



Artículo especial

Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica clínica segura

Demands and complaints in the clinical interview, key concepts for a safer clinical practice

Francisco Borrell i Carrió ^{a,*}, Juan Carlos Hernández Clemente ^b y José Lázaro ^c^a *Departament Ciències clíniques, Facultat Medicina, Universitat de Barcelona, EAP Gavarrà, ICS, Barcelona, España*^b *MjyC, Unidad Docente de Humanidades Médicas, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*^c *Humanidades Médicas, Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de octubre de 2009

Aceptado el 5 de noviembre de 2009

On-line el 6 de enero de 2010

La forma como un paciente se presenta y expone sus molestias al médico determina en parte el éxito o el fracaso de la entrevista. En el presente artículo examinaremos formas de presentación que dificultan el abordaje o inducen a errores clínicos, junto con otros conceptos que sintetizamos en la [tabla 1](#). El tipo de escenario al que nos referiremos es el propio de las consultas externas, urgencias y consultas de Atención Primaria, aunque la mayoría de los aspectos tratados pueden aplicarse también al paciente ingresado en planta.

Narración inicial del paciente

El paciente planifica su encuentro y elabora una narración¹ que en su forma más completa consta de 3 partes²: tarjeta de visita, exposición de hechos y peticiones (o expectativas). La tarjeta de visita es la manera de presentarse y el motivo (o motivos) que lo trae a la consulta. En este apartado el paciente tiene preparadas respuestas a preguntas tales como «¿quién es usted?», «¿por qué ha venido precisamente ahora a consultarnos y por qué a este consultorio?», y «¿qué motivos de consulta tiene?». En la exposición de hechos narra lo sucedido como también lo que a su entender pueden ser las causas de sus molestias, e incorpora opiniones de familiares y conocidos como propias o en tercera persona si solo las considera meras posibilidades. Finalmente (y no siempre), tiene unas peticiones concretas que hacer («hágame una radiografía», «deme un antibiótico», etc.) o unas expectativas («lo correcto o preferible sería que me hicieran unas radiografías o que me dieran un antibiótico»). La petición será formulada, por lo general, al inicio o en la parte final de la entrevista, en cambio la expectativa no suele aflorar a menos que el entrevistador lo facilite

(«¿piensa usted que deberíamos hacer algo más, por ejemplo, una radiografía?»), lo que resulta infrecuente.

Los pacientes tienen gran variabilidad en la preparación de su narración con la consiguiente dificultad para la tarea clínica. Podemos distinguir 2 patrones básicos:

- *Narración elaborada*: el paciente tiene claro los productos finales que desea obtener de la visita, distingue entre quejas y demandas y sabe cuáles son las peticiones que hará o en qué condiciones se inhibirá de formularlas.
- *Narración parcialmente elaborada*: son las más comunes y en ellas el paciente confunde queja con demanda, otras veces no delimita aspectos importantes de sus síntomas (por lo general, la cronología o los factores coadyuvantes o asociados a estos síntomas) o finalmente no es consciente de sus deseos finales (por ejemplo, puede marcharse de la consulta sin solicitar una analítica y solo al cabo de unos días darse cuenta de que «eso» era justamente lo que más deseaba obtener del encuentro).

El paciente además de una narración configura una manera de presentarse y exponer su demanda, que llamaremos guión. Pero antes de ocuparnos de los guiones, veamos brevemente un aspecto clave de las narrativas parcialmente elaboradas.

Diferencia entre queja y demanda

Tal como afirmábamos más arriba, una causa frecuente de comunicación ineficaz es el hecho de que el paciente no distingue de manera suficiente entre queja y demanda. ¿Cuál es la diferencia entre queja y demanda? Llamaremos queja a un malestar expresado por el paciente sin expectativa de que nosotros, en calidad de profesionales de la salud, actuemos sobre ese malestar.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 12902fbc@comb.cat (F. Borrell i Carrió).

Tabla 1
Conceptos e ideas centrales del presente artículo

- Demanda: malestar expresado por el paciente con ánimo de encontrar una respuesta o una solución profesional
- Queja: malestar expresado por el paciente sin ánimo de encontrar una respuesta o una solución profesional
- Mapa de demandas: averiguar todas las demandas que el paciente tiene preparadas para esta consulta:
 - Demandas aditivas: aparecen según avanza la entrevista, es el popular «pues ya que estoy aquí»
 - Conglomerados de síntomas: una serie de quejas que corresponden a una sola entidad gnoseológica, pero que el paciente las cree entidades independientes
 - Quejas que generan demandas oportunistas: es la conversión de una antigua queja, ya abordada y solucionada, en una nueva demanda
- Mapa basal de quejas: quejas habituales del paciente que ya se han estudiado y abordado.
- Guiones de cooperación: son aquellos en los que el paciente accede a compartir con cortesía la narración elaborada y a negociar sus peticiones
- Guiones asimétricos: aquellos en los que el paciente se niega a compartir aspectos o la totalidad de la narración de sus síntomas o bien impone alguna de sus peticiones
- Estrategias erróneas para simplificar la demanda: diversas, entre ellas: asumir que lo primero que el paciente expresa como demanda es lo que más le preocupa, focalización psicologista y focalización biologicista
- Estrategias correctas para el análisis de nuevos síntomas:
 - Epicrisis abierta o resumen ejecutivo
 - Técnica de lectura textual
 - Consistencia verbal-no verbal: test de MADISON (tabla 2)
 - Exploración física orientada a los problemas
 - Independencia de criterio
- Creencias erróneas en la interpretación de la demanda:
 - De razonamiento estricto: el paciente debe expresar cada demanda por separado. Una sola demanda por entrevista
 - De veracidad ilimitada: creer que alcanzaremos un buen diagnóstico independientemente de la calidad de los datos obtenidos en la anamnesis y exploración física
 - De «buen paciente»: pensar que el paciente debe expresarse correctamente, verazmente y, además, tener una enfermedad relevante

La demanda, por el contrario, sí lleva de manera explícita este requerimiento.

Ejemplo 1. Imagine por un momento que entra a su consulta el Sr. Bernabé, al que saluda con cordialidad: «¿cómo está usted Sr. Bernabé?». El Sr. Bernabé refiere entonces sus dolores óseos y prostáticos, lo que merece una detallada anamnesis y exploración física. Ya al final de la visita, el Sr. Bernabé revela: «pero doctora, hoy sólo venía para que me hiciera usted el informe del balneario». En ningún momento habíamos delimitado los contenidos expresados como queja (los dolores, la próstata, etc.) de aquellos expresados con apremio de solución.

Esta diferencia entre queja y demanda nos permite una mejor ordenación de los materiales de la anamnesis. Cuanto antes delimitemos lo que es la demanda del paciente, tanto mejor, y si el profesional lo demora, debe siempre tener in mente que esta clarificación no se ha producido. Aunque parezca inverosímil, se ha comprobado que hasta en un 20% de entrevistas se añaden motivos de consulta cuando están finalizando³. Debemos distinguir en este punto el patrón que llamamos «demandas aditivas» de la conversión de una queja a una demanda. Un paciente con diversas demandas que va formulando conforme avanza la entrevista presenta un patrón de demandas aditivas, el popular «pues ya que estoy aquí». Pero algunos pacientes, al interrogarlos por determinados síntomas, convierten lo que es una queja ya abordada con anterioridad en nueva demanda. Por ejemplo: «¿le escuece la orina?», «no», responde el paciente, «¿4 pero ya que lo dice, ¿ha salido algo para la incontinencia?». Llamaremos a este proceso generación de demandas oportunistas. Suele ocurrir que un paciente visitado por un especialista, al que considera de prestigio, saque a relucir síntomas perfectamente estudiados por su médico

habitual «por si acaso ha salido algún tratamiento nuevo», lo que da lugar a una demanda oportunista.

Guiones de cooperación o asimétricos

Hemos dicho que el paciente acude al médico con una narración, pero también sigue una pauta de conducta o un guión. Distinguiremos 2 tipos básicos de guiones: guiones de cooperación y guiones asimétricos. Los guiones de cooperación se caracterizan porque el paciente accede a compartir con cortesía la narración que ha elaborado y está dispuesto a negociar sus peticiones. Por consiguiente, responderá de la mejor manera posible las preguntas del profesional y no se cerrará a sus propuestas, aunque puede mostrarse discrepante. Por encima de todo, domina la voluntad de ponerse de acuerdo ambas partes. Hemos de advertir que no todo es de color rosa cuando la relación interpersonal es buena. El profesional se siente movido a dar la razón al paciente, a acceder a peticiones injustificadas (conductas conniventes⁴) e incluso ceder en el significado de los síntomas (el clásico «en efecto tiene usted artrosis»).

Los guiones asimétricos pueden serlo ya de entrada o emerger durante una entrevista que inicialmente parecía de cooperación. Un guión asimétrico puede serlo por el clima de hostilidad, porque el paciente se niega a compartir aspectos o la totalidad de la narración de sus síntomas o porque desea imponer determinadas peticiones. Ahora bien, en ocasiones un paciente puede mostrarse vago y elusivo, pero su conducta no obedece a un guión asimétrico (como suele pensar el profesional), sino a una narración parcialmente elaborada, caracteropatías o dificultades expresivas⁵.

El guión asimétrico más común es el guión impositivo, con o sin hostilidad.

Ejemplo 2. Don Mariano entra en la consulta y vocifera: «estoy harto de venir aquí y que usted me dé jarabitos para la tos. A ver si me manda un antibiótico que me corte este resfriado». El médico, en este momento, se enoja. Fácilmente hubiera llegado a la conclusión de que esta tos se debía al enalapril, empero su irritación lo pone en alarma y aplica el aforismo: «los pacientes que me irritan son los que pueden acumular mayores errores clínicos, así que me aseguraré y le haré una radiografía». La radiografía no aporta datos de interés y el paciente recibe un antibiótico que no alivia los síntomas, aunque en definitiva se hace lo que él deseaba.

Nada más absurdo que morder la mano de quien te ayuda, como sería el caso de esta escena. Un paciente más hábil consideraría el bienestar psicológico del médico como parte de «su» negocio, y de hecho así a veces lo expresan algunos pacientes: «vaya día tiene usted hoy de pacientes ¿verdad?, debe estar cansado». Un paciente precavido no desea que un médico cansado lo atienda e incluso — como suele verbalizar— no desea cansar al médico «por tonterías». ¿A qué puede deberse una estrategia de intimidación tan desacertada?

Por un lado, tenemos la maduración global del paciente en lo que ha venido en denominarse «habilidades sociales»⁶. A menores habilidades sociales, mayor recurso a la violencia. Pacientes con pobres habilidades sociales pueden responder con ira a la simple expectativa de que «mi médico no me hará caso». Por otro lado, las emociones que experimenta están ligadas a presuposiciones que realiza sobre lo que ocurrirá, la respuesta que obtendrá de los profesionales y del sistema en general. Un paciente que ha sido reñido en urgencias por «traer a este niño por unos simples mocos» acudirá la siguiente vez precavido —por no decir armado— ante la más mínima insinuación. Ahora bien, no siempre imposición y hostilidad van de la misma mano.

Ejemplo 3. La paciente se expresa sin hostilidad: «vengo para que me mande al oftalmólogo». Profesional: «¿y qué le ocurre?». Paciente: «lo que me ocurre es cosa mía, yo le pido este volante y usted me lo hace y sanseacabó».

Si en este punto el profesional cede, no se produce altercado, pero obviamente marca un estilo de relación inaceptable. Desde luego, hay que respetar la opción del paciente de no querer compartir partes relevantes de su narración (en ocasiones, puede estar plenamente justificado, por ejemplo, una mujer que no desea revelar una interrupción voluntaria de su gestación). Pero otras veces se debe a un guión del paciente del tipo: «debo acostumbrar al médico a que me haga lo que le pido y si no, lo castigaré con una bronca». Se trata de un tipo de guión que llamamos de modelado de conducta. En tal caso, una buena intervención del médico sería: «para rellenar la solicitud de visita necesito conocer los datos clínicos, si no, nos rechazarán la solicitud».

Existe un perfil de paciente que hemos llamado «paciente activado» y que suele confundirse con paciente agresivo. El paciente activado es un paciente que tiene muy claro lo que desea y lo expresa con tal contundencia que parece más una imposición que un ruego o una sugerencia: «haga el favor de recetarme esto», «no le diga nada de lo que tiene a mi padre», «vengo para que me haga una resonancia», etc. Una situación muy característica es la siguiente:

Ejemplo 4. El paciente entra en la consulta con mirada desafiante: «doctor, vengo para decirle que no quiero bajo ningún concepto que le diga a mi madre lo que le han encontrado». El médico en tono amable lo hace sentar e intenta clarificar: «¿se refiere al cáncer de mama?». El paciente responde: «exactamente, no quiero que esa palabra salga en ningún caso, no quiero ni que se mencione».

Podemos etiquetar a este paciente de maleducado, impositivo, manipulador o agresivo, pero ninguno de estos calificativos lo define en propiedad. Se trata de una persona que no se permite ninguna vacilación en su propósito y dirige todos sus esfuerzos para lograr algo, con arrogancia e inflexibilidad. Podemos decir, por consiguiente, que tiene un alto compromiso con los objetivos iniciales que se ha propuesto y, a su vez, los defiende con intensidad expresiva.

Yerra quien aborda este perfil de paciente en clave de agresividad. Estos pacientes actúan de esta manera (a veces poco prudente) en todos los ámbitos de la vida, es su estilo. Pueden caer en conductas agresivas más fácilmente que el resto de pacientes, pero los define mejor el término de «activados» (y testarudos) porque la intensidad con la que expresan sus demandas no deriva de una previsión de acontecimientos en clave agresiva. Es su manera habitual de hacer. En tal caso el médico deberá comportarse empáticamente y tener un exquisito control de su propia agresividad⁷, para evitar las reclamaciones⁸.

Delimitar la demanda. Mapa de demandas

Hemos expuesto algunas dificultades en la fase inicial de la entrevista, y ahora abordaremos algunas técnicas y estrategias para afrontarlas.

La pericia del entrevistador en esta fase inicial es rescatar los materiales elaborados por el paciente y a la vez ayudarlo a precisar detalles semiológicos que no ha tenido en cuenta, todo ello en un clima de cooperación.

Entendemos por «delimitar la demanda» a la acción de clarificar el motivo de consulta, la razón de consulta. Un porcentaje elevado de pacientes tiene más de un motivo de consulta, por lo que en general es conveniente elaborar un mapa de demandas. Elaborar un mapa de demandas consiste en averiguar todas las demandas que el paciente tiene preparadas para esta consulta. Veamos lo que acostumbra a ocurrir cuando no efectuamos un mapa de demandas.

Ejemplo 5. Paciente (en un papel trae anotados los síntomas que le preocupan): «hoy doctor vengo porque tengo un dolor de

cabeza... ¡Ah! Y también todo el cuerpo me duele como si me hubieran pegado una paliza, y créame, no valgo para nada».

Médico: «hoy si le parece trataremos solo el tema del dolor de cabeza y otro día me cuenta el dolor del cuerpo».

En esta versión el médico cree que por acotar cada demanda, mejorará el rendimiento de su tiempo y de su esfuerzo. Si hubiera determinado el mapa de demandas, posiblemente habría ocurrido algo como lo siguiente:

Ejemplo 6. Paciente: «hoy doctor vengo porque tengo un dolor de cabeza... ¡Ah! Y también todo el cuerpo me duele como si me hubieran pegado una paliza, y créame, no valgo para nada».

Médico (pasa a elaborar el mapa de demandas): «entiendo... y veo que tiene más cosas apuntadas en ese papel que trae».

Paciente: «pues sí, la orina me escuece y creo que debo tener anemia, me gustaría hacerme un análisis».

Médico: «¿está todo lo que lleva apuntado?... ¿sí?, bien pues en tal caso, ¿qué le preocupa más de todo lo que me ha referido?».

Paciente (sorprendida): «¿lo que me preocupa más?, ¿lo que me preocupa más?...» (reprime un sollozo), «lo que me preocupa más es mi hermana que le han diagnosticado un cáncer de pecho».

Es posible que los entrevistadores que «van al grano» acorten sus tiempos medios de visita^{9,10}, pero sin duda es a costa de no profundizar suficientemente en el problema del paciente^{11,12}. Casi un tercio de los clínicos abre sus entrevistas de manera directiva y trata de «ir al grano»^{13,14}. Por desgracia, un paciente al que no escuchamos bien y al que no le resolvemos su problema, regresará. En cambio, un paciente al que permitimos expresar sus problemas será un paciente satisfecho^{12,14,15} y la entrevista será eficiente¹⁶.

En ocasiones, el mapa de demanda nos lleva a un dibujo de demandas aditivas, donde se nos piden cosas distintas y diferenciadas, pero otras veces el mapa de demandas nos lleva a identificar un conglomerado de síntomas. Entendemos por conglomerado de síntomas una serie de quejas que corresponden a una sola entidad nosológica, pero que el paciente las cree entidades independientes (y las expresa como tales). La ansiedad y la depresión característicamente se presentan al médico como conglomerados sintomáticos, pero también otras entidades, como el síndrome de las piernas inquietas, la fibromialgia, los síndromes miofasciales o el maltrato psicológico, para citar situaciones frecuentes. En el ejemplo citado más arriba la paciente relata síntomas de cansancio, dolor corporal y molestias al orinar; también expresa miedo a tener anemia. Es posible que el cansancio y el dolor corporal se pudieran deber al estrés psicológico que presenta, pero debemos verificar la ausencia de infección de orina y considerar también la posibilidad de anemia. La interpretación de los conglomerados de síntomas es muy útil, pero a condición de que identifiquemos aquellos síntomas que no encajan o que pueden señalar otras afecciones concomitantes. Merece la pena detenernos en este punto.

Existe una serie de estrategias para simplificar la demanda que —lo sepamos o no— los médicos solemos aplicar cuando estamos cansados. Una de ellas es reducir los síntomas del paciente a un solo origen o causa. Un entrevistador capaz de aflorar el malestar psicológico con un uso adecuado de las técnicas de entrevista que exponemos fácilmente puede caer en un sesgo psicologista (dar papel etiológico único a los estresores o trastornos psicológicos y minusvalorar los somáticos). Esta tendencia se ve favorecida por la falta de tiempo, y nos conduciría erróneamente en el ejemplo 5 a pensar: «ya tengo el origen de todas las molestias de esta paciente, estoy en presencia de una claudicación del cuidador», sin tener en cuenta que un cuidador en claudicación también puede presentar infección de orina y anemia. Otra estrategia simplificadora es asumir que lo primero que el paciente expresa como demanda es lo que más le preocupa. En ocasiones, es una demanda que «explora» la respuesta del profesional y, solo si es convincente, el paciente se atreve a expresar «lo que de veras le preocupa más».

Debemos recordar en este punto que la fase en que exploramos los síntomas del paciente se caracteriza por una notable tensión: debemos llegar a definir el problema de nuestro paciente. A poco que seamos impulsivos, tendremos la tentación de cerrar la fase exploratoria de la entrevista y proclamar: «ya sé lo que le ocurre a mi paciente». A este paso tan crucial lo llamamos «gatillo de resolución de la entrevista»¹⁷. Por esto, hemos acuñado el heurístico que llamamos «doble diagnóstico» para contrarrestar esta tendencia. Consiste en decirnos, en el ejemplo que estudiamos, y precisamente cuando aparece el tan peligroso «ya lo tengo» algo así como: «puede que en efecto la paciente presente un notable estrés, pero posiblemente pueda sumarle otros diagnósticos en el área somática».

Mapa basal de quejas

Entendemos por mapa basal de quejas los síntomas producidos por entidades ya diagnosticadas y conocidas. Un paciente prostático entenderá como normal la falta de fuerza en el flujo de la orina, la nicturia y la mayor frecuencia de micciones. Si recibe el tratamiento adecuado, es poco probable que vuelva a consultar, a menos que estos síntomas progresen o se hagan tediosos. Por consiguiente, estabilizará un mapa basal de quejas. Una expresión muy típica de este proceso es cuando los pacientes comentan: «de esta molestia al orinar ya no le digo nada porque la tengo de siempre».

Una vez que establecemos un mapa basal de quejas, ocurren 2 tipos de errores: tomar como «viejos» síntomas que en realidad son nuevos, o viceversa, tomar como nuevos síntomas que en realidad ya habíamos identificado en el mapa de quejas basal. Llamaremos (siguiendo la nomenclatura estadística) al primer error «tipo β », o falso negativo, y al segundo error «tipo α », o falso positivo. Un paciente prostático que interpreta como «propio de su prostatismo» el hecho de orinar sangre cometería un error tipo β . Este tipo de error, en general, tiene por consecuencia demorar la consulta a un médico. Un paciente artrósico que nos consulta reiteradamente porque cree que sus síntomas se deben a otra enfermedad reumatológica grave y no diagnosticada cometería un error tipo α . Puede apreciarse fácilmente que el reto para el paciente está en evitar, sobre todo, los errores tipo β , es decir, «no darse cuenta» de que le ocurre algo «nuevo».

El ejemplo anterior es perfectamente trasladable al profesional, aunque en este caso el reto estriba más en evitar los errores tipo α que los errores tipo β . Un médico inseguro somete a sus pacientes crónicos a gran cantidad de exploraciones complementarias innecesarias y trata de reducir este tipo de error. Los médicos más experimentados y asertivos, en cambio, analizan la intensidad de la queja, su cronología, la similitud con otros episodios, la tendencia aprensiva del paciente y otros datos para catalogar la queja como «basal» o como queja «por explorar».

Algunas técnicas para ponderar los síntomas del paciente

¿Cómo llegar a tener una idea cabal en casos como los del ejemplo 6? Describiremos a continuación algunas técnicas que pueden ampliarse en otras colaboraciones y fuentes bibliográficas^{2,17,18}.

Epicrisis abierta (o resumen ejecutivo) del paciente: resumen breve y cronológico de las quejas del paciente, perfil biológico, diagnósticos importantes y procedimientos que deben realizarse de manera periódica.

Técnica de lectura textual: cuando la expresión del paciente es histriónica o presenta características que irritan al médico, este tiene la tentación de banalizar los síntomas del paciente. La técnica de lectura textual consiste en apuntar literalmente lo que el

Tabla 2
Test de MADISON

Escala o test de MADISON (para identificar los componentes psicógenos del dolor)

- Multiplicidad. Presencia del dolor en más de un lugar y de diferentes tipologías
- Autenticidad (falta de). Observamos más interés en mostrar la realidad del dolor que en su cura
- Denegación. El paciente niega de manera radical cualquier alteración emocional
- Interpersonal (relación). Existe variabilidad de los síntomas según el contexto interpersonal
- Singularidad. El dolor es exagerado y llamativo (originalidad exagerada y llamativa del dolor)
- «Only you». Idealización extrema del médico
- Nada ayuda. Estabilidad antinatural del dolor a pesar de analgesia

Cada ítem puede puntuarse con 0: ausente; 1: leve; 2: moderado; 3: intenso, y 4: extremo. Cuando la suma de todos los ítems es igual o superior a 15, puede decirse que los factores psicológicos son los protagonistas principales de la presentación y la evolución del dolor¹⁹.

paciente verbaliza y leerlo otra vez como si fuera una pregunta de examen en el que se nos requiriere un diagnóstico diferencial. Mediante esta técnica anulamos las predisposiciones favorables o desfavorables hacia el paciente.

Consistencia de la información verbal con la no verbal: los textos clásicos hablaban de la *belle indifference*. De manera más reciente, se ha intentado observar esta falta de consistencia expresiva mediante el test de MADISON, acrónimo de los 7 parámetros que analiza (tabla 2)¹⁹.

Independencia de criterio: hacernos nuestro propio criterio de lo que le ocurre al paciente es una tarea harto compleja. Exige partir de «datos brutos» y exploración física y reinterpretar exploraciones complementarias y diagnósticos producidos por otros colegas. En ocasiones, supone también contrariar las expectativas del paciente.

Ejemplo 7. La Sra. Gertrudis aquejada de un síndrome depresivo crónico acude a la consulta muy enfadada: «tengo unos dolores tremendos por todo el cuerpo y usted no hace nada por aliviarme, solo me da paracetamol». El médico tiene comprobado que este patrón de dolor corporal difuso e intensa irritabilidad antecede a una descompensación depresiva importante y que cualquiera que sea la medicación antiinflamatoria que le ofrezca será inútil. Pero también sabe que la Sra. Gertrudis no estará dispuesta a admitir que está a punto de presentar otra de sus recaídas, pues cree que sus anteriores depresiones fueron por disgustos familiares y ya los tiene superados.

Este caso exige muchas y diversas capacidades de comunicación, pero la inicial y la fundamental es que el médico tenga independencia de criterio en relación con el propio paciente. Sabe que si cede a la demanda de «medicaciones fuertes para el reuma» y, sobre todo, «a que estos dolores son reumáticos», soluciona fácilmente la entrevista. Aunque siga parcialmente este guión, no debe olvidar en ningún caso su propia perspectiva diagnóstica e intentar negociar, cuando sea posible, la introducción de un antidepressivo. Si ello no es posible, una vez que el paciente esté en posición de reconocer sus síntomas depresivos, le recordaremos que nosotros ya habíamos pronosticado esta evolución y trataremos de que el paciente nos valide como observadores privilegiados de su evolución biográfica.

Creencias erróneas en la interpretación de la demanda

Existen numerosas pruebas de que las creencias del médico influyen en su manera de entrevistar²⁰⁻²². Pues bien, estamos ya en condiciones de sistematizar algunas creencias que limitan

gravemente la capacidad del profesional para comprender lo que pide el paciente:

1. Creencias de razonamiento estricto:

- El paciente debe expresar cada demanda por separado.
- Un paciente solo tiene derecho a una demanda por encuentro clínico.

Consecuencia colateral: el paciente declara que viene por un intenso dolor de cabeza y mucho cansancio, pero el médico le dice: «hoy abordaremos el dolor de cabeza y otro día ya veremos el tema del cansancio». Esta amputación de la demanda lleva a que el médico no perciba los síntomas conglomerados ni elabore mapas de demandas.

Mejor conducta del médico: elaborar y distinguir entre el mapa basal de quejas y el mapa de demandas.

2. Creencias de veracidad ilimitada:

- Sean cuales sean los datos que obtendré en la entrevista clínica y exploración física, llegaré al diagnóstico de manera exacta.
- A partir de la demanda del paciente ya tengo el 90% del diagnóstico.
- Si encuentro una razón lógica para la demanda del paciente, puedo ahorrarme una exploración más exhaustiva.

Consecuencias colaterales: el clínico durante años de ejercicio profesional relaja la estricta cumplimentación de pautas básicas de anamnesis y exploración física (empobrecimiento de habilidades clínicas básicas) y, lo que es más grave, tiende a activar el «gatillo de resolución» de la entrevista sin tomarse un tiempo de reflexión sobre el diagnóstico diferencial.

Mejor conducta del médico: actitud crítica hacia el desempeño cotidiano de las capacidades clínicas. El paso del tiempo no asegura buena calidad y la experiencia clínica solo se adquiere cuando reflexionamos de manera creativa sobre los pacientes. Evitar las estrategias de simplificación de la demanda. Tomarnos el tiempo necesario para cada acto clínico y evitar las prisas (¡sobre todo cuando tenemos prisa!).

3. Creencias relativas al «buen paciente»:

- El paciente tiene que saberse expresar correcta y verazmente.
- El paciente tiene que tener una enfermedad relevante para considerarse como tal. Solo entonces se hace merecedor de mi tiempo.
- Cuando un colega nos previene de un paciente determinado (por ejemplo, «¡ojo!, es un hipocondríaco»), creernos este comentario.

Consecuencias colaterales: cuando un paciente es maleducado o expresa su demanda en estilo manipulador o con rasgos no verbales de *belle indifference*, pues... ¡peor para él o ella!, porque no le haremos el caso que sí concederemos al «buen paciente». Otras veces el facultativo se guía por comentarios de sus colegas o cierta calidad en el orden de la comunicación no verbal del paciente que lo irrita.

Mejor conducta del médico: todos los profesionales, sin excepción, somos vulnerables a estas teorías ingenuas del «buen paciente», que se transmiten durante generaciones de médicos como verdaderos tóxicos. Aprenderemos y enseñaremos a nuestros estudiantes a relativizar los comentarios emitidos por

otros colegas y a detectar y a decrementar los aspectos de comunicación que nos irritan de los pacientes, y así poder realizar una mejor escucha²³. «Nuestra mirada de médicos no ha de ser sólo de inspección para captar signos clínicos, capacidad imprescindible en nuestra tarea clínica, sino que tendría también que tener un carácter acogedor»²⁴.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este trabajo se inscribe en el proyecto de investigación FFI (2008) 03599.

Bibliografía

1. Baca E. Teoría del síntoma. Ed. Triacastela: Madrid; 2007.
2. Borrell F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Ed. SEMFYC: Barcelona; 2004.
3. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way...": The closing moments of the medical visit. *J Gen Intern Med.* 1994;9:24-8.
4. Tizón J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Ediciones Doyma; 1996.
5. Mas X, Cruz JM, Fañanás N, Allué A, Zamora I, Viñas R. Pacientes de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria.* 2003;31:214-9.
6. Gil Rodríguez F, León Rubio JM. (ed.) Habilidades sociales: teoría, investigación e intervención. Madrid: Ed Síntesis; 1998.
7. McCord RS, Floyd MR, Lang F, Young VK. Responding effectively to patient anger directed at the physician. *Fam Med.* 2002;34:331-6.
8. Armadans I, Aneas A, Soria MA, Bosch LL. La mediación en el ámbito de la salud. *Med Clin (Barc).* 2009;133:187-92.
9. Peláez C, Fernández MI, Suárez P, Malo de Molina A, Díaz A. Las demandas adicionales ("ya que...") en atención primaria. *Aten Primaria.* 1996;17:12-6.
10. Ferrer A, López M, Leal M, Albaladejo E. Pues ya que... un problema frecuente en atención primaria. *Aten Primaria.* 1997;19:102.
11. Segade XM. Efectividad de "¿quería algo más?" como medida de prevención de las demandas adicionales. *Aten Primaria.* 2004;33:472-3.
12. Robinson JD, Heritage J. Physicians' opening questions and patients' satisfaction. *Patient Educ Couns.* 2006;60:279-85.
13. Heritage J, Robinson JD. The structure of patients' presenting concerns: Physicians' opening questions. *Health Commun.* 2006;19:89-102.
14. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *JAMA.* 1999;281:283-7.
15. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* 1999;14:S34-40.
16. Dyche L, Swiderski D. The effect of physician solicitation approaches on ability to identify patient concerns. *J Gen Intern Med.* 2005;20:267-70.
17. Borrell-Carrió F, Epstein R. Preventing errors in clinical practice: A call for self-awareness. *Ann Fam Med.* 2004;2:310-6.
18. Campbell SG, Croskerry PMD, Bond WF. Profiles in patient safety: A "perfect storm" in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2007;14:743-9.
19. Caballero L, Caballero F. Trastornos somatomorfos, síndromes y síntomas somáticos funcionales y trastornos disociativos. En: Vázquez Barquero JL, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria.* Madrid: Aula Médica; 1998. p. 293-316.
20. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs about control in the physician-patient relationship: Effect on communication in medical encounters. *J Gen Intern Med.* 2003;18:609-16.
21. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med.* 1995;10:411-9.
22. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med.* 1984;101:692-6.
23. Lain Entralgo P. Qué es ser un buen enfermo. En: Ciencia, técnica y medicina. Madrid: Alianza Editorial; 1986. pp. 248-264.
24. Sendino A, Banegas JR. El doctor como paciente. *Med Clin (Barc).* 2009;133:154-5.