

Incertidumbre en una consulta de atención primaria: reflexiones desde la trinchera

Por Enrique Gavilán, médico de familia

Miedo como origen del problema

Desde el punto de vista psicoanalítico, todos tenemos rasgos neuróticos. El sustrato primordial, la gasolina, de la neurosis, es el miedo. El miedo se nutre del pasado (experiencia), se manifiesta en el presente (desvelando nuestras propias indefensiones, incapacidades y debilidades) y se proyecta al futuro (incertidumbre).

Aunque no haya demostración empírica de esta afirmación, la principal causa fundamental de demanda de servicios sanitarios es el miedo. Miedo a la muerte, al fracaso, al paso del tiempo, al déficit del yo y la discapacidad que provoca la enfermedad, a perder el control, a no saber afrontar los problemas cotidianos y quedar apartados de la sociedad¹. La búsqueda de respuestas a los interrogantes que plantea la vida arrastra a muchas personas a las consultas clínicas, con la esperanza de que la medicina les libre de la angustia que les acecha. Aprovechando esta circunstancia, los hay que comercian con la incertidumbre ofreciendo mercancías revestidas de soluciones técnicas infalibles². Son los *mongers*³, 'mercaderes de ilusiones', de garantías imposibles. Pocos momentos en el ciclo vital de una persona son tan inciertos como el embarazo, donde las esperanzas se mezclan con los temores, a veces sin solución de continuidad. Quizá por ese motivo, la gestación se ha convertido con toda rotundidad en una etapa revuelta donde decenas de pescadores se han convertido en expertos oportunistas⁴.

Nadie tiene total inmunidad contra el temor al futuro. El miedo cumple una función adaptativa. Nos ayuda a sobreponernos a la adversidad. Pero cuando lo que nos produce temor es muy potente o no nos sentimos o estamos suficientemente capacitados para afrontarlo, sucede que nos paraliza. Cuando esta aversión se convierte en habitual, la incapacidad para encarar lo desconocido, lo ambiguo, lo complejo, se hace crónica. Y deja de ser adaptativa para convertirse en disruptiva.

El ser humano asume que la vida es riesgo, y que la única verdad absoluta es la certeza de la muerte (*memento mori*), pero nos puede la cualidad contingente de los hechos, que los acontecimientos puedan ocurrir pero también al mismo simplemente no ocurrir. Generalmente, preferimos los riesgos conocidos y mensurables a la incertidumbre (aversión a la incertidumbre de Ellsberg). El miedo a lo contingente nos hace adoptar mecanismos de "control" o de "minimización de riesgos", los cuales, llevados a un extremo, contribuyen paradójicamente a aumentar la exposición a los riesgos (a los mismos, por relajación del autocuidado o aplazamiento de la decisión por la falsa sensación de seguridad que generan dichos mecanismos; y a otros nuevos, ya que las medidas de manipulación de riesgos no son capaces de lograr su promesa de evitar el daño, sino solo transferir la carga de

¹ Gavilán E. Es la vida, no una enfermedad. AMF 2014;10(6):302-3.

² Imprescindible visionar este anuncio de una clínica de reproducción asistida: <http://www.institutobernabeu.com/garantiaembarazo/>

³ *Monger*, en inglés, procede del latín *mangō*, a su vez del griego *μάγγανov*, comerciantes o traficantes que tratan de vender mercancías que adornan de más valor del que tienen. Consultar <http://latinlexicon.org/definition.php?p1=2034496>

⁴ Gavilán E, Jiménez de Gracia L. Desarrollo global del niño: más allá de la suplementación farmacológica con yodo. Endocrinol Nutr. 2013;60:577-81.

riesgo o desplazarla hacia otros nuevos, de alcance y capacidad desconocida)⁵.

Intentar controlar, anular o evitar la incertidumbre son mecanismos inconscientes de defensa muy socorridos, pero su utilidad a largo plazo es reducida. Sin embargo, como bien hemos podido comprobar con la gestión del ébola en España, parece que no somos capaces de convivir o afrontar el miedo que nos genera lo contingente: vivimos en una “sociedad del miedo”. La realidad del sistema sanitario no es ajena a esta situación.

La incertidumbre clínica tiene forma de interrogante

Poeta es aquel capaz de alumbrar en las cosas contingentes esos valores que surjan desde ellas y que les elevan y trascienden. Es lo que da peso a la vida, situándola en una dimensión nueva, en la que todo queda milagrosamente transformado, transfigurado.

Transcripción del manuscrito de Antonio Machado ‘Valor y precio: Machado apócrifo’, citado en Valor y precio. Diego Gracia. Triacastela, 2013.

La incertidumbre se plantea siempre como una duda. En el acto clínico, las preguntas que se hace el médico* son técnicas, se refieren a cifras y se focalizan en la enfermedad. Qué pienso que puede tener este paciente, cómo diagnosticarlo, cómo tratarlo, cómo medir su respuesta. Las preguntas del paciente, por el contrario, son vitales, existenciales, sobre el enfermar y la vida⁶. Se preguntan qué repercusión tiene su problema en su vida (desde la pregunta más aparentemente trivial como ¿podré seguir trabajando como temporero en la recogida de pimientos con esta epicondilitis? hasta algunas más trascendentales como ¿tendré que llevar siempre encima la jeringa de adrenalina por si vuelvo a tener una reacción anafiláctica?), porqué le ha pasado esto a él/ella (¿podría haberse evitado el aborto si hubiera hecho caso a la matrona -reposo absoluto tras el primer sangrado- aquella mañana que me levanté al baño a asearme?), cuándo dejaré de vivir (¿me dará tiempo a despedirme de mis familiares, que vienen de Baracaldo?), cómo se desarrollará la enfermedad (relacionado en parte con el pronóstico: ¿sufiré o no? ¿estaré desfigurado o no? ¿será mi vida una peregrinación de médico en médico?).

Para evitar que ambos mundos, el del médico y el del paciente, se den la espalda, debemos mirar a los ojos del otro, reconocer en ellos a la persona que hay al otro lado de la mesa de la consulta, y conocer lo que *da peso* a su vida. La clínica ofrece muchas oportunidades para la poesía...

Qué hacer ante la incertidumbre

Es necesario salirse de la medicina para entender cómo reaccionamos ante la incertidumbre. La categorización de las tácticas de afrontamiento cae en el campo de la psicología (tabla)⁷.

TÁCTICA	DEFINICIÓN
Tácticas de reducción	
Recopilar información	Búsqueda activa de información para resolver el problema

⁵ Dalcher D. La paradoja de la incertidumbre: ¿cuándo menos significa más? Novática. 2011;209:49-54.

⁶*: A lo largo del texto, cuando se cita “médico” no se hace referencia en exclusiva a éste, sino a otras categorías profesionales y disciplinas relacionadas con la salud.

Han PKJ, Klein WMP, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. Med Decis Making. 2011; 31(6): 828–38.

⁷ Lipschitz R, Strauss O. Coping with uncertainty: a naturalistic decision-making analysis. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 1997;69(2):149-63.

Retrasar la acción	Posponer la decisión hasta disponer de mayor información
Pedir consejo	A expertos, superiores, amigos o colegas
Seguir el protocolo	Actuar conforme a preceptos legales o procedimientos estandarizados acordados
Razonar según asunciones	Construir modelo mental del problema basándose en asunciones que son consecuencia de lo que es firmemente conocido y que pueden ser retractados si entran en conflicto con nuevas pruebas o razonamientos que se apoyan en nuevas asunciones
Tácticas de reconocimiento	
Anticiparse	Generar alternativas de acción si fallan las iniciales
Estar preparado para responder con buena disposición	Desarrollar capacidad especial para responder a problemas a los que no es posible anticiparse
Evitar acciones irreversibles	Discurrir por caminos que tengan vuelta atrás
Balancear pros y contras	Escoger entre alternativas en términos de potenciales ganancias y pérdidas
Tácticas de supresión	
Ignorar la incertidumbre	Actuar como si estuvieras seguro de lo que haces
Seguir la intuición	Dejarse llevar por lo emocional, la experiencia
Jugársela	Echar una moneda al aire

Ninguna táctica es en sí buena o mala, salvo en el caso de la táctica supresiva de jugarse a las cartas la decisión de si actuar o no ante un paciente que consulta por un síntoma tan poco específico como la astenia, por ejemplo. Lo verdaderamente importante es tener la capacidad para poder utilizar una u otra en función del problema que se nos plantea y no llevarlas al extremo de hiperdesarrollarlas o considerarlas como únicas vías posibles de afrontar la incertidumbre. Por ejemplo, si un paciente con EPOC moderado-grave se interesa por el pronóstico de su enfermedad, podremos recurrir a la ciencia, dado que conocemos aproximadamente cuál puede ser la historia natural del EPOC, con su curva paulatinamente en descenso de la función pulmonar mellada por los empeoramientos que ocasionan las agudizaciones. Sin embargo, si un anciano frágil nos pregunta cuándo morirá, por aquello de planificar lo que le queda de vida, no tenemos ni una sola certeza ni disponemos de herramientas ni pruebas complementarias que nos permitan si quiera acercarnos a la respuesta a esa interrogante⁸. Recurrir pues a la información (táctica 1 de la tabla), puede ser útil en unos casos y completamente inútil en otras; tratar de dar respuestas científicas a todos los problemas puede ser por tanto un error.

En general, en Atención Primaria (AP) huimos de la tentación de revestir a los problemas inciertos de un halo de certidumbre, y preferimos la táctica, práctica y prudente, de actuar en base a asunciones provisionales que no damos por totalmente válidas por si las circunstancias cambian con el tiempo⁹. Y, como no, compartir la incertidumbre con el paciente cuando no tenemos una idea clara de lo que tiene ni de su pronóstico. Compartir, que no trasvasar, la incertidumbre es una prueba de honestidad, un reconocimiento implícito de nuestros propios límites y de la incapacidad de la medicina de dar respuestas a todos los problemas¹⁰, pero para llevarla a cabo es esencial construir previamente un clima de confianza mutua. Aún así, tenemos que ser

⁸ Yourman LC, Lee SJ, Schonberg MA, Widera EW, Smith AK. Prognostic indices for older adults: a systematic review. JAMA. 2012;307(2):182-92.

⁹ Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. BMJ. 2005;330(7490):511.

conscientes de que hacerlo siempre y con todos los pacientes puede no siempre ser lo más adecuado.

En un contexto como el de la AP, caracterizado por la baja probabilidad de enfermedad¹¹, la alta inespecificidad –ambigüedad- de los motivos de consulta (entre un 20 y un 71% de los síntomas somáticos que puede presentar un paciente en AP son “medicamente inexplicables”¹²) y la elevada complejidad de las situaciones clínicas⁶, es vital aprender a vivir con la incertidumbre^{13,14}, sobre todo cuando ésta se refiere no ya solo al diagnóstico, sino al pronóstico de la enfermedad que puede esconderse entre los síntomas o signos que generan una consulta. Muchos médicos de familia han frustrado su vida profesional por no haber sabido precisamente adquirir la capacidad de adaptarse al varapalo que la incertidumbre clínica supone.

Una forma especialmente útil es desarrollar la intuición, una habilidad que nace de lo emocional y que nos permite “oler” las situaciones en las que hay que activar el proceso diagnóstico por que nos da el palpito de que “algo va mal” (sentido de alarma), como contraposición a los momentos en que “sentimos” que “todo va bien” (sentido de seguridad) y donde lo prudente es, sin más, esperar y ver o directamente instaurar el tratamiento preciso¹⁵. Aprender a mecerse entre un sentido y el otro sin marearse es cuestión de tiempo. Esta habilidad, casi visceral y burda, se afina con la experiencia, aunque eso no significa que se adquiera de forma pasiva, por “ósmosis”: que sea algo emocional o animal no implica que no se deba ejercitar a través de la reflexión y con perseverancia.

En cualquiera de los casos, saber manejar la incertidumbre no es fácil y cuesta su esfuerzo. Tiene mucho que ver con la autoestima y con la asertividad (capacidad de manifestar las propias convicciones y defender sus derechos sin menoscabar los de los demás), con la capacidad de respuesta a los dilemas y problemas, con la elasticidad o capacidad de adaptación. No tolerar la incertidumbre puede ser un indicio de neuroticismo¹⁶, y los que encajan dentro de categorías diagnósticas como depresión o trastorno obsesivo-compulsivo tienen especialmente problemas con lo incierto¹⁷. Aunque eso es harina de otro costal...

Preguntas a los seminaristas

¹⁰ Quill TE, Suchman AL. Uncertainty and control: learning to live with medicine's limitations. *Humane Med.* 1993;9(2):109-20.

¹¹ Ingebrigtsen SG, Scheel BI, Hart B, Thorsen T, Holtedahl K. Frequency of 'warning signs of cancer' in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. *Fam Pract.* 2013;30(2):153-60.

¹² Kroenke K. A practical and evidence-based approach to common symptoms: a narrative review. *Ann Intern Med.* 2014;161(8):579-86.

¹³ Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35(2):95-8

¹⁴ Fiscella K, Franks P, Zwanziger J, Mooney C, Sorbero M, Williams GC. Risk Aversion and Costs A Comparison of Family Physicians and General Internists. *J Fam Pract.* 2000;49(1):12-7.

¹⁵ Stolper CF, Van Royen P, Van Bokhoven MA, Houben PHH, Van de Wiel M, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract.* 2009;10:66.

¹⁶ Schneider A, Wübken M, Linde K, Bühner M. Communicating and dealing with uncertainty in General Practice: the association with neuroticism. *PLoS One.* 2014;9(7):e102780.

¹⁷ Khawaja NG, McMahon J. The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety, and depression. *Behaviour Change.* 2011;28(4):165-80.

En este resumen hemos comenzado hablando del sustrato emocional de la incertidumbre, que es el miedo, y su impacto sobre el paciente. Luego, hemos apuntado lo que remueve por dentro la incertidumbre tanto en el médico como en el paciente, incidiendo en la necesidad de, sin abandonar nuestro campo de trabajo, conocer lo que conmueve a los pacientes, la mella que la enfermedad y sus dudas provoca en sus vidas. Por último, hemos visto cómo reaccionamos ante la incertidumbre.

Sin embargo, quedan muchas cuestiones que intentáramos resolver de aquí a que nos veamos en Madrid, y que apuntalaremos precisamente allí. A modo de ejemplo, se me ocurren tres cuestiones clave, de índole más práctica. Cómo aprender a tolerar la incertidumbre, cómo modificar las condiciones en las que podríamos desarrollar las habilidades necesarias para no sentirnos incómodos con la incertidumbre y las consecuencias negativas que puede tener sobre los pacientes el compartir con ellos la incertidumbre una vez que hemos adquirido la habilidad de afrontarla adecuadamente.

1. ¿A través de qué formas/métodos/procedimientos se puede enseñar/aprender a tolerar y manejar la incertidumbre? ¿Qué habilidades y valores concretos son necesarios para aprender/enseñar a tolerar y manejar la incertidumbre?

2. En ocasiones, la incertidumbre no sería tal si pudiéramos trabajar en unas condiciones que permitieran desplegar los elementos necesarios para llevar a cabo un proceso de toma de decisiones adecuado. Por ejemplo, las prisas por responder aquí y ahora a todas las necesidades que nos presenta el paciente. Uno dos tres, responda otra vez. Por 10 euros cada una, díganos qué elementos, barreras o problemas, crees que pueden entorpecen o interfieren en el proceso de toma de decisiones en una consulta de Atención Primaria y que pueden constituirse en una fuente extra incertidumbre.

3. Decimos, porque estamos convencidos que es lo mejor, que es necesario compartir la incertidumbre con el paciente. Sin embargo, en ocasiones esta conducta puede ocasionar problemas o efectos indeseables o inadvertidos. ¿Cuáles serían estos efectos colaterales? ¿En qué personas y bajo qué circunstancias se podrían dar? Y sobre todo, ¿qué hacer para evitarlos?