

Nosot@s Preguntamos?El@s responden

M^a Pilar Arroyo Anié. Medicina de Familia.CS Huarte (Navarra).

Resumen: Definir cuál es el problema del paciente y ver la mejor manera de ayudarlo son las tareas claves en torno a las cuales gira la conversación especializada (entrevista clínica) entre un médico y su paciente y familiar. La autora aporta flashes demostrativos de su propia experiencia.



"Puedes estar seguro de lo que dijiste, pero nunca de lo que el otro escucho". (J M Lacan)

?Cuando hacemos preguntas, obtenemos respuestas?y solo respuestas? (A Jodorowsky)

Un reciente texto de esta publicación¹ se refería a la Anamnesis en nuestras consultas médicas, y se proponían diversas sugerencias para mejorar las entrevistas clínicas, de las que algunas de ellas me hicieron reflexionar. En base a mi experiencia me gustaría ampliar algunas de esas sugerencias. Como definición, la Entrevista Clínica es una conversación dirigida por un profesional, hacia una persona (sana o enferma), con fines de investigación o tratamiento.

De entrada, recuerdo una presentación de Fidel Delgado, psicólogo con una amplia experiencia hospitalaria. (<https://www.youtube.com/watch?v=43cRYGkU19g>) Durante la misma, en determinado momento (minuto 16) habla de la bata como elemento de poder y transformación??porque con ella yo le digo a uno desnúdese y va y se desnuda? Desde allí trabajamos y no podemos olvidarlo. Se trata de una situación no equilibrada. Conviene también recordarlo cuando somos vari@s en la sala, detrás de la mesa y paciente/acompañante se ven enfrentados a un grupo compartiendo muchas veces gran intimidad en la consulta, vestido o desnudo, complicando algo más esa posible infravaloración sentida. ¿Y si valoramos pedir permiso? ¿Y si consideramos ausentarse alguno?.

Esa autoridad que nos confiere la bata, es ampliada cuando un comentario surge en la consulta?como sin venir a cuento o no, ligado al tema que les ha traído a la consulta. Por ejemplo: la esposa es la paciente de hoy y le acompaña su pareja?Según se acaba la consulta, la mujer dice??pues él también tendría que venir, lleva varios días que le duele el pecho??Habla de un varón de 84 años, hipertenso?y me escucho decirme a mí misma: ?si se lo cuenta al carnicero, igual él dice que se tome algo, que a él también le pasa,? pero me lo dice a mí, su médico de cabecera?? y después: ?¿Qué le parece si lo exploro y hacemos un ECG??. Ese paso salvo a Fran de ingresar de urgencia por una angina de pecho. Los acompañantes, en ocasiones, son invasivos?pero ello no quita para desoír sus comentarios o evaluar su interés, al menos.

No obstante, **no está de más recordar la pereza**, cuando deberíamos levantarnos de la silla y apetece tan poco?. Lo describe muy bien una compañera del Grupo navarro de Entrevista Clínica ²

Un aspecto importante hoy en día en nuestras consultas, es el uso de la herramienta informática y la pantalla del PC que, con frecuencia, nos atrae más que el rostro que tenemos al otro lado de la mesa. Es difícil entablar un diálogo absorto en el otro

contenido, al menos para el interlocutor es un déficit importante, como para detectar otros mensajes que acompañan a sus palabras en su rostro o expresión corporal. Añadir, en este sentido, el comentario de un compañero <http://borinot-mseguid.blogspot.com.es/2016/09/el-lenguaje-propio-como-un-obstaculo-en.html> que abunda en la dificultad de seguimiento de los pacientes que se trasladan a partir de los diferentes programas informáticos de cada CCAA. El señala también cómo el idioma puede suponer un obstáculo importante en la entrevista, creo que tod@s estamos a la orden del día con ello, dada la multiprocedencia de las personas que pueden acercarse a la consulta en cualquier punto del Estado; no solo en las zonas en las que vemos peregrinos del Camino de Santiago?

Siguiendo con la entrevista, resulta de interés la lectura del mensaje no verbal, importante por nuestra parte y por parte del paciente: Recuerdo un episodio, atendiendo en consulta a un adolescente, residente en casa de acogida y acompañado por tutora?y que a mis preguntas sobre su estado general, respondía con evasivas y sin concretar nada, con una mirada que me decía ?me importa un carajo estar aquí, me han traído?no te voy a responder lo que quieres? La lectura de lo que no decía era evidente pero mi intervención debía estar reglada por una norma legal ajena a mí y la acompañante era una formalidad obligada. Afortunadamente no se trataba de un problema grave y, creo, resolvimos sin tensiones la situación.

Recordar en ese aspecto el lema del Dr House (?La filosofía del Dr House. Todos mienten?)³ cuyas respuestas, carentes de cierta humanidad, simplificaban su actuación en base a la búsqueda del diagnóstico y resolución del problema que acuciaba al paciente, como punto vital en la relación y dando como sospechosas las respuestas que no cuadraban con su posible orientación diagnóstica.

No obstante, de acuerdo a nuestra potestad, nuestra forma de preguntar o cuestionar tiene importancia y debemos cuidarla. Si juzgamos o damos por supuesto que el otro no cumple con la pauta dada de tratamiento o dieta o cualquier otro cuidado de salud, debiéramos recordar otro aspecto ético, abordado en el artículo citado¹, reforzando la idea de la primacía de la autonomía sobre la beneficencia. Considero éste un punto de apoyo esencial en nuestra tarea de médic@s de familia a lo largo del tiempo, como alianza con el paciente, no siempre verbalizada, y que supone un pilar fundamental para su relación de confianza posterior, cabe que en otro momento, sea el propio paciente quien sienta esa necesidad de cambio o autocuidado antes propuesta. Así, no está de más recordarse en el flash ?no volver a tocar el tema de??⁴ y la fecha.

Cabe incluir aquí, cuántas veces comprobamos si el paciente entiende lo que nosotros hemos intentado comentarle. Esta reflexión ⁵ sobre la necesidad de cuidar el Consentimiento Informado y forma de hacerlo de manera adecuada, me parece de interés. Se habla de que solo el 4% de la información emitida por el profesional, es retenida por el paciente y ello conlleva retornar al hospital a uno de cada siete pacientes para aclarar el tema (USA).

Por último, pero no poco importante, no quisiera dejar en el tintero un tema de interés cada vez más frecuente: la automedicación que, al parecer, ha crecido más que la propia factura de medicamentos en el estado ⁶ Es conocida la triada clásica de preguntas, cuando un problema debuta en la consulta ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? Y podemos añadir, ¿Ha hecho usted algo para mejorar? Y así reforzar el autocuidado y orientar de algún modo la pauta posterior a seguir con la connivencia del paciente. Formo parte de los que opinan (PAPPS) que, en ese sentido, es necesaria una corriente de refuerzo entre la población, dada la demanda creciente de nuestras consultas, urgencias y cronicidad. Con frecuencia se detectan habilidades que es necesario potenciar y orientar o todo lo contrario (véase la ingesta ad libitum de antibióticos ante el dolor de garganta). España tiene un alto grado de automedicación ⁷ y convendría asesorarla.

Abundando en el tema, en mi celo por averiguar este aspecto del autocuidado, recuerdo una consulta de Urgencias, atendiendo a una niña de 7 años con fractura radial en rodete de 48h de evolución; junto a ella su madre y una amiguita?pregunté ¿qué hiciste cuando te pasó?...y me respondió su amiga: ?llorar?. Tuve muy claro que mi pregunta había sido inadecuada a todas luces, en contenido y posiblemente en dirección, la madre sugirió después, ?ponerle una venda?. Según preguntamos, obtenemos respuestas?y solo respuestas.

Hasta aquí algunas reflexiones, como he anticipado, unidas a algunas experiencias y siempre con el objetivo de ahondar en lo que supone la esencia de nuestro trabajo, la entrevista clínica, ya sea en consulta o en domicilio, en atención primaria o en urgencias?Dos interlocutores (al menos) y dos formas de hacer y responder que pueden mejorarse y desarrollarse en el futuro ¿con nuevos participantes? pero que hemos de potenciar para obtener la respuesta adecuada que nos permita avanzar en su objetivo: definir cuál es el problema del paciente y ver de solucionarlo de la mejor forma posible.

Referencias

- 1- Campiñez M. DocTutor <http://www.doctutor.es/2016/07/10/de-la-inocuidad-en-la-exploracion-i-anamnesis/>
- 2- (<https://www.semfyec.es/la-pereza-uno-de-los-pecados-capitales-tambien-una-emocion/>)
- 3- House (?La filosofía del Dr House. Todos mienten?. Irwin W, Jacoby H. Acabados Editoriales Tauro. Mexico, 2009
- 4- Relato http://www.semanasinhumo.es/premios_2014.php.
- 5- <http://www.epistemontos.org/es/documents/f69ea09fb297139b39e227e57440caaf397685b2>. Las intervenciones para mejorar la comprensión del paciente en el consentimiento informado para los procedimientos médicos y quirúrgicos: una revisión sistemática.(Traducción automática).
- 6- <http://view.es.email-univadis.com/qs=3606347453a77b3bdad9b9ad6e640d2e45026f4b9754712178edbd45f75a7ed6c196d32a86c680638bf521489a4bd58eda296f205bd34427ee301ca0ecab1dc2503e5ec942967a2f>. Automedicación: un hábito muy español.
- 7- <https://www.semfyec.es/autocuidado%20>. Semana del Autocuidado de semFYC. Y <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/10/DECALOGO.pdf>