

Ponentes Isabel Chicharo (R1 de Medicina de Familia/Comunitaria en Granada) y Daniel Yera Tutora (R1 de Medicina de Familia/Comunitaria en el Centro de Salud de Almanjáy, Granada). Tutora Teresa Eyaralar (farmacéutica jubilada, Asturias).

*Antonio es diabético. “Por los quilos de más, desde joven. No hay forma de adelgazar”, explica siempre. Sigue con sus 100 kilos para 170 cm de altura. No tiene problemas, se relaciona bien con todos los profesionales. De hecho, mejor que bien pues se adapta a ellos como una seda. A quien tiene manía con la dieta, que no come más que ensaladas; a quien le insiste en que haga ejercicio, que todas las tardes da un paseo de dos horas; a quien le insiste en que deje de fumar, que ya lleva una semana sin probar el tabaco; etc. “Todo mentira, pero todos felices”, dice a sus amigos cuando están jugando a las cartas.*

**[Pacientes complacientes. Atención centrada en el paciente ¿o en el profesional? Pacientes complejos ¿o sistema simple? Creencias y expectativas de los pacientes]**

Comenzamos nuestro resumen con dificultades para organizar todas las ideas que nos surgen de acuerdo con este caso. Hemos decidido tomar a Antonio y el ejemplo que se ofrece como eje.

Podemos empezar por plantearnos: ¿Por qué Antonio no es sincero en la consulta? ¿Por qué recurre a la mentira, si el objetivo primero es su propia salud?

La respuesta es tan simple, que no nos queda otra que asumir que tan SIMPLE no puede ser. Y es que, en efecto, queremos poner el foco en cómo la complejidad de ser persona va a atravesar indudablemente este contacto sanitario. Cómo mínimo contamos con dos humanos: paciente y profesional sanitario (enfermería, medicina, farmacia, etc), y probablemente otros acompañantes añadidos, con las expectativas y miedos que cada individuo pueda aportar.

¿Por qué mentimos? La mentira puede entenderse como un mecanismo de protección, de quien evita ser juzgado, un intento de proyectar una mejor imagen de uno mismo. (En este caso vemos como las cuestiones sobre las que Antonio falta a la verdad concretamente son cambios sobre los estilos de vida, y nos parece especialmente pertinente; en la práctica clínica suelen ser las medidas que menos adherencia suscitan, exigen a nuestro paciente un esfuerzo y una toma de responsabilidad sobre su propia salud (falta de confianza en la medida).

Se convierte en un reto que planteamos y que nuestro paciente, siendo muy reduccionista, puede o no conseguir. Reconocer el fracaso ante la figura de autoridad que representamos en este contexto, ante ellos mismos, ante sus familiares o personas cercanas puede ser francamente complicado. Reconocer que “no fui capaz” (no fui capaz incluso tratándose de mi salud), en este mundo

hiperproductivo e individualista que nos dice que, con más esfuerzo y dedicación, con más ganas, y si uno mismo fuera mejor, podría conseguir todo lo que se proponga, no es siempre sencillo.

1. - Así una frecuente resolución de esta consulta sería aceptar que Antonio sigue todas las recomendaciones, a pesar de que diferentes indicadores nos hablan de qué esto no es verdad. Mantener el tratamiento, aumentar dosis o incluso iniciar nuevas terapias, segundas y terceras líneas más agresivas y con más efectos secundarios. Nos lo recomiendan sus exámenes médicos, y las guías de práctica clínica. Además, la confianza es la base de la relación clínica y debemos creer al paciente, no podemos pecar de paternalistas. Hemos hecho todo bien, y cómo dice Antonio, *“todos felices”*.
2. - Por otro lado, podemos suponer que Antonio continúa con malos hábitos alimenticios, vida sedentaria, consumiendo tabaco o sin seguir una línea de tratamiento sea cual sea, aunque él diga lo contrario, pero no insistimos. No vamos a conseguir nada y evidenciar que nos está mintiendo puede suponer un conflicto en consulta. De acuerdo con el principio de autonomía del paciente, él decide no seguir nuestras recomendaciones y nosotros no podemos hacer más que respetarlo. Su salud es su responsabilidad. Nosotros hemos actuado cómo se nos indica, así que de nuevo, *“todos felices”*.

3.

Pues no lo estamos y no queremos estarlo.

Nuestro objetivo debe ser maximizar la salud de los pacientes. Desprendernos de la responsabilidad que supone la falta de cumplimiento, más que respeto a la autonomía nos parece un abandono terapéutico y un “quedarnos en la superficie”. Si bien los conceptos de responsabilidad de la salud propia y autonomía son reales e ineludibles, aprovechamos para pensar juntos sobre cómo, mal entendidos, pueden ser usados como excusa que simplifique nuestro trabajo. Convertirlos en una herramienta a la que aferrarnos para calmar nuestra conciencia y mantener que ya hicimos todo lo posible, “todos felices”, ser en definitiva, complacientes nosotros también con la mentira. Esta situación llega y existe y debemos asumir que no siempre conseguiremos que los Antonios lleven a cabo y perciban cómo importantes nuestras recomendaciones, pero con frecuencia, podemos pensar que hemos llegado a ese punto demasiado pronto.

¿Qué proponemos?

Sin duda, apelamos a la tan usada, pero nunca suficiente idea de “la relación profesional-paciente”. Debemos buscar la manera de conseguir que la consulta se convierta para Antonio en un espacio en el que no se sienta juzgado y así hacérselo saber, pues para el objetivo que compartimos, conocer “qué” está haciendo realmente por su salud es simplemente indispensable.

Planteamos:

- -Hablar sobre el fracaso, reconocer la dificultad que supone lo que se le está pidiendo y celebrar los pequeños o grandes éxitos. Nos parecen caminos más honestos que apostar por el *todo o nada*, que frecuentemente conseguimos. En este sentido herramientas como la entrevista motivacional pueden resultar realmente útiles entrando dentro de las herramientas de esta misma la escucha empática y la capacitación del paciente con respecto a las medidas propuestas. De esta manera, si conseguimos mediante una buena relación de confianza y dejando claro que empatizamos con Antonio y sus dificultades, podemos conseguir un ambiente en consulta que nos permita plantear objetivos más conseguibles y que Antonio se vea capaz de conseguir.
- -Responsabilidad compartida profesional-paciente, frente a depositar totalmente en el paciente la responsabilidad de conseguir alcanzar ciertos objetivos. Si Antonio no puede seguir una dieta saludable por sus propios medios, no podemos simplemente asumir que siempre se alimentará mal. Si una estrategia no está funcionando, probablemente insistir en ella no va a ser resolutivo. Búsqueda y propuestas de otros caminos.
- -Indagar sobre cuáles son los motivos por los que no está consiguiendo modificar sus hábitos de vida: tiempo, recursos, voluntad, falta de confianza en las medidas terapéuticas, falta de información al respecto, etc para poder ajustar el plan de actuación a Antonio.
- -Adecuar objetivos (medicina individualizada e integral): estos mismos objetivos o medidas que planteamos al paciente, son habitualmente recomendaciones generalistas y el fracaso de éstas nos debe hacer pensar si podemos encontrar pasos intermedios u alternativas que tengan en cuenta las necesidades del paciente. Quizá abandonar el tabaco de un día para otro, no es viable, podremos empezar negociando una reducción del consumo y comprometernos a un seguimiento de este proceso en consulta. Conseguimos transmitir que para nosotros como profesionales es tan importante la cifra de hemoglobina glicada, como el abandono del tabaco.