

Averiguando lo que le sucede a los pacientes. Dr. Watson II

Cristina Viana Zulaica

Médica de familia. C.S. de Elviña. A Coruña

Jesús Combarro Mato

Médico de familia. C.S. de Culleredo. A Coruña

Julia Bóveda Fontán

Médica de familia. C.S. Pintor Colmeiro. Vigo

Grupo Comunicación y Salud de la Agamfec.

Cad Aten Primaria
Año 2009
Volume 16
Páx. 315-317

Un paciente le recomienda a otro. "Cuando uno va al médico, no le cuenta todo en la primera visita. Si les das demasiada información, enseguida sacan sus conclusiones y te dan cantidad de consejos gratuitos sobre no fumar y cosas así. No, lo ideal es ir explicando las cosas poco a poco; de esta forma siempre tienes ventaja sobre el médico".

EL PACIENTE REALIZA SU NARRACIÓN

La mayoría de los pacientes no necesitan mucho estímulo para explicar el motivo de su consulta. Describen los síntomas, sus posibles causas y lo que les preocupa. La tarea del profesional consiste en procesar esta información relatada con el lenguaje y desde la perspectiva del paciente, completarla y transformarla en información útil para realizar una orientación diagnóstica con las implicaciones físicas, psíquicas y sociales que considere necesario. A continuación abordará la fase resolutive de la entrevista. Los profesionales sabemos cuando tenemos la información suficiente para evaluar lo que ocurre, sin embargo si el paciente no sabe que es así, puede continuar aportando datos innecesarios, además podría estar reticente a unas propuestas realizadas sobre una información que cree que no ha sido bien entendida¹. No es suficiente que entendamos lo que dice el paciente, hemos de demostrarlo de manera explícita para que pueda comprobarlo.

La paciente Carmen hace su narración sobre un dolor lumbar unido a síndrome miccional. El profesional le responde:

- Así es que si no he entendido mal usted lleva con fiebre desde el viernes, que son cuatro días, orina muchas veces y poca cantidad en cada una; al terminar de orinar continúa con sensación de ganas de orinar, la orina es de color normal, al mismo tiempo le duele la parte izquierda de la espalda y la parte baja del vientre. ¿Es así Carmen?

Hacer un **resumen** es la mejor forma de comprobar que la información es la adecuada, al hacerlo se ofrece un extracto de lo que ha

comprendido hasta este momento. El paciente se siente escuchado y participa directamente de la idea que se forma en nuestra cabeza² al mismo tiempo se le da la oportunidad de proporcionar más información o de corregir cualquier interpretación errónea. Cuando estamos seguros de que podemos transmitir al paciente que hemos entendido los motivos por los que ha venido, podremos exponer nuestro resumen. La realización de resúmenes es una técnica que proporciona buenos resultados en diferentes situaciones, como consultas con un planteamiento confuso o para retomar la entrevista tras una interrupción.

Unos médicos tienen más facilidad que otros para animar a sus pacientes a contar sus problemas, para dejar ver que están interesados en la narración del paciente. Con ello se afianza la relación terapéutica y se obtiene una información de gran calidad. Se puede hacer con el gesto, con la cabeza, la mirada o con las manos expresando "continúe hablando", son las **facilitaciones no verbales**. También se puede expresar con la palabra se denominan **facilitaciones verbales**, al repetir alguna de las palabras que ha dicho el paciente o pidiendo aclaraciones o explicaciones más detalladas de alguna parte de la narración. La escucha si deseamos que sea activa se ha de acompañar de la espera suficiente para conocer la respuesta, es lo que conocemos como baja reactividad³, la mejor pregunta que podamos hacer no servirá de nada si no dejamos el tiempo necesario para responderla. El silencio en el seno de la entrevista es una invitación similar a "continúe hablando".

HAY ALGO QUE NO NOS DICE

Hay situaciones en las que para conocer el motivo de consulta, necesitamos más información que la proporcionada de manera espontánea por el paciente. Es importante tener en cuenta la manera diferente de vivir los problemas de salud que tiene cada persona, cuando la entrevista no se desarrolla con la claridad adecuada esta premisa cobra un interés especial. ¿Qué idea se hace el paciente sobre las razones de su problema de salud? ¿qué aspecto del problema le preocupa de manera especial? ¿cómo espera el paciente que sea

Correspondencia:
cristina.viana.zulaica@sergas.es

abordado su problema? ¿cuál es su reacción emocional frente a su situación? ¿qué consecuencias del problema puede prever el paciente?. Conocer la respuesta a una o a varias de estas preguntas nos ayudará a orientar nuestra actuación el paciente lo agradecerá porque al hablar sobre ello estaremos haciendo una consulta centrada en su propia visión, y hay más posibilidades de que se traduzca en resultados en salud⁵.

Cada uno puede utilizar la técnica con la que se encuentre más cómodo para obtener la información necesaria y para obtener respuestas a las preguntas reseñadas. Pero ¿cómo sabremos en los primeros minutos de entrevista qué información y qué áreas de interés se necesitan aclarar y explorar? ¿De qué manera podemos centrarnos en lo importante y hacer las preguntas en el momento idóneo para obtener el máximo efecto?. Seguramente no tendremos dudas en el terreno biomédico estricto, una vez que tenemos una **hipótesis diagnóstica**, las preguntas se dirigirán en ese sentido. Hay ocasiones en las que el paciente señala algo importante que comunicar, resulta fácil si el paciente lo dice, no siempre es así. La comunicación también se expresa de modo encubierto en forma de **señales mínimas**, verbales y no verbales. Estar atentos a estas señales ayudará a afinar nuestras capacidades, escuchemos lo que dice, reparemos en cómo lo dice, observemos lo que no dice⁶ y estemos atentos a nuestros propios sentimientos¹.

Consideremos las señales que pueden contener información para ser sacada a la luz. Pensemos también que podemos hacer ante estas señales. De la misma manera que no existen reglas sobre qué información, tampoco existen reglas sobre cómo sacar la información, sólo sugerencias.

Por ejemplo, un **comentario incongruente**, de los que a veces nos resultan divertidos o chocantes, probablemente lo son porque se ha omitido alguno de los datos que lo hacen lógico. El esfuerzo de intentar dar sentido a lo que parece absurdo puede suponer encontrar el eslabón ausente que sea preciso investigar^{1,4}, estamos ante lo que también se denomina **pista**, en este caso verbal. Ante un lenguaje poco claro o inconcreto, pidamos una aclaración, ser algo más concreto, ayudamos a **clarificar**.

- Explíqueme un poco mejor lo que me está comentando, parece de mucho interés.

O bien quedémonos con alguna de sus frases o palabras. La utilidad de esta técnica que se denomina de **repetición**, estriba en elegir la frase o palabra sobre la que nos interesa incidir, supone una invitación al paciente a seguir por ahí. Intentaremos no abusar de ella, que no se convierta en un latiguillo, con un tono adecuado, nunca como interrogante³. Veamos el caso de una mujer joven a la que finalmente se le diagnosticó una somatización.

- Paciente: No sé que me pasa estoy adelgazando mucho, no puedo comer, aunque me guste la comida, sea lo que sea.
- Médico: No puedes comer.
- Paciente: Si no puedo comer, se me atasca la comida tengo aquí algo en la garganta que no me deja tragar, tengo apetito pero en el momento en el que voy a comer no consigo que me pase la comida, es como si me pusiera nerviosa.

A veces detectamos dudas, ambigüedades e interrupciones en el discurso que indican que algo se está reteniendo, que algo arriesgado e importante no se dice, el paciente está omitiendo detalles básicos para poder entenderlo. Tenemos la opción de tomar nota mentalmente de lo que puede ser o podemos forzar suavemente a que el paciente revele algo más, aquí pasa algo, tenemos una nueva pista. Se la devolvemos al paciente haciendo un reflejo de la misma.

- Paciente (vacilante) Me duele todo el cuerpo, casi todos los días me cuesta salir... y estoy mareado...
- Médico: Veo que es un dolor por todo el cuerpo que aparece al salir por la mañana y también sensación de mareo.
- Paciente: Bueno sí, cuando salgo al trabajo tengo una sensación de angustia, me cuesta salir...

O porque se distorsiona una conducta o sucesos reales en conceptos, como si estos poseyeran una realidad propia. Cuando se generaliza, se va de lo particular hacia lo general de forma que se descarta cualquier posible excepción a la regla. Cuando se detectan omisiones, distorsiones o generalizaciones puede ser una buena idea conseguir que el paciente nos exprese con exactitud cuáles son sus sentimientos, las palabras concretas y el comportamiento específico a que se refiere¹. La técnica del **señalamiento** pone de manifiesto emociones o conductas, puede hacerse mediante una observación².

- Paciente: Tengo unos mareos que me ponen loco (ofrece una imagen de desconcierto).
- Médico: Parece como si estuviera muy preocupado.
- Paciente: Claro, con lo que me está pasando como voy a estar...

Con esta técnica evitaremos el error de hacer una interpretación de lo que ocurre en función de lo que conocemos del paciente, si se hace ha de ser como sugerencia, siempre expresada como pregunta y relativizando la posibilidad de estar en lo cierto².

Siempre que se tenga claro lo que se intenta conseguir, y se esté bien provisto de recursos, podremos confiar en que dispondremos de las palabras adecuadas en el momento preciso. Hemos de hacer una rápida reflexión sobre la información que puede sacarse, el momento en que se debe sacar, la forma en que sacarla y cuando debe finalizar este proceso.

Recordemos el aspecto de la mirada de las personas cuando piensan algo importante. La atención se dirige hacia el interior mientras en la imaginación comienzan a asociarse pensamientos y recuerdos. Casi siempre, el resultado final de esta búsqueda interna es algo importante, una idea nueva o una posible conexión entre dos ideas. Sea lo que sea es mejor saberlo, es bueno saber esperar en silencio a que el paciente nos lo diga o bien podemos hacer un comentario oportuno "¿En qué estaba pensando ahora?"¹ "¿Parece como si estuviera pensando algo importante?". Guardar silencio no significa estar ausente, implica mantener una postura atenta, abierta y relajada y una mirada que indica al paciente que ahora estamos ahí para escuchar y que lo que nos quiere decir nos parece interesante. Incluso aunque el paciente no hable puede ser un tiempo que se le permite de elaboración, no ha de ser muy prolongado, apenas dos segundos, tiempos prolongados podrían generar la sensación de que no se sabe qué hacer².

CON BUENA INTENCIÓN PODEMOS EQUIVOCARNOS

Aunque nos parezca equivocado pensemos que el paciente, de entrada, siempre tiene razón, aceptemos lo que dice, ya lo modificaremos después, es un consejo de Neighbour¹, que ha demostrado mucha utilidad. Si actuamos o negamos la razón al paciente hacemos **antagonismo**. La definición de antagonismo es: oponerse, criticar, culpabilizar o impugnar la conducta o las emociones del paciente de manera verbal o no verbal, estaremos utilizando un arma defensiva que sólo contribuirá a deteriorar la relación asistencial. No se quiere decir con esto que no podamos criticar a los pacientes, lo haremos utilizando la formulación de la crítica constructiva. Se ha de hacer en un clima ade-

cuado, sin que el paciente pueda entender que se le menosprecia o que se le castiga. Desde el principio debe quedar claro que tiene la finalidad de mejorar su salud mediante su colaboración². Se usará el tono y el timbre de voz adecuado que junto con el vocabulario deben ser los habituales para cualquier consejo de salud. Si nos enfada mucho podemos transmitir al paciente nuestro malestar, el hecho de que nos sentimos mal ante su manera de actuar. Siempre dejaremos una salida airosa y positiva para el paciente².

*"Siempre ha de estar presente la idea de que la entrevista debería empezar con un esfuerzo del médico por entrar, de forma breve pero completa, dentro del mundo del paciente, imaginar su dolor, percibir su grado de malestar, entender qué es lo que le causa temor, le confunde o le entristece, en una palabra, empatizar"*¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Neighbour R. La consulta interior. Barcelona: Ediciones Médicas; 1998.
2. Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: SEMFyc; 2004.
3. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
4. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: Semfyc; 2004.
5. Stewart MA. Effective Physician-patient communication and Health outcomes: a review. Can Med Assoc J. 1995;152:1423-1433.
6. Novo Rodríguez JM, Martínez Anta FJ, Sánchez Fernández R. ¿Qué me dices? Comunicación verbal y no verbal. Cad Aten Primaria. 2008;15(4):311-313.