Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Aten Primaria. 2009;**41(1)**:41–44

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap

REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento

Sacred Encounters: Serenity in Haste

Juan Gérvas[a,b,*], Mercedes Pérez Fernández[a,c] y Blanca Gutiérrez Parres[d]

[a]*Equipo CESCA, Madrid, España*
[b]*Medicina General Rural, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón, Madrid, España*
[c]*Medicina General Rural, Braojos, Gandullas, Gascones, La Serna y Piñuecar, Madrid, España*
[d]*Medicina de Familia, Área 2, Madrid, España*

Recibido el 12 de mayo de 2008; aceptado el 21 de mayo de 2008

Introducción

La comunicación amable, cálida, digna, empática, respetuosa y serena con el paciente tiene impacto positivo en su salud[1–3]. Al ofrecer una atención digna se consigue amabilidad en el trato y, además, una mejora importante del resultado en salud. Las consultas dignas son más efectivas, logran mejores resultados y conllevan un estilo de práctica que hace fluidas las relaciones médico-paciente presentes y futuras[1–4].

En las consultas dignas es fundamental un estilo de buenas formas, un arreglo personal correcto, un lenguaje corporal sereno, unas maneras acordes al contexto de cada paciente y problema, recibir y despedir de pie en la puerta, dar la mano y mirar apropiadamente al paciente a los ojos[5–10]. Los primeros momentos, al igual que los últimos, son clave para lograr una entrevista digna y eficaz[6,11]. Las primeras hipótesis clínicas se establecen en los primeros 30 s, y en 6 min se tiene una hipótesis correcta en el 75% de los casos[11].

Pese a su importancia, no parece que los residentes aprendan (ni se les enseñe) estas pautas de cortesía, dignidad y empatía que llevan a mayor eficiencia clínica[6,10]. Aunque resulta innegable el agobio de la consulta diaria con la sala de espera a rebosar, los encuentros sincopados y sin hondura son un mal ejemplo para el residente y una práctica deprimente para el tutor y para el clínico en general. Son encuentros recortados, con prisas tormentosas y respuestas fáciles, con entrevistas rápidas, centradas en lo orgánico y en un solo problema de salud. Finalmente se convierten en un estilo de práctica que contribuye a la pérdida de la autoestima del médico, además de conllevar un peor resultado en la salud del paciente.

La ausencia de comunicación empática degrada el acto clínico, le resta efectividad y genera un círculo vicioso de problemas sin resolver y médicos y pacientes insatisfechos.

El residente aprende con los hechos, con las conductas del día a día, con el «currículo inaparente», el conjunto de habilidades, actitudes y valores que no se hacen explícitos, sino se copian del tutor de forma inconsciente y sin crítica[3,6,10]. Las entrevistas clínicas «adaptadas a la masificación» son un mal ejemplo, pues, además, en un proceso de retroalimentación, llevan a una creciente demanda por falta de resolución (incluso identificación) de problemas.

Puesto que el profesional es el principal y más eficaz placebo, conviene ser eficientes y mantener una comunicación amable, cálida, digna, empática, respetuosa y serena con el paciente[1–3,12–16]. De la misma forma que «no hay lugares elegantes, sino personas elegantes», el médico general/de familia puede introducir «dosis» de consulta de calidad incluso en las peores condiciones de masificación, pues «no hay consultas dignas, sino médicos dignos». Médico

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es (J. Gérvas).

0212-6567/$ - see front matter © 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.aprim.2008.05.005

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

digno es, por ejemplo, el que identifica y respeta las «consultas sagradas» en medio del acontecer tormentoso del día a día.

En este texto analizamos un tipo especial de consultas que hay que verlas como sagradas. Pretendemos que los residentes, tutores y clínicos en general reflexionen sobre ellas, para transformarlas en retos que rompan la dinámica de las prisas de la consulta diaria.

Consultas sagradas

En realidad todo encuentro es sagrado. El paciente confía en su médico, y expone su piel y su alma en unos minutos de entrevista. El médico tiene el consentimiento tácito para explorar el campo abierto e ir más allá de la superficie corporal y del brillo espiritual. Lo que pocas veces se revela, lo que casi nunca se dice en otros contextos, es el contenido habitual de la consulta médica. De la enfermedad sexual a las miserias económicas, del duelo al dolor amenazante, del paro al vértigo, del embarazo a la muerte, nada es ajeno a la consulta del médico de cabecera[3,14–19]. Por ello el acto clínico es siempre sagrado.

No obstante, hay consultas más sagradas que otras. Hay encuentros dignos del máximo respeto, las consultas sagradas. Son situaciones, son pacientes, son problemas que exigen un respeto exquisito, el máximo. Durante estas consultas el tiempo debería parecer detenido para crear una atmósfera de serenidad espiritual y científica. Al menos, el médico debería transmitir implícitamente al paciente (y al residente) que hoy, ahora, en este momento da igual el retraso acumulado, lo lleno de la sala de espera. La consulta es tan especial que nada ni nadie la interrumpirá (se desconecta el teléfono, por ejemplo; se corre el pestillo, si es apropiado). A veces incluso el médico cambia su situación y pasa a sentarse junto al paciente.

Por supuesto, el tiempo pasa inexorablemente, y conviene no perder de vista el reloj, pero hay que lograr esa apariencia de tener todo el tiempo del mundo. En resolver bien las consultas sagradas va mucha de la dignidad del médico. La identificación y la resolución adecuada de las consultas sagradas no sólo mejoran para siempre la relación médico-paciente y obtienen un impacto en salud proporcional, sino que compensan al médico del diario apresuramiento tormentoso.

La consulta sagrada es un paréntesis en las prisas, la calma en la tempestad, la serenidad en el apresuramiento. La consulta sagrada tal vez no dure más que una normal, pero durante ese encuentro el tiempo no cuenta, todo parece en calma, y sólo es importante la comunicación entre médico y paciente. El respeto se transmite por el lenguaje y los gestos, por la actitud general, por la cadencia del ritual, por la concentración serena, por la empatía generosa. Se trata de lograr que la consulta sagrada parezca que se desarrolla en una cápsula situada en un lugar sin tiempo ni espacio, diseñada sólo para la escucha.

Algunos ejemplos de consultas sagradas

Con lo dicho, todo profesional es capaz de identificar alguna consulta sagrada en el último día de trabajo clínico. Las hay relativamente frecuentes y otras inusuales; las hay en que se mezclan situaciones, problemas y pacientes; las hay sencillas y difíciles. Generalmente tienen poco que ver con los retos diagnósticos biológicos a que se suelen enfrentar los residentes de familia en sus rotaciones hospitalarias, y por ello conviene poner énfasis en la enseñanza de su manejo. Algunos ejemplos:

- Consultas en torno al inicio de la vida y en torno al sexo. La primera visita a domicilio, o en el despacho, tras el parto. Y la primera visita del presentación del recién nacido. La consulta por amenorrea y posible embarazo (distinta en su presentación, pues no es lo mismo si se desea y espera en una relación estable que si el embarazo probable se da en una adolescente que disfrutó de sexo sin protección, o en una emigrante que habla mal español, acostumbrada al aborto terapéutico como método de control de la natalidad). Asimismo, la consulta en que la madre, acompañada por la hija, dice de pasada algo tipo «ya ve, doctor, el otro día la niña se hizo mujer». O la consulta con el/la adolescente que prevé un encuentro sexual con coito y pide asesoramiento anticonceptivo. También la consulta en que hay síntomas/signos de enfermedad de transmisión sexual, o ésta se confirma. O cuando se plantean problemas de identidad sexual, a cualquier edad.
- Consultas en torno a la muerte. Del tipo de la consulta primera del duelo por la pérdida o muerte de un familiar o amigo íntimo. También la consulta en que se plantea el suicidio, o tras un intento de suicidio. O la consulta en que se confirma por primera vez un diagnóstico ominoso (cáncer, ELA, Alzheimer, Huntington, etc.), con el propio paciente o con un familiar. O la primera visita a domicilio de un paciente que pasa a ser terminal, o la última, con la familia, cuando se firma el certificado de defunción. También las consultas en que se pide o se discute la eutanasia.
- Consultas en torno al cambio de estado o de vida. Son consultas en que se plantean las consecuencias del cambio de vida, por ejemplo, por jubilación, por paro laboral, por menopausia, por viudedad, por separación (para los adultos y para los hijos, si los hay), por traslado (cambio de domicilio, despedida o bienvenida, especialmente si hay choque cultural y/o social, del tipo de inmigrante recién llegado o anciano que va a un asilo), al salir de una secta-grupo cerrado, etc.
- Otras consultas, problemas y situaciones. La visita a domicilio (o la consulta en el despacho) tras el alta hospitalaria, especialmente si la estancia ha sido prolongada o tormentosa. La consulta tras el error médico (propio o ajeno, que hay que reconocer, explicar, reparar y demostrar que sirve de acicate para evitar repeticiones). La entrevista en que el paciente llora. La consulta de inicio y final de la baja laboral, y más cuando se prevé o ha sido de duración mayor de la esperada. La consulta en que se hacen evidentes los maltratos (violencia física y/o psíquica en todas las edades y sexos). La entrevista en que se precisa dejar claro que los síntomas o signos de que se trate no tienen solución (con la ciencia actual) y sólo se puede ayudar a sobrellevarlos. La consulta del paciente que quiere declarar su voluntad respecto a cuestiones clave para él mismo (testamento

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

vital, objetivos terapéuticos del tipo de «antes me cortan el cuello que me amputan la pierna», y demás). El encuentro con el paciente que acaba de salir de la cárcel. La consulta en que por primera vez se plantea una drogadicción. La entrevista en que se hace evidente que la madre rechaza las vacunaciones, en general, y el calendario vacunal infantil completo. La consulta en que por primera vez es paciente el cuidador principal de un paciente crónico recluido en domicilio. La consulta sobre asesoramiento genético, etc.

Conclusiones

Ser médico general o de familia no es fácil. Es un arte, pues es difícil mantener un equilibrio que no rompa la «distancia terapéutica» ni confunda buen trato con amistad. Es un arte, también, combinar apropiadamente la consulta sagrada con las consultas habituales, sin que los tiempos se resientan demasiado. Conviene combinar ciencia y arte[18]. Y es imprescindible que los residentes aprendan el manejo de las consultas con las dosis apropiadas de ambos componentes, especialmente importante en las consultas sagradas y en aquellas difíciles o incómodas, para transformarlas en oportunidades de buen hacer.

Al mezclar ciencia y arte, al aceptar un papel de «sanadores», se puede perder el norte. Conviene tener mecanismos que ayuden a mantener la dignidad científica y personal, por nosotros mismos y por nuestros pacientes. El entorno amable, el trato cálido, cortés y respetuoso, la empatía y la serenidad ayudan a romper el círculo vicioso de las consultas adaptadas a la masificación. Cada médico puede encontrar la forma de lograrlo. Nosotros hablamos desde una situación concreta, con experiencia urbana y rural[5,7,8,17,19]. Los ejemplos elegidos para ilustrar el concepto de consulta sagrada tal vez no sean los mejores, ni generalizables, pero animamos a los compañeros lectores a que busquen los suyos, y les atribuyan el respeto máximo, el respeto exquisito que merecen.

En cualquier caso, aunque sólo sea por pragmatismo, la búsqueda de la efectividad clínica exige dignidad y calidad humana durante el encuentro con el paciente. Es una forma cierta de lograr un mayor impacto en salud.

Nota

Blanca Gutiérrez Parres hizo una rotación rural, en marzo y abril de 2008, de la que fue tutor Juan Gérvas, y en la que participó en la consulta del tutor y de Mercedes Pérez Fernández y de otros médicos del Centro de Salud de Buitrago del Lozoya (Madrid).

Ideas clave

- El agobio de la consulta diaria conlleva muchas veces encuentros sincopados y sin hondura.
- Estos encuentros recortados acaban transformándose en un estilo de práctica.
- El residente puede aprender de este ejemplo de ausencia de comunicación empática que degrada el acto clínico y genera un círculo vicioso de problemas sin resolver.
- Toda consulta tiene algo de sagrado, de cruce de límites de piel y espíritu, al que se puede aportar dignidad.
- Hay consultas más sagradas que otras. Hay encuentros dignos del máximo respeto, las «consultas sagradas».
- La identificación y la resolución adecuada de las consultas sagradas no sólo mejoran para siempre la relación médico-paciente y obtienen un impacto en salud proporcional, sino que compensan al médico del diario apresuramiento tormentoso.
- También en las consultas sagradas pasa el tiempo inexorablemente, y conviene no perder de vista el reloj, pero hay que lograr en ellas la apariencia de tener todo el tiempo del mundo.
- En resolver bien las consultas sagradas va mucha de la dignidad del médico.
- Es básico que el residente compruebe que se identifican y resuelven adecuadamente las consultas sagradas, pues su formación sería defectuosa en otro caso.
- Algunos ejemplos de consultas sagradas: la primera consulta de la paciente con amenorrea y posible embarazo o confirmado, paciente que acude por primera vez, la consulta tras el error médico, la entrevista en que el paciente llora.

Bibliografía

1. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badía J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Fam Pract. 2006;23:308–16.
2. Spiegel D, Harrington A. What is the placebo worth? BMJ. 2008;336:967–8.
3. Borrell-Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias y prácticas. Barcelona: SEMFYC; 2004.
4. Markoul G, Zick A, Green M. An evidence-based perspective on greetings in medical encounter. Arch Intern Med. 2007;167: 1172–6.
5. Paños J, Gérvas J. Una estudiante de sexto de medicina en un centro de salud. La opinión de la estudiante versus la del tutor. Dimens Hum. 1998;2:53–60.
6. Cebrià-Andreu J, Borrell-Carrió F. ¿Contagiamos las prisas a nuestros residentes? Aten Primaria. 2005;36:537–43.
7. Gérvas J. Contraste médico rural, desde un punto de vista personal. SEMERGEN. 2004;30:90–3.
8. Gérvas J. Torcer el cuello, mirar a los ojos. Jano. 2007;1675:52–4.
9. Kahn MW. Etiquette-based medicine. N Engl J Med. 2008;358: 1888–9.
10. Ruiz-Moral R, Parras-Rejano JM, Alcalá-Portera JA, Castro-Martín E, Pérula de Torres LA. ¿Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. Aten Primaria. 2005;36:537–43.
11. Sacket D, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2.ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1994.
12. González Blasco P, Benedetto MA, Ramírez Villaseño I. El arte de curar: el médico como placebo. Aten Primaria. 2008;40:93–5.
13. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 25/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

trial in patients with irritable bowel syndrome. BMJ. 2008;336: 999–1003.
14. Balint M. El medico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1971.
15. Minuchin S. Caleidoscopio familiar. Barcelona: Paidós Ibérica; 1986.
16. Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Doyma; 1988.
17. Gérvas J, Pérez Fernández M. El médico rural del siglo XXI, desde el punto de vista urbano. Rev Clin Electrónica Aten Primaria. 2007; noviembre. Disponible en: http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=14&art=06&mode=ft.
18. Ernst E. Science, clinical practice, and a synthesis of both. Am J Med. 2008;121:2.
19. Gérvas J. La dignidad del trabajo clínico existe allí donde ejerce un médico cercano, científico y humano. 2005. Disponible en: www.imaced.org.uy/digntrabajomed.pdf.