificación. Estimular la imaginación de un mejor beneficio, en convergencia con nuestras recomendaciones.
Mensaje fundamental en esta línea: «trate de evitar recuerdos seductores y active su imaginación hacia donde usted de verdad desea caminar». Por ejemplo: «E: Si se permite pensar lo mucho que disfrutaría con un pitillo después de comer, no lo dude, acabará por volver a fumar; trate de pensar en las ventajas de haberlo dejado, en lo bien que se encuentra, el ejercicio físico que ahora es capaz de hacer, los años de vida que, sin duda, ha ganado, etc.».
4. Pacientes influenciables:
Estrategia: favorecer el contagio del entorno social.
Mensaje fundamental en esta línea: «Está usted en buenas manos, déjese aconsejar». Por ejemplo: «E: En este servicio tenemos una amplia experiencia en problemas como el suyo».

Ejemplo: La persona cambia cuando se enfrenta a un problema y percibe la necesidad de este cambio. Si cree que no hay problema (aunque en verdad lo haya), predomina la pereza. Puede que niegue la presencia de alcoholismo simplemente porque no tiene capacidad para vencer la inercia de sus conductas cotidianas (lo que anteriormente llamábamos pereza para vencer el miedo). Considere, por tanto, mensajes del tipo: «Entrevistador: A usted le da miedo admitir que tiene este problema, pero en realidad le debería dar más miedo no hacer nada para afrontarlo. Hasta que no lo admita tendrá la intranquilidad de estarse mintiendo. Es la pereza de admitirlo contra la inquietud de no hacer nada.»

Es ésta una estrategia para personas razonadoras y que desean ser coherentes.

Conductas que le proporcionan gratificación o placer

No son infinitas las fuentes de placer. Partimos de unas pocas experiencias primordiales que nos enseñan de dónde viene el cariño, el placer corporal y el intelectual. Estas fuentes seguras de gratificación, tal como proponen Berne E (1961, 1972), y Steiner (1975), van a desempeñar un importante papel en nuestra vida. Puede incluso que hayamos experimentado placer mediante el dolor, y busquemos este dolor, como hace el masoquista. Un observador externo se preguntará: ¿acaso no es ésta una conducta irracional? Pero el sujeto está anclado a esta fuente segura de gratificación, y no va a soltarla hasta que no tenga una experiencia continuada con otra fuente de gratificación que le proporcione mayores frutos, y que también pase a considerarla segura. Un caso extremo es el adulto que busca el castigo; tal vez aprendió de niño que ésta era la única manera de conseguir la atención de sus padres, y no abandonará esta tendencia sin un esfuerzo muy continuado que le demuestre los beneficios de una forma de estima más constructiva.

Mensaje fundamental en esta línea: «Usted puede evitarse problemas y obtener un mayor beneficio/placer si adopta tal conducta».

Ejemplo: «E: Usted hasta la fecha no se ha cuidado la salud, pero a partir de ahora la cosa cambia. Tiene usted un problema y si no se mentaliza de que lo tiene, no podremos evitar las consecuencias, a saber... En cambio, si adopta este plan, los beneficios son...».

Buena estrategia para personas que temen ser una carga para los demás («imagínese si tiene una trombosis y le tienen que cuidar»), o temen sufrir.

Conductas anteriores abandonadas

Siempre subsiste una añoranza. El alcohólico nunca deja de serlo, en algún sentido, por este recuerdo siempre latente. Igual podemos decir del fumador, o el ludópata. Ver el placer que experimentan otras personas en situaciones familiares, puede ser suficiente para recaer. Y viceversa: ver los perjuicios puede reforzar su abstinencia.

Mensaje fundamental en esta línea: «Trate de evitar recuerdos seductores y active su imaginación hacia donde usted de verdad desea caminar».

Por ejemplo: «E: Si se permite pensar lo mucho que disfrutaría con un pitillo después de comer, no lo dude, acabará por volver a fumar; trate de pensar en las ventajas de haberlo dejado, en lo bien que se encuentra, el ejercicio físico que ahora es capaz de hacer, los años de vida que, sin duda, ha ganado, etc.».

Buena estrategia para personas hedonistas, que no dejan de pensar en el paraíso perdido.

Conductas por contagio

El contagio puede ser muy variado: televisión, cine, amigos... Los profesionales de la salud somos un elemento más, pero relativamente potentes si sabemos combinar técnicas y flexibilidad. Recuerde los mensajes personalizados, la racionalidad de la medida terapéutica, ejemplificación, etc.

Mensaje fundamental en esta línea: «Está usted en buenas manos, déjese aconsejar».

Por ejemplo: «E: En este servicio tenemos una amplia experiencia en problemas como el suyo».

Buena estrategia para personas sensibles a la influencia de los demás.

Las tres modalidades de **consejo**, **persuasión** y **orden**, no deben excluirse *a priori*, ni debemos suponer que la persuasión de tipo motivacional es más eficaz que la orden simple y llana. En realidad, la eficacia depende de lo que este paciente en concreto esté acostumbrado a aceptar como influencia. Algunos dicen: «si usted me lo manda, yo lo hago». Otros se muestran remisos hasta que ven «tan serio» al profesional que deciden hacerle caso (predominio de las emociones por encima de los argumentos).

Ahora bien, ¿qué hacer ante pacientes con múltiples y bien probadas resistencias al cambio? Algunos de estos pacientes serán sensibles a un *proceso de influencia inaparente* del tipo: modelado de conducta, persuasión motivacional, negociación por deslizamiento o consejo inoculado (tabla 5.9). Los pacientes que nos ven investidos de autoridad pueden aceptar órdenes cuando esta imagen de autoridad para ellos es positiva; en cambio, otros pacientes visualizan cualquier autoridad en términos de oposición o amenaza, y en tales casos aceptarán mejor los procesos inaparentes resumidos en la tabla 5.10, o bien buscarán por sí mismos soluciones, y deberemos saltar a las habilidades de negociación.

Conflicto y cambio. Una discusión algo más profunda sobre las bases del modelo

El modelo que proponemos, coherente con el HBM, debe mucho a las corrientes constructivistas. Desde esta perspectiva el ser humano está construyendo y deconstruyendo a diario «aquello que es», lo que piensa de los demás y de sí mismo. Estamos tan envueltos en conflictos aparentes y no aparentes que vemos una pequeña parte del torbellino que envuelve nuestras vidas. Los valores y creencias son guías para ordenar este aparente caos. Indiquemos en este punto que hablar de creencias también es una simplificación. En reali-

Tabla 5.10.
Procesos de influencia inaparentes

-
1. Consejo inoculado:
Concepto: emitimos un consejo en un momento de la entrevista en que parece un comentario nuestro casual.
Ejemplo: antes de despedir a un paciente: «¡me gustaría mucho que el próximo día que nos veamos pueda decirme que ha tomado todas las pastillas!».
 2. Persuasión motivacional:
Concepto: mensajes que promueven en la otra persona las ganas de cambiar, a partir de sus propias creencias.
Ejemplo: «me pregunto por qué razón fue capaz de dejar el tabaco y ahora en cambio no se atreve con la bebida».
 3. Negociación por deslizamiento:
Concepto: una de las partes muestra una expectativa dejando a criterio de la otra su satisfacción.
Ejemplo: «le veo muy bien para coger el alta, que es lo que en el fondo usted desea».
 4. Modelado de conducta:
Concepto: en lugar de emitir una orden verbal, mostramos (haciéndolo nosotros) lo que queremos que haga la persona.
Ejemplo: «voy a mostrarle cómo se hace esta gimnasia y a partir de ahora la hará usted cada mañana».
-

dad, los hábitos, las actitudes, las opiniones y las creencias son partes de un iceberg del que sobresale la punta que queremos mostrar. El resto permanece escondido a las miradas ajenas, y en parte también a nosotros mismos. Aquello que creemos de los demás y de nosotros mismos queda fijado cuando *lo hacemos público* en un diálogo real. En esta interacción con el otro hay el compromiso tácito de honestidad, y los sentimientos que se despiertan e intercambian los almacenamos en una parte privilegiada de nuestra memoria, aquella parte que William James (1890) llamaba *memoria biográfica*. Un taxista comentaba: «lo más interesante de mi trabajo es que me puedo inventar una personalidad con cada cliente que entra en mi taxi». Los diálogos que producía no le comprometían a ser coherente con las ideas o valores que manifestaba. Pero incluso así sabía que esta *deshonestidad* era un juego controlado. Siempre hay un *diálogo genuino* con alguien donde se anclan aquellos propósitos y compromisos que guiarán nuestras vidas, pero en realidad por debajo hay emociones y fantasías absurdas, caóticas e incluso salvajes.

Los tónicos de la voluntad y el aprendizaje de la gratificación

Por debajo del nivel de flotación de este iceberg las contradicciones y ambigüedades del sujeto sólo se contrarrestan mediante una decidida y persistente voluntad de coherencia, gracias a la cual *la persona es como es y hace lo que hace* de manera previsible. Pero esta voluntad no ahoga el diálogo interior. En los *diálogos interiores*, esos que mantenemos con personas significativas pero de manera completamente imaginada, exploramos la realidad en todas las facetas: «¿y si tal persona intentara perjudicarme?», «¿y si cambiase de trabajo?», «¿y si probara de hacer o decir tal cosa?». Estamos en una constante experimentación... ¡*imaginada!*, de la realidad. ¿Y cómo se resuelven estas fantasías? Lo que decide a la persona a probar una nueva conducta, o a ceder a una influencia, es (desde nuestro punto de vista) la gratificación emocional que cree que obtendrá. Para decirlo de manera más exacta: la emoción que nos despierta esta fantasía. Y junto a ella la inercia para incorporar hábitos de esfuerzo, inercia que en buena parte ha adquirido en su educación y socialización.

Abundemos por un momento en esta idea. Los seres humanos necesitamos gratificarnos varias veces al día y de manera física y psíquica. No es otro el fundamento de las dependencias, sean éstas el juego, la comida, el sexo, el tabaco o el trabajo. Pero de manera polar a las conductas adictivas, el ser humano llega a hacer virtud del esfuerzo, y logra así una gran versatilidad a la hora de gratificarse: lo logra el monje con interminables rezos, el alpinista que sube montañas o el joyero que engarza diminutas piedras. El ser humano llega a experimentar placer con las tareas más penosas. Los tres ejemplos comparten el fundamento del psiquismo humano: buscar y controlar una fuente de placer. Lo logra, en parte, gracias a producir diálogos interiores para persistir en su esfuerzo, los *tónicos de la voluntad* a los que aludía Ramón y Cajal. ¿No es eso mismo lo que hace un trabajador de una cadena de montaje cuando se repite «ya sólo faltan 10 minutos para el bocadillo»? En el caso de Ramón y Cajal era levantar un país intelectualmente anémico.

Maslow A (1990) trató de estructurar estas ideas en una pirámide de necesidades, de las fisiológicas a las éticas, y si le hiciéramos caso hablaríamos de personas que se gratifican de una manera más primitiva que otras. Kholberg L (1981) va en una línea similar al proponernos una etapa que él llama de *ética posconvencional*. Para Kholberg el ser humano pasa por una etapa en la que actúa según los premios y castigos que recibe, para poco a poco interiorizar como código de conducta lo que está bien (etapa convencional) y posteriormente (y sólo algunas personas, no todas) fundamentar este código de conducta en unos principios filosóficos o éticos. Sería la etapa *posconvencional*.

El modelo de Maslow y Kholberg parece adaptarse bien al patriotismo de un Ramón y Cajal, o a la actitud humanista de tantos pensadores. Sin embargo, por nuestra parte cree-

mos que el común de mortales es más caótico que estos modelos. Hay un **aprendizaje de la gratificación** desde la infancia hasta la muerte. En cada momento, nos orientamos hacia la consecución de nuestras necesidades físicas pero también morales, dando pero recibiendo, capaces de sacrificios y solidaridad, pero también buscando recompensas y gratificaciones. Algunas personas son más generosas, y otras buscan sobre todo la propia satisfacción. En ello influyen un poco las creencias filosóficas o éticas, y un mucho, entre otros factores, la experiencia de cariño que se recibe en la primera infancia, así como el estilo emocional de sentir (carácter). Lo que consideramos «bueno» para nosotros no siempre coincide con lo considerado «moral o éticamente» bueno. No somos tan racionales. Eso ya lo adivinó Pascal cuando hablaba de las *razones del corazón*, contrapuestas a las de la cabeza. Nuestras necesidades físicas y afectivas cambian a lo largo de la vida, y tal vez por ello podemos detectar en cada una de nuestras biografías un vaivén del egoísmo a la generosidad, de la certeza a la duda, del amor al desamor. Nuestro ser ético se asienta sobre las emociones que tenemos y que deseamos provocar(nos). Actuamos movidos un poco por la razón y un mucho por lo que sentimos, y aunque hacemos esfuerzos para que ambas cosas coincidan (éste sería el ideal de Kohlberg), no siempre lo conseguimos.

La inercias de la voluntad: tendencia al placer o compromiso con la renuncia

Maslow y Kohlberg defienden una concepción rígida y poco realista del ser humano. Lo entienden excesivamente «racional» y «razonador», excesivamente en busca de una perfección moral. Ven al ser humano movido «hacia su bien» cuando «sabe» lo que le conviene. Algo de esta concepción idealista se cuele cuando pensamos que bastan buenos argumentos para cambiar a nuestros pacientes. Pero, por desgracia, estamos a mucha distancia de tanta racionalidad. El camino hacia una conducta cada vez más racional puede que sea, en el mejor de los casos, un proceso generacional. El ser humano considerado como individuo se estanca en un *mapa de gratificaciones* (las cosas que le gusta hacer, las emociones que desea recrear) fruto del azar de su biografía. Dos inercias van a mover este mapa: las *inercias adictivas*, y las *inercias al esfuerzo*. El drogadicto y el místico son los productos extremos de cada tendencia. La libertad de que gozan ambos posiblemente sea inferior a la que tenemos el resto de mortales, el drogadicto porque acepta como única recompensa la inmediatez del placer, y el místico porque se compromete en exceso con la renuncia. Cuando renunciamos a casi todo en pos de un ideal religioso (o de otro tipo), es difícil admitir que este ideal es erróneo. El místico es el caso extremo: ha idealizado su «tónico de la voluntad» al punto de renunciar al placer de «concretarlo en algo». Lo de menos es obtener algo, pues el placer reside en el sacrificio de la búsqueda.

Tenemos más grados de libertad para decidir qué hacemos «ahora y aquí» si nuestro compromiso con el placer o el esfuerzo no difumina la capacidad para *contactar con la realidad*, es decir, escuchar nuestras emociones «resonar» con la realidad, y disponer de una voluntad educada en el esfuerzo, pero abierta también a gratificarse (al menos de vez en cuando). Sin este balance entre esfuerzo y gratificación perderíamos la salud mental. Por el contrario, si miramos en primera instancia la realidad a través de unos determinados valores morales, siempre estaremos simplificando esta realidad. En realidad, caeríamos en una rutina ideologizada de nuestra cotidianeidad, brillantemente criticada por Rubert de Ventós X (1996). La única manera de enriquecernos es con un esfuerzo continuado de razonar esta realidad, y también nuestras emociones, con cierta dosis de riesgo y creatividad. Y ello no debe hacernos caer en un predominio de «las razones del corazón»; (el lector interesado en una crítica del emotivismo puede consultar Rachels J, 2000; y la visión coincidente de Mosterín J, 2003).

La crisis como oportunidad de cambio

Por lo general, actuamos por proyección emocional. Cuando escogemos estos zapatos marrones y no estos negros, nos imaginamos llevando unos u otros, y recibiendo el eco emocional que esta fantasía nos provoca. Este eco emocional (lo que Damasio llama *marcador somático*, y que William James ya llamaba *huella corporal*) será fundamental para decidir el camino que tomo. A lo largo del día provocamos este eco emocional muchas veces. Cuando un profesional de la salud nos invita a «dejar de fumar», proyecta al paciente sobre una fantasía: una vida sin tabaco. Si sabe colorear esta fantasía de manera conveniente («¿se imagina usted sin la carga de tener que comprar cada día una cajetilla de tabaco?»), y llega a compartir las emociones que éstas despiertan, será persuasivo. Ahora bien, hay otro elemento clave en el proceso: que dicha persona perciba la necesidad de cambiar su mapa de gratificación. ¿Por qué tendría yo que dejar a éste mi mejor amigo llamado tabaco? Sólo hacemos un esfuerzo semejante si estamos en crisis. Crisis, como apunta García S (1997), se representa en chino con un ideograma compuesto por el signo de caos y esperanza. Si queremos afrontar las crisis con ánimo de superarlas lo primero es convencerse de que son oportunidades de crecimiento.

La enfermedad propia o de un amigo es una de estas crisis. Resulta relativamente fácil abordar un fumador que tiene una reagudización de su bronquitis: en tales ocasiones, escogeremos una de las modalidades de influencia (consejo, orden, persuasión...) en función del paciente y el contexto clínico (tablas 5.9 y 5.10). Siguiendo el HBM, a mayor gravedad de la enfermedad, mayor eficacia de la intervención, como se demuestra en el estudio de Fernández A (2003). El problema reside cuando hay una *discrepancia* entre la visión del profesional y la del paciente. Ésta puede revestir todas las formas enumeradas en la tabla 5.11.

Estas discrepancias, si se mantienen, nos conducen necesariamente a una negociación. Bien es verdad que tratamos, en primer lugar, de *negociar la negociación*, es decir, tratamos de convencer al paciente de que debe compartir los términos de la crisis tal cual se la presentamos. Si tenemos éxito puede que no sea necesario negociar, puede que el paciente no llegue a *posicionarse*, y ceda. Pero puede que insista, y en tal caso debemos saltar de la mera persuasión a las habilidades de negociación. Para hacer un juego de palabras: negociada la negociación, y empecinado el paciente o el profesional en su demanda, acabaremos imponiendo, cediendo, aparcando el tema o esquivándolo con la esperanza de retomarlo con ventaja. Pero todas estas opciones no dejan de ser «negociación». Y justamente una *caracte-*

Tabla 5.11.
Discrepancia entre profesional y paciente

-
- En la naturaleza del problema. Ejemplo: el paciente define su problema como *articular*, y el profesional como *depresión mayor*.
 - En los objetivos que conseguir. Ejemplo: el paciente desea incorporarse al trabajo y el profesional saber cuál es exactamente la arteria coronaria obstruida.
 - En los métodos que usar para afrontar el problema. Ejemplo: el paciente desea un *braguero* y el profesional quiere intervenir *quirúrgicamente*.
 - En la relación establecida. Ejemplo: el paciente desearía un profesional más cordial y que le diera más explicaciones, y el profesional un paciente más conformado a sus indicaciones.
 - En los roles que cada uno quiere desempeñar. Ejemplo: el profesional quiere «mandar» y el paciente sólo quiere un consejo y decidir por su cuenta.
-

rística del entrevistador es la agilidad para reconocer que ya no está en la modalidad persuasiva, sino que se ha impuesto la de negociación.

Y aún así, ¿de verdad negociamos en las consultas?

Hay una resistencia psicológica para reconocer los conflictos. Preferimos imaginar que estamos en buena concordia, porque asimilamos conflicto a enfrentamiento, y enfrentamiento a hostilidad. Por esta razón se producen negociaciones por deslizamiento que en realidad son claudicaciones. Le llamamos *fenómeno de la expectativa insinuada*. Por ejemplo, el paciente insinúa que desea un ansiolítico para dormir, y el profesional se lo facilita para evitar una situación que prevé tensa. Le produce pereza y/o miedo activar sus emociones, «tensar la cuerda». El fenómeno también se da en sentido inverso: el profesional manifiesta reticencias y el paciente deja de insistir, para no enojarle.

Uno de los propósitos confesos de este libro es precisamente dar confort al entrevistador en este tipo de situaciones. Ello puede lograrse con unas técnicas concretas bien asimiladas, algo así como protocolos de conducta ampliamente abordadas en este libro. Pero todo falla si no se integra con las emociones correctas que deben acompañar, o mejor, presidir, el proceso de negociación.

En primer lugar, el entrevistador debe estar imbuido de que el paciente tiene derecho a discrepar. Debe activar su paciencia y curiosidad ante las muestras de duda, lo que llamábamos *respuesta evaluativa*. Esta curiosidad debe ser genuina. Una vez el paciente puede expresar sus opiniones y, mejor aún, si éstas son legitimadas por el profesional («ha hecho muy bien en decírmelo»), el paciente estará más abierto a un diálogo provechoso. No olvidemos otro fenómeno: el *conflicto desplazado*. El paciente se opone a una determinada medida terapéutica pero en realidad está quejándose de una relación interpersonal insatisfactoria (Lazare A, 1995). Otro conflicto desplazado sería el paciente crónico que decide suspender la ingesta de pastillas porque en el fondo está enfadado con su enfermedad. Conocer estas posibilidades debiera hacernos más pacientes.

En segundo lugar, el entrevistador tiene que tener una predisposición a ceder, a buscar el «todos ganan» (Fisher R, 1999), distinguiendo lo que él/ella cree fundamental, de lo que cree accesorio. Hemos insistido en que debe poner en la ecuación el precio de la confianza, un intangible cuyo valor a lo largo del tiempo puede empalidecer cualquier cálculo.

En tercer lugar, tiene que distinguir el tema objeto de negociación de la persona con la que discrepa. El paciente no tiene por qué ser el «buen» paciente que nosotros idealizamos, dócil, educado, de verbo claro y conciso. Debemos aprender a estimar, o al menos a respetar, a las personas como éstas son.

Todas estas normas persiguen algo muy sencillo: negociar de manera relajada. Justamente lo contrario de lo que sucede en la vida cotidiana.

Trabajar con las emociones y sentimientos del consultante

Hemos mencionado en diversos lugares la importancia de la empatía, la paciencia como condicionante de la respuesta empática, y el hecho de que cualquier negociación se desarrolla sobre un fondo emocional que lo condiciona de manera decisiva. Sin embargo, con estos comentarios no tenemos aún suficiente profundidad. Resulta que a veces los contenidos formales que discutimos con los pacientes carecen totalmente de importancia, y que, en realidad, estamos dilucidando emociones y sentimientos soterrados.

Las emociones son juicios rápidos sobre la realidad (Marina JA, 1996, 1999). Vemos una serpiente y nos asustamos. Los sentimientos, en cambio, son reacciones fisiológicas que dotamos de contexto. Puede que sintamos una activación fisiológica cuando nos rela-

cionamos con una persona del sexo contrario, y a eso algunas veces le llamamos amor (o, según el tipo de reacción, simpatía, odio, irritación o rechazo, entre otras posibilidades). Toda relación humana está bañada en sentimientos a veces ambivalentes, a veces de duración inapreciable, otras veces (por el contrario) tan importantes que marcan nuestras biografías. Es necesario tener algo así como una sistemática de análisis, y aplicar una voluntad (testaruda) para percibir estas emociones y sentimientos que se dan en la relación asistencial. Lo que pudiéramos llamar comunicación formal (las palabras), son un fuerte ruido que a veces esconde los sentimientos que la originan.

Un ejemplo interesante de ello es este momento mágico en que una enfermera se dispone a extraer una muestra de sangre a un paciente. El paciente entra temeroso, tratando de adivinar si «esta» enfermera que le ha tocado en suerte es suficientemente ducha. La enfermera capta la mirada del paciente y sonríe, y de inmediato empieza a hablar en tono amable y seguro. Hay un forcejeo inaparente para ver cuál es la emoción que se instalará, si el miedo o la confianza en esta sonrisa. Pero todo sucede tan rápido que el paciente piensa: «me relajaré y este instante pasará como si fuera un paréntesis en mi vida». El profesional, mientras tanto, continúa imperturbable, y en ello reside buena parte de su capacidad para generar confianza. Sabe cómo debe sentirse para inducir este sentimiento en el paciente.

Por todo lo dicho el primer interrogante que despejar es: ¿qué siento ahora con este consultante? Por supuesto no siempre esta pregunta es relevante, pero cuanto más discomfort tenemos, tanto más importa entender su origen. Puede ser el contenido de la relación, lo que nos pide el paciente, o lo que supone(mos) que debemos darle y no somos capaces de darle (p. ej., algo que le cure), entre otras posibilidades. También ocurre que esta relación despierte en nosotros el recuerdo de otras relaciones desagradables. Es lo que Freud llamaba, en sentido estricto, *transferencia*, aludiendo a que transferimos sentimientos pasados a la relación presente a veces por simple asociación de ideas. Pero también a veces nos contagiamos de la tensión o las emociones del propio consultante, o el paciente activa en nosotros sentimientos de culpa, miedo o compasión, entre otros, de manera consciente, deseando reproducir en nosotros estos sentimientos.

El segundo interrogante que despejar es, precisamente: ¿se originan estos sentimientos de manera primaria en mí, o son un reflejo/contaminación de sentimientos que me vienen del paciente? Marcar una frontera entre «lo mío» y lo del otro preserva nuestra manera de estar. «El paciente está nervioso/triste/irritable, pero yo no tengo por qué estarlo, es más si me contamina de dicho sentimiento podré ayudarle menos.» He aquí lo que Salzberg-Wittenberg I (1970) define como distancia terapéutica: este no reaccionar de manera inmediata, simpática, para darnos la oportunidad de pensar con mayor claridad.

Una vez hemos reconocido los sentimientos míos y del otro debemos proceder a dos movimientos simultáneos: legitimarlos y redefinirlos (en la literatura inglesa: *reframing*).

Todo el mundo tiene derecho a tener los sentimientos que tiene, y no hay nada más absurdo que negarlos, porque una y otra vez irrumpirán en la vida psíquica de la persona. Quien por el contrario está dotado de una sinceridad o transparencia, hacia sus propios sentimientos, tiene mucho de ganado, porque podrá elaborarlos. El pudor o vergüenza suele ser una fuerte barrera para este reconocimiento (he aquí el concepto freudiano de represión cultural), y la persona se defiende con artimañas: negando, sublimando estos sentimientos hacia una tarea con un significado simbólico contrapuesto, creando incluso malestares somáticos, etc. Cuando de manera parsimoniosa (incluso cariñosa), el clínico da permiso al paciente para que estos sentimientos puedan ser hablados, aquella ansiedad oscura y que tanto desasosiego nos producía deviene ansiedad concreta, algo tal vez desagradable, pero que al menos puede asirse y cambiarse. Este afloramiento de lo oculto produce una repentina serenidad, aunque el problema subsista.

Viene entonces el segundo movimiento: redefinir o reencuadrar (*reframing*) el sentimiento. Para ello debemos preguntarnos: ¿es esta manera de afrontar la situación, o una experiencia vital, la única posible?, incluso: ¿sería ésta la manera como yo respondería? A veces el propio paciente puede recordar otros momentos de su biografía en los que fue capaz de responder de otra manera. Estas experiencias tienen un valor enorme: es la propia biografía del paciente quien le muestra otras maneras de responder o de estar en la vida. Por el simple hecho de recordarlas, o de imaginarlas, estamos dando al paciente un grado de libertad del que no disponía, y le damos la posibilidad de convertir las dificultades en oportunidades (Arranz P, 2003).

Negociar la naturaleza de los síntomas: pacientes aprensivos

Una de las situaciones más delicadas se produce cuando médico y paciente tienen una visión distinta del problema que tratar. Esta situación se produce con pacientes aprensivos o francamente hipocondríacos. En ocasiones el profesional enfatiza su seguridad clínica de esta suerte:

Dr.: Te he mirado, Antonia, con toda la mala idea de encontrarte alguna cosa, y la verdad es que estás llena de salud por los cuatro costados.

Esta intervención pretende tres cosas:

- Dar garantías al paciente de que el proceso evaluativo ha sido escrupuloso.
- Indicarle la voluntad inicial de «encontrarle algo».
- Afirmar con la misma rotundidad que «todo está normal».

Sin embargo, no recoge el sufrimiento del paciente, más bien parece que lo niega. No puede extrañarnos que obtenga la siguiente respuesta:

P: Doctor, yo no digo que tenga nada malo, pero alguna cosa habrá para que me encuentre como me encuentro.

En este punto de la entrevista el médico tiene que tener las ideas muy claras. Si persiste en esta línea, puede que intente interpretar las ansiedades del paciente de esta suerte:

E: «Vamos a ver, en el fondo tú si piensas que puedes tener algo malo, no nos engañemos». Para más tarde aplicar un modelo de enfermedad mental muy primitivo, según la cual: «Estas manías puedes quitártelas de la cabeza con sólo proponértelo».

Este mismo modelo conduce a decir cosas del tipo: «si cada día salieras a dar un paseo mejoraría de la depresión».

Observemos esta otra secuencia:

Dr.: Te he mirado, Antonia, con toda la mala idea de encontrarte alguna cosa, y la verdad es que estás llena de salud por los cuatro costados.

P: Doctor, yo no digo que tenga nada malo, pero alguna cosa habrá para que me encuentre como me encuentro.

Dr.: En efecto, hay cosas que duelen y molestan sin que sean malas. Hemos de tomarnos en serio lo que nos dices, porque además algo así ya nos comentabas hace 10 años.

P (extrañada): ¿Hace 10 años?

E: Sí, casi lo mismo (leyendo del historial): «mucho dolor en la barriga y en todo el cuerpo, con miedo a tener una enfermedad grave».

El entrevistador inicia la entrevista de la misma manera. Hubiera sido preferible evitar una negación de enfermedad, como hemos comentado más arriba, pero hemos querido ponerle en las mismas condiciones para demostrar la plasticidad de cualquier entrevista. En efecto, es posible «salvar» y reconvertir una mala entrevista en otra de buena (Platt F, 1992). En esta ocasión, el entrevistador salva la entrevista al legitimar los síntomas, empatizar y crear un espacio para poder negociar la significación de los mismos. Es imposible negociar en un clima de tensión. El primer deber de un buen negociador es crear el clima pertinente.

Al reinterpretar y desdramatizar las molestias del paciente en función de su historial previo, de nuevo ensancha su margen de maniobra. Observe la siguiente maniobra:

E: En realidad entonces, y también ahora, encontramos algunas causas para estas molestias. Por un lado, algunos tipos de alimentos no te acaban de sentar bien, y por otro lado la falta de elasticidad de las fibras musculares. Ahora bien, estas molestias que otras personas aguantan más o menos bien, en tu caso activan la ansiedad, el miedo a la incertidumbre, el «¿qué será?». A este miedo o ansiedad le llamamos aprensividad.

P: O sea, que soy aprensiva.

E: Eso me parece... ¿no te lo parece a ti?

El miedo acostumbra a amplificar cualquier molestia corporal hasta el punto de hacerlo insoportable. Los pacientes acuden al médico no sólo para aliviar estas molestias, sino también para una suerte de exorcismo moderno que mantiene una de las claves del pensamiento mágico: **dar nombre al padecimiento**, y por extensión, dar controlabilidad. Cuando damos nombre al padecimiento hasta cierto punto lo estamos dominando (o en todo caso nos parece que le ponemos el cascabel al gato, en un sentido simbólico profundo), como sería el caso en la entrevista que analizamos. Evite mencionar la palabra «hipocondría», pues es un término con connotaciones negativas.

El abordaje de este perfil de pacientes puede incluir otras varias maniobras que son específicas del abordaje de la hipocondría:

- Identificar factores de mejora que en otros momentos de la vida puedan haber funcionado de manera espontánea.
- Proponer estrategias para redireccionar la atención, esto es, provocar menos «atención hacia dentro», y más «atención hacia fuera».

En resumen, este perfil de pacientes requieren siempre una amplia abanico de técnicas de negociación y reatribución, entre otras:

- Necesidad de crear un clima adecuado de negociación.
- Abstenerse de negar los síntomas.
- Acordar un nombre para el padecimiento. Por ejemplo: aprensividad, «cuerpo muy sensible a los cambios», etc.
- Reinterpretarlos en función de este nombre, y desdramatizarlos.
- Pactar exploraciones complementarias (si dichas exploraciones son necesarias, y a veces lo son) sin asumir riesgos innecesarios.
- Proponer un plan realista para no curar, pero sí mejorar, el padecimiento.

Pacientes difíciles, o el honor en juego

Cuando nos sentimos despreciados, impugnados o tratados de manera irrespetuosa, los profesionales acostumbramos a reaccionar de manera airada. ¿Hay para tanto? ¿O es que somos especialmente sensibles? No podemos evitar sentirnos traicionados cuando un paciente entra en la consulta y nos echa unos cartones para increparnos de esta suerte: «vea lo que me ha dado el médico de pago para estas molestias que usted no acertaba a mejorarme. Las debo a la farmacia». ¿No sería el menosprecio del paciente, incluso su malevolencia, uno de los límites para nuestra paciencia?

No vayamos a idealizar a los pacientes por el hecho de ser pacientes. Hay personas incapaces de ver el lado bueno de la vida, o que desplazan sus frustraciones hacia la enfermedad, y no sólo eso, sino que exigen a los profesionales de la salud que les aliviemos tantas penalidades, que les demos algo de esta felicidad que ellas mismas se niegan. Estas personas en su rol de pacientes nos producen malestar, y justamente por ello les pondremos la etiqueta de pacientes difíciles. Por lo general, son personas con *locus* de control externo, es decir, los conflictos que sufren siempre se deben a factores externos, como externas son las soluciones que deben orquestarse para solventarlas. También suele ayudar conocer la especial biografía que les ha llevado a donde están. Es aquí donde un conocimiento de los perfiles de pacientes problemáticos (tabla 5.12) y cómo afrontarlos, ofrece muchas ventajas al entrevistador experto (Mathers N, 1995).

En el estudio de Mas X (2003) se encuentra una prevalencia del 0,7 % de este tipo de pacientes, los cuales generaron un 2,3 % de las consultas totales. Todos los médicos del estudio tuvieron pacientes difíciles, pero les sorprendió encontrar menos de los que preveían. Como apuntan los autores: «la explicación a este hecho viene dada por un fenómeno de progresiva adaptación mutua a lo largo del tiempo: "... con el tiempo los quiero", "... creo que se llega a una entente entre los dos"».

El perfil del paciente encontrado fue el de una mujer pasiva-dependiente (41 %), con estudios primarios (62 %), jubilada (35 %), casada y con hijos (35 %), con dos o más patologías médicas (74,4 %) y al menos una psiquiátrica en un 40,2 %.

La tipología de la tabla 5.12 puede completarse según el tipo de emoción que predomina en el entrevistador. Así, los *pacientes dependientes* generan cansancio («son como lapas») y aversión («¡otra vez aquí!»), pero a veces también emociones positivas («necesita de mí»), (Bellón JA, 2002). Los *pacientes exigentes*, más bien miedo e inseguridad («no se qué hacer»). Los *manipuladores*, sentimientos de desagrado, disconfort en el trato («no me gusta como me habla/trata»), no exento de culpa («¿por qué no será capaz de solventarle este problema?») y a veces baja autoestima («¿será verdad que soy incompetente»). El *negador* despierta agresividad («¿por qué me viene si no hace lo que le digo?»). Los años de experiencia profesional no atenúan la dificultad, aunque ajustemos mejor las respuestas y disminuya probablemente el porcentaje de pacientes difíciles (Bellón JA, 2002; Mas X, 2003; Jackson JL, 1999). Tal vez en ello influya, como apunta Bellón JA (2002), que con la experiencia se hacen más raras las respuestas emocionales de tipo paranoico («viene a aprovecharse de mí»), de hostilidad («debo echarle una bronca»), o evasivo («¿paciente difícil?, pues lo derivo»). En especial serían las emociones ligadas a falta de control las que dan lugar a percibir la carga de trabajo como «pesada», siendo un precursor del médico quemado (Bellón JA, 2002). Vale la pena destacar la coincidencia de estos estudios en el sentido de que el entrevistador experimenta más impotencia que culpa, siendo las mujeres más propensas a este último sentimiento. Los profesionales que experimentan tristeza derivan más (Bellón JA, 2002), como si fuera una respuesta a su desesperanza, a un «yo no lo solventaré».

¿Cómo respondemos a los pacientes difíciles? Podemos agrupar las respuestas en las

Tabla 5.12.
Perfiles de pacientes problemáticos

Por el tipo de problema:

- Enfermedad mental.
- Drogodependientes.
- Por su manera de ser, personalidad (v. más adelante).
- Pluripatológico.
- Somatizadores.
- Reto diagnóstico.
- Relación establecida disfuncional.

Por las emociones intensas en la relación establecida:

- Agresividad.
- Miedo.
- Frustración (sobre todo del profesional).
- Desconfianza (tenemos la impresión de que no nos dice todo lo que debiera), expresa dudas acerca de lo que le decimos.

Por la manera de ser del paciente:

- Pasivo-dependiente: grandes demandantes, acuden por problemas nimios, como si tuviéramos que resolverlo todo. Poca autonomía.
- Exigente-agresivo: se muestra hostil, amenaza con reclamaciones, aires de superioridad, intenta intimidar.
- Manipulador-masoquista: a veces se presentan dando pena, otras veces predomina el componente seductor; las molestias que tiene pueden señalar un conflicto desplazado, por ejemplo, malos tratos domésticos u otro tipo de insatisfacción; hagamos lo que hagamos «eso no va bien, no hay nada que hacer, estoy igual sino peor».
- Autodestructivo: niega la enfermedad, o niega las posibilidades de tratarla, aunque suele trasladarnos un fuerte sentimiento de culpa por ello.

llamadas «naturales», realizadas por profesionales sin entrenamiento en comunicación, y aquellas que puede desarrollar un profesional adecuadamente entrenado.

Respuestas naturales

- a) Derivar y pedir pruebas. Es la más sencilla pero también la menos efectiva. El paciente se marcha de la consulta aparentemente satisfecho pero regresa con tratamientos inapropiados que obligan a nuevas negociaciones.
- b) Descargas «catárticas». De vez en cuando el profesional «estalla» y desplaza su irritación hacia una falta de adherencia o bien hacia otro detalle de la conducta del paciente, con la idea, consciente o no, de provocar un «repliegue» en sus exigencias.
- c) Contenerse hasta sufrir. El profesional opta por aguantar e ir tirando, renunciando a intervenir de manera resolutive: «iré aguantando sin ponerme nervioso/a, aunque esté a punto de estallar».

- d) Conductas resolutivas. El profesional trata de ofrecer alivio con medidas cada vez más agresivas, lo que Balint llamaba «furor terapéutico».

Respuestas propias de un entrevistador entrenado

- a) Conocimiento de nuestras zonas de irritabilidad. Ante todo el entrevistador experto conoce el perfil de pacientes que le pone nervioso/a, y contrarresta el estereotipo.
- b) Estrategia biográfica. En algún momento de la relación el profesional averigua la cronología de las molestias y cómo el paciente ha llegado a su situación actual. Puede servir también averiguar lo que opinan los familiares, o pedirles que nos describan la evolución vital del paciente.
- c) Estrategia confrontativa. El profesional, en un tono que evita antagonizar al paciente, plantea de vez en cuando: «¿a qué cree que es debido?», «¿con qué relaciona todo lo que le ocurre?, e incluso: «¿conoce a personas con tantos achaques como tiene usted?, ¿a qué cree que es debido?». También sirve para regular el clima de la relación: «¿cómo es que siempre que viene está tan serio, y nunca sonrío?, ¿es así en su vida cotidiana?».
- d) Estrategia integradora. En un determinado momento de la relación presentamos los hechos tal como los hemos elaborado, dejando que sea el propio paciente quien establezca la relación entre un sufrimiento moral (derivado, p. ej., de malos tratos domésticos), y un dolor somático. Otras veces provocaremos esta síntesis con otras técnicas.
- e) Estrategia acotadora/sintomática/negociadora. De todas maneras el entrevistador experto sabe lo muy limitadas que son las técnicas anteriores, y que muchos pacientes van a requerir una serie de mensajes destinados a señalarles lo que para nosotros es soportable. Por ejemplo: «no olvide Sr./a V que tengo dos mil pacientes más»; «por favor, quiero verla dentro de un mes, pero antes no, porque este tratamiento no habrá tenido tiempo de actuar», «le cambio estas dos medicinas por esta otra que hace el efecto de las dos anteriores», etc. Será perfectamente lícito aplicar una respuesta sintomática para cada queja, sin tratar de psicologizar a pacientes resistentes.

Pero volvamos a la pregunta inicial: ¿hasta dónde tenemos que aguantar? Tanto más el profesional se entrega a un paciente, tanto más se verá sorprendido por un comentario desabrido, del tipo: «usted es un incompetente; si tuviera la menor idea de su profesión, hace meses que estaría curado». Una parte de estas situaciones extremas pueden salvarse con elegancia siguiendo algunas normas:

1. No entre al trapo. Siga su propio plan sin inmutarse, y ejerza su autoridad sobre los temas que considere incuestionables.
2. Sepa decir «no» de manera completamente creíble y sin activación emocional. Eso evita muchas discusiones y sinsabores. Tenga una idea clara de las cosas que a su entender no pueden concederse. Apele a una autoridad superior: «esto lo tenemos prohibido completamente».
3. Acoja las situaciones donde se vea impugnado (p. ej., el paciente opina que nos hemos equivocado) como un reto. No se ponga a la defensiva. Analice la situación con la cabeza despejada («preferiría que me viniera la semana que viene para estudiar mejor su caso»), o devuelva la pelota: «usted piensa que he hecho poco por su salud... ¿qué propone hacer?» Si el paciente ha vuelto y se pone en nuestras manos, es que nos da una segunda oportunidad.
4. La técnica notarial (v. anteriormente), y el recurso de replantear la continuidad de la relación requiere siempre hacer un balance. No se deje llevar por el primer impulso. La rela-

ción que a usted le parece insatisfactoria tal vez tenga valores encubiertos que la hagan socialmente valiosa, y este paciente puede ponerse a riesgo de iatrogenia si cambia de terapeuta.

Elasticidad de los acuerdos y discrepancias

No deberíamos olvidar que en todo el proceso de negociación los profesionales estamos «jugando en campo propio». El paciente puede simular un acuerdo, e incluso creérselo durante cierto tiempo, sencillamente porque no se atreve a mostrar sus posiciones divergentes. La falta de asertividad está en la base de la *conformidad simulada*.

Otras veces el paciente obedece por imperativos personales: está obligado a mantener cierta imagen de «sí mismo», aunque interiormente no haya cambiado su mapa de gratificaciones. Sería el caso de un obeso obligado por la presión del entorno a adelgazar, pero con una gratificación enorme hacia la comida, que le lleva a estar íntimamente convencido de que se encuentra más fuerte y alegre con «unos kilos de más». Tarde o temprano las creencias de fondo debilitarán las normas que se autoimpone, y volverá a engordar, aunque ello le lleve a menospreciarse («soy incapaz de seguir una dieta», «me miran con desprecio», etc.).

El fenómeno de *conversión inaparente* sería un desacuerdo que, en realidad, no es tal. Imaginemos a un paciente que en apariencia se mantiene «en sus trece», decidido a no dejar el tabaco «pese a lo que pese». Sin embargo, al cabo de unas semanas, él mismo se sorprende defendiendo en una reunión de amigos que «si fuéramos sensatos dejaríamos de fumar». A los pocos días decide unilateralmente que «soy un tonto si sigo fumando y enriqueciendo a cuatro multinacionales a costa de mi salud», y efectivamente logra deshabituarse sin ayuda del equipo sanitario. Esta situación se debe, por lo general, a un orgullo mal entendido, aunque interiormente admita que su contertulio «tiene razón».

¿Y cuando el paciente escoge la peor opción posible?

El uso democrático del saber, como apunta Rorty R (2000), es organizar las instituciones sociales para que las personas alcancen su plenitud. Es curioso constatar que éste era precisamente el desideratum de Aristóteles cuando hablaba de la ética y su fin: el desarrollo de las potencialidades del ser humano (Aristóteles, 2002). Un profesional de la salud participativo y amigo casa bien con este ideal. Pero las personas somos muy diferentes entre nosotras... Algunas personas no desean cambiar, ni ser más autónomas. Aparece entonces un detalle que suele pasar desapercibido: la bondad de un sistema de salud no reside tanto en que todos los profesionales tengan una misma manera de entender la relación asistencial, sino a que dentro de ciertos márgenes, los pacientes puedan escoger al profesional y al equipo de profesionales que se adapten mejor a sus necesidades y expectativas. En realidad eso es lo que sucede de manera natural, ¡bienvenida sea la diversidad de estilos! La crítica al paternalismo no debiera ser tanto una crítica a que existan determinados profesionales paternalistas, sino a que una mayoría de profesionales se *enquisten* en un estilo paternalista. Lo ideal sería que cada profesional pudiera adaptarse a la relación más eficaz con cada paciente para lograr los objetivos de salud.

Ahora bien, lo que marca *auténticas diferencias* entre los profesionales de la salud no es tanto el uso del *poder* como su *compromiso con el sufrimiento del paciente*. ¿Sabemos compartir el sufrimiento? Estos aspectos emocionales son los más valorados por el paciente (Jovells A, 2001). Discutir, reñir, persuadir, negociar... todo tiene cabida cuando lo hacemos *para* el paciente. Y bueno es que haya profesionales con distintos estilos para que la gente escoja al que mejor se adapte a sus querencias.

Vale la pena que profundicemos algo más en los retos que la sociedad democrática pone sobre la profesión del curar y del cuidar. En el uso democrático del saber, el clínico, en tanto

que experto, pone sus conocimientos para que un paciente (o ciudadano) pueda aprovecharlos para su beneficio, y este beneficio lo decide él mismo. ¡No está mal el reto! Se nos pide influenciar como expertos sobre individuos a los que debemos respetar incluso cuando claramente su decisión les perjudicará... ¿Siempre? ¿Podemos consentir que una anciana no se opere sencillamente porque se empeña en ser coherente con una promesa que cierta vez hizo a sus familiares («¡yo no me dejaré operar a partir de los 65 años!»), sabiendo además que esta operación puede salvarle la vida? Aparece un último recurso, desesperado, heterodoxo, siempre excepcional y por tanto marginal: el *privilegio terapéutico*. El privilegio por el cual somos descaradamente paternalistas e imponemos una solución porque exoneramos al paciente (sin posible réplica por su parte) del deber de decidir. Y lo hacemos porque creemos sincera y honestamente que no puede decidir con sensatez, y que el camino que nosotros elegimos por él es claramente beneficioso para él, y para preservarle la vida o su dignidad.

He aquí una vuelta al paternalismo por la puerta trasera, un paternalismo justificado e incluso diríamos imprescindible y valiente en determinadas situaciones. Un paternalismo que sólo puede sostenerse por la recta intención de quien lo aplica. Esta recta intención consiste en no confundir nuestros deseos con la realidad. Nuestros deseos en situaciones extremas como puede ser un paciente que no quiere operarse, es poder etiquetar a este paciente como incompetente para aplicar el privilegio terapéutico con la sensación de *no hacer trampa*. Pero a veces la amarga realidad es que el paciente sí es competente, y sencillamente se equivoca. En tales casos bien pudiera ocurrir que el paciente desee sobre todo preservar su vida, y que su negativa se deba a factores espúreos (¡tantas veces ligados a un comentario desafortunado, o al amor propio de afirmarse incluso en el error!), pero que, en el corto plazo de tomar una decisión «ahora», resulten trágicamente determinantes. A veces una paciente tarea persuasiva puede «darle la vuelta». En el ejemplo referido anteriormente de una anciana que rehúye ser operada, la frase clave para que finalmente aceptara la operación fue: «no es exactamente una intervención quirúrgica, llamémosle abrir el abdomen y mirar dentro» (Broggi MA, 2003). ¿Engaño o persuasión? Si ambos actores «sabían» que sorteaban una dificultad semántica con un uso forzado del lenguaje («abrir y mirar» por «intervención quirúrgica»), estaban creando una complicidad sin tintes de mentira. Si la paciente no era capaz de seguir el razonamiento, pero percibía que el médico le pedía su confianza y se la otorgaba, tampoco era engañada. El médico hubiera engañado si con artificio de lenguaje hubiera oscurecido la realidad y, apareciendo como lazarillo en la penumbra, la paciente se hubiera agarrado a él más por miedo a su ira que a la propia muerte anunciada. El clima emocional, más que las palabras, nos dan la clave de lo que allí sucedió, y si por el clima nos regimos convendremos que el primer escenario (complicidad) es el que mejor se ajustaba.

Ahora bien, no siempre tenemos tanta fortuna... ¿Y si a pesar de todo la paciente se hubiera negado a operar? ¿Hemos de atender impasibles a la muerte de un ciudadano (cuando éste tenía una enfermedad curable) porque hemos sido víctimas de una moda llamada «consentimiento informado»? Por un lado, no sería coherente que diéramos un paso atrás en el grado de libertad ganado por el individuo frente a las instituciones (Rubert de Ventós X, 1996), pero por el otro hay que admitir que no todo el mundo está preparado para comprender el alcance que un «sí» o un «no» puede tener sobre su vida. Por ello afirmamos que hoy día ejercer el privilegio terapéutico es un *acto de valentía* (en absoluto vergonzante), siempre que se ejerza desde una profunda reflexión, a poder ser compartida con otros colegas y los familiares del paciente. Los seres humanos tenemos una capacidad limitada de decidir racionalmente, sobre todo cuando estamos inundados por las emociones de una situación concreta. Otras personas de nuestro entorno pueden complementar esta decisión con una mejor percepción de nuestros intereses.

Recordamos el caso de una paciente que se negó en redondo a ser intervenida de un cáncer rectal por miedo al quirófano, cuando dicha intervención podía ser curativa. Al cabo de varios meses padeció una fractura de fémur, pero en esta ocasión el cirujano fue un simpático y asertivo profesional que vino a decirle «hay que hacer eso, firme aquí». La paciente firmó sin rechistar, y se le realizó un recambio de cadera ignorando que tenía el cáncer de recto ya muy extendido. La paciente apenas usó la prótesis, pues falleció al poco tiempo de dicho cáncer. El primer cirujano acertaba en el tratamiento propuesto pero erró en el estilo (o, sencillamente, no tuvo suerte en el acto de persuadir). El segundo acertó en el estilo de comunicación, pero se equivocaba en la terapia. El precio de ensanchar la libertad del individuo es observar con impotencia el daño que puede producirse ¿Qué pensaremos dentro de algunas décadas de estas situaciones? Lo ignoramos, pero ojalá si se produce una decisión del paciente que consideremos errónea no sea acogida por el profesional con un frío: «allá él, para eso tiene libertad, para equivocarse». Si la bioética llega a crear la ficción de que este tipo de decisiones pueden resolverse sin dolor moral, habrá creado un cisma muy peligroso con los sentimientos y el sentido común. Si, por respetar la autonomía, llegamos a barrer todo intento de beneficencia, es que estamos en una sociedad donde las personas han dejado de importar, aunque se respeten *formalmente* sus derechos.

Sumario

El modelo de influencia interpersonal, coherente con el Health Belief Model, describe cuatro modos de influencia (consejo, persuasión, negociación y orden) que se pueden dar a nivel explícito o a nivel inaparente.

Ante un paciente que da señales de duda el profesional debe aplicar una respuesta evaluativa, y permitir la expresión de creencias y expectativas. Conocer en qué puede y en qué no puede ceder le da mayor seguridad.

Algunas de las técnicas importantes en negociación son:

- Detectar expresiones de dudas y en todo momento controlar el clima emocional, respuesta evaluativa y exploración de creencias, legitimar la discrepancia, crear un espacio para contraponer argumentos, cesión real, intencional, condicional y diferida.

Una vez el paciente se ha posicionado resulta relevante:

- El contraste de ideas, reconversión de ideas y exploración de consecuencias.
- Campo y listón de negociación; reconducción por objetivos.
- Cómo decir que no, y otras técnicas de menor importancia.

Existen estrategias de persuasión adaptadas a los perfiles del paciente (recuerde los 4 ases), e incluso para pacientes «acorazados»: modelado de conducta, consejo inoculado, persuasión motivacional y negociación por deslizamiento.

Gestión del tiempo

También negociamos el tiempo destinado a cada paciente. La técnica de la epícrisis abierta permite una rápida integración de la información contenida en la historia clínica. Paradoja de la prisa: cuanto más deprisa queremos ir menos el paciente colabora en agilizar la consulta. Paradoja del gestor ingenuo: penaliza al profesional que se atrasa sobre el horario, sin darse cuenta de que justamente se trata de un profesional que se toma molestias con sus pacientes.

Galería de situaciones

- Pacientes que no quieren coger el alta. Hemos examinado diversas estrategias.
- Pacientes aprensivos. Hemos examinado diversas técnicas de abordaje.
- Pacientes difíciles. Tipología básica:
 - Pasivo-dependiente.
 - Exigente-agresivo.
 - Manipulador-masoquista.
 - Autodestructivo.

Respuestas naturales: a) derivar y pedir pruebas; b) descargas «catárticas»; c) contenerse hasta sufrir, y d) conductas resolutivas.

Respuestas propias de un entrevistador entrenado: a) conocimiento de nuestras zonas de irritabilidad; b) biográfica; c) confrontativa; d) integradora, y e) acotadora/sintomática/negociadora.

Bases éticas de la influencia. Estamos legitimados para influir sobre el paciente, pero, ¿cuáles son los límites a su libertad? No hay en estos momentos una respuesta totalmente satisfactoria, y sólo el análisis de cada situación puede arrojar algo de luz.

Bibliografía

- Ali NS. Prediction of coronary heart disease preventive behaviors in women: a test of the Health Belief Model. *Women Health* 2002; 35(1): 83-96.
- Anderson LA, Zimmerman MA. Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management. *Patient Education & Counseling* 1993; 20(1): 27-36.
- Arborelius E, Timpka T, Nyce JM. Patients comment on video-recorded consultations –the «good» GP and the «bad». *Scand J Soc Med* 1992; 20: 213-216.
- Aristóteles. *Ética par Nicómaco*. Madrid: Alianza Editorial, 2002.
- Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. *Intervención emocional en cuidados paliativos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003.
- Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.
- Bellón JA, Fernández-Asensio ME. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Education and Counseling* 2002; 48: 33-41.
- Berne E. *Transactional analysis in psychotherapy*. Nueva York: Grove Press, 1961.
- Berne E. *What do you say after you say hello?* Nueva York: Grove Press, 1972.
- Bonet A, Navarro J. Efectividad de la relación médico-paciente. En: Merino J, Gil VF, Orozco D, Quirce F, eds. *Medpac. Curso de Relación médico-paciente*. Madrid: Ergón, 2003.
- Borrell F. «Doctor, yo no estoy para trabajar.» *FMC* 1995 2(9): 503-504.
- Borrell F. *Incapacidad Temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión*. Documento semFYC n.º 12. Barcelona, 1999.
- Borrell F. Aprendiendo a tomar decisiones: ¿me da la baja, doctor? *Tribuna Docente en medicina de familia*. 2001; 5(2): 9-18.
- Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Atención Primaria* 2001; 27(5): 343-345.
- Broggi MA. El valor oculto en la relación asistencial. *Med Clín (Barcelona)*, 2003 (en prensa).
- Camasso MJ, Camasso AE. Practitioner productivity and the product content of medical care in publicly supported health centers. *Soc, Sci Med* 1994; 38(5): 733-748.
- Cebrià J, Corbella S. La síndrome del burnout. El pes de la personalitat. *Annals de Medicina*. Abril 2001; 84: 90-92.
- Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, Rodríguez C, Pardo MJ, Pérez J. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*. Abril 2001. 27(7); 459-468.
- Cebrià J. El burnout como fracaso de los recursos de adaptación internos. *Dimensión Humana, semFYC* 2002; 6(1): 21-26.
- Damasio AR. *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica, 2001.
- Davis F. *Passage through Crisis: Polio Victims and Their Families*. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1963.
- Doring LA. Communication problems of the chronically ill. *Aust Fam Physician* 1992; 21: 791-793.
- Fernández JA, Ruiz R, Pérula LA, Campos L, Lora N, Martínez de la Iglesia J. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Atención Primaria* 2003; 31(3): 146-155.

- Fisher R, Ury W, Patton B. *Obtenga el Sí*. Barcelona: Gestión 1999, 2000.
- Frankel RM. Microanalysis and the medical encounter: an exploratory study. En: Helm D, Anderson WT, Meehan AJ, Rawls AW (eds.). Nueva York: Irvington Publishers, 1989.
- García S, Dolan S. *La Dirección por Valores*. Madrid: McGraw-Hill, 1997.
- Glaser BG, Strauss A. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine, 1965.
- Gross DA. Patient satisfaction with time spent with their physician. *J Fam Pract* 1998; 47(2): 133.
- Hanson JA, Benedict JA. Use of the Health Belief Model to examine older adults' food-handling behaviours. *J Nutr Educ Behav* 2002; 34, Suppl 1: S25-30.
- Huby G. Interpreting silence, documenting experience: an anthropological approach to the study of health service users' experience with HIV/AIDS care in Lothian, Scotland. *Soc Sci Med* 1997; 44(8): 1.149-1.160.
- Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med* 1999; 159: 1.069-1.075.
- James W. *The Principles of Psychology*. 2 vols. Nueva York: Henry Holt, 1890.
- Jovells A. *El paciente del futuro. Revisión de la literatura: España*. Fundación Biblioteca Josep Laporte. Lanzarote, 2001.
- Kholberg L. *Essays on moral development, vol 1. The philosophy of moral development: moral stages and the idea of justice*. Nueva York: Harper and Row, 1981.
- Lazare A. *The Interview as a Clinical Negotiation*. En: Lipkin M, Jr., Putnam SM, Lazare A (eds.). *The Medical Interview. Clinical care, education, and research*. Nueva York: Springer Verlag, 1995.
- Marina JA. *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama, 1996.
- Marian JA, López Penas M. *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanás Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Atención Primaria* 2003; 31(4): 214-219.
- Maslow A. *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairós, 1990.
- Marvel MK. Involvement with the psychosocial concerns of patients. Observations of practicing family physicians on a university faculty. *Archives of Family Medicine* 1993; 2(6): 629-633.
- Mathers N, Jones N, Hannay D. Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 293-296.
- McCormick WC, Inui TS. Geriatric preventive care. Counseling techniques in practice settings. *Clin Geriatr Med* 1992; 8: 215-228.
- Mosterín J. *¡Vivan los animales!* Barcelona: DeBolsillo, 2003.
- Platt F. *Conversation failure*. Tacoma: Life Science Press, 1992.
- Nyland J, Jhonson DL, Caborn DN, Brindle T. Internal Health Status Belief and lower perceived functional deficit are related among anterior cruciate ligament- deficient patients. *Arthroscopic* 2002; 18(5): 515-518.
- Rachels J. *El subjetivismo*. En: Singer P (ed.). *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Diccionarios, 2000; 585-591.

- Ridderikhoff J. Information exchange in a patient-physician encounter. A quantitative approach. *Methods of Information In Medicine* 1993; 32: 73-78.
- Roth JA. The treatment of tuberculosis as a bargaining process. En: Rose AM (ed.). *Human Behaviour and Social Process*. Londres: Routledge and Kegan Paul, 1962.
- Rorty R. *El pragmatismo, una versión*. Barcelona: Ariel Filosofía, 2000.
- Rubert de Ventós X. *Ética sin atributos*. Barcelona: Anagrama, 1996.
- Scott J. Using Health Belief Models to understand the efficacy-effectiveness gap for mood stabilizer treatments. *Neuropsychobiology* 2002; 46 (Suppl 1): 13-15.
- Steiner C. *Scripts people live*. Nueva York: Grove Press, 1975.
- Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision-making? *JAMA* 1984; 252(21): 2.990-2.994.
- Shea SC. *La entrevista psiquiátrica. El arte de comprender*. Madrid: Harcourt, Saunders Elsevier Sciences, 2002; 539.
- Wagensberg J. Si la naturaleza es la respuesta, ¿cuál era la pregunta? *Metatemas*. Barcelona: Tusquets Editores, 2002.
- Wallace LS. Osteoporosis prevention in college women: application of expanded Health Belief Model. *Am J Health Behav* 2002; 26(3): 163-172.
- Wdowik MJ, Kendall PA, Harris MA, Auld G. Expanded Health Belief Model predicts diabetes self-managment in college students. *J Nutr Edu* 2001; 33(1): 17-23.
- Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of Health Belief Model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *J Adv Nurs* 2001; 33(5): 677-688.

