

Capítulo 5

Pensamiento crítico: cognición educada para la práctica clínica

Francesc Borrell-Carrió y Eva Peguero Rodríguez

Suele confundirse al pensamiento crítico con una actitud escéptica. En la actualidad, el pensamiento crítico se entiende como una manera de *pensar y hacer*, sujeta a estándares de calidad (Hitchcock, 2020). Pero si hablamos de disciplinar nuestros procesos cognitivos, estamos hablando de conocerlos, supervisarlos y rectificarlos. La práctica clínica crítica aplica esta metodología para lograr un profesional de la clínica con mirada semiológica, capaz de aplicar de manera personalizada los avances de la Medicina Basada en Evidencias (MBE, en adelante), atento a reconocer lo que sabe, pero, sobre todo, lo que ignora y lo que debe rectificar.

¿De dónde partimos?

La MBE, impulsada en el año 1992 por David Sackett y Gordon Guyatt (Sackett *et al.*, 1996), proporciona una metodología para ordenar, depurar y jerarquizar los conocimientos que adquirimos tanto en el nivel diagnóstico como de tratamiento. Gracias a la MBE, el clínico dispone de una amplia gama de criterios, eso es, de reglas de actuación para la mayoría de las situaciones, con una actualización continua según la evidencia científica (ensayos clínicos), y consensuada por expertos internacionales. La MBE se sirve de diferentes herramientas metodológicas y estadísticas, y se somete a una actualización permanente para ofrecer a los profesionales sanitarios conocimientos con alto valor pragmático y de veracidad.

La Práctica Clínica Centrada en el Paciente (PCCP, en adelante), por su parte, constituye un cuerpo de valores, actitudes y conocimientos que –a diferencia de la MBE– el profesional tendrá que aplicar de manera creativa y personalizada. En sentido pragmático es lo opuesto a la MBE, pues huimos de las generalizaciones para adaptar los conocimientos de la MBE a cada persona. La PCCP supone conocer sus expectativas y valores y llegar a decisiones compartidas. En la Tabla 1 sintetizamos los principios de la PCCP (Barragán, 2016; Hernando, 2016; Stewart, 1984) distinguiendo dos importantes escuelas: la inglesa y la canadiense.

Tabla 1. Principios de la Práctica Clínica Centrada en el Paciente

Modelo inglés	Modelo canadiense
<p>Comprender la naturaleza e historia del problema.</p> <p>Considerar la perspectiva del paciente.</p> <p>Capacitar al paciente para que elija una acción apropiada a cada problema.</p> <p>Capacitar al paciente para manejar el problema.</p> <p>Considerar otros problemas.</p> <p>Usar el tiempo apropiadamente.</p> <p>Mantener un tipo de relación con el paciente que facilite la consecución de las tareas.</p>	<p>Explorar las enfermedades y las vivencias: creencias, expectativas, emociones e impacto.</p> <p>Comprender a la “persona completa”.</p> <p>Buscar acuerdos.</p> <p>Incorporar la prevención y promoción de la salud.</p> <p>Cuidar la relación: pacto frente a contrato.</p> <p>Ser realista, viendo el modelo desde la continuidad de la atención, objetivos y costes razonables.</p>

Hay quien ataca a la MBE porque es “reduccionista”, es decir, simplifica la realidad humana al funcionamiento de sus vísceras y a “meros” diagnósticos. Esta crítica confunde lo que es *conocimiento parcelar de lo que es conocimiento reduccionista*. La MBE es conocimiento parcelar, y el deber de todo buen clínico es complementarla con una visión centrada en el paciente.

También se ataca a la MBE porque las taxonomías diagnósticas “etiquetan y estigmatizan” a los pacientes (Borrell-Carrió *et al.*, 2023). Ciertamente eso ha sucedido ocasionalmente: las ideologías de género (y de otro tipo) se inmiscuyen en todas las tareas, por científicas que las pretendamos. Recordemos el infausto caso de la homosexualidad entendida como enfermedad en la taxonomía psiquiátrica hasta la década de 1970. Sin embargo, las taxonomías diagnósticas –salvo en casos como el recién mencionado– sintetizan para cada momento histórico cuán minuciosa, precisa y matizada es la mirada del experto. La mayor parte de diagnósticos conllevan muchos conocimientos y consecuencias asociadas. Por ello, somos cada vez más exigentes con los criterios que permiten aplicarlos, y con los adjetivos que lo matizan y especifican.

Un ejemplo interesante sería observar la evolución histórica del abordaje del vértigo. Poco tienen que ver los diagnósticos que realizaba un médico en los años 50 del pasado siglo con los de ahora (ni posiblemente con los que realizará un médico del 2050). No es mera cosmética: hoy en día solo admitiríamos

el calificativo de “síndrome vertiginoso” como paso previo a un diagnóstico más preciso (central, periférico, etc.), y gracias a ello una terapia más etiológica, por ejemplo, en bastantes casos, realizar una anamnesis y exploración del vértigo permiten prescindir de fármacos, ya que un elevado porcentaje de vértigos posicionales pueden solucionarse con una sencilla maniobra de Epley (Ballve-Moreno, 2021).

Las taxonomías son imprescindibles para mirar en profundidad la realidad que nos rodea, porque atesoran el conocimiento de diversas generaciones de profesionales. Por esta razón, el buen profesional sabe que tiene sus propios escotomas (zonas de ceguera), es decir, que prácticamente nunca diagnostica determinadas entidades por lo demás prevalentes y perfectamente definidas en estas taxonomías. Por ejemplo, hay pediatras que nunca han diagnosticado un Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). O médicos de familia que nunca han diagnosticado una lesión del músculo piramidal, confundiéndolo con una lumbalgia. Si estos profesionales quieren progresar, deben reeducar y actualizar su mirada semiológica.

El clínico, por tanto, debe conocer lo que sabe diagnosticar, lo que infra-diagnostica y lo que sobrediagnostica, ¡ambos! (Jenniskens *et al.*, 2017). En este sentido, el buen clínico está atento no sólo a “lo que ve” y diagnostica, sino *también a “lo que no ve” y lo que “sí ven” otros colegas expertos*, y tratará de emular a los mejores.

Otro aspecto interesante es que el buen profesional se observa, y observa a los demás colegas; está atento y defiende su criterio clínico (independencia de criterio), pero también está abierto a lo que otros expertos y las Guías Clínicas puedan enseñarle (interdependencia de criterio) (Borrell-Carrió, Albarracín y Barragán, 2022). En pocas palabras: defiende su punto de vista sobre un determinado paciente, pero atento a las aportaciones de otros colegas. *Reflexiona sobre su práctica (aplica metacognición) e incorpora cambios.*

El pensamiento crítico como práctica educadora de la cognición

El pensamiento crítico es la metodología mediante la cual sometemos nuestros procesos cognitivos (percepción, juicios, creencias, actitudes y motricidad) a estándares de calidad derivados del consenso de expertos (Hitchcock, 2020). Ello supone operaciones mentales tan relevantes como distinguir hechos de

valores, integrar la perspectiva de otros agentes y culturas, y detectar los sesgos grupales y de actitud para, hasta donde sea posible, elaborar un juicio propio.

El profesional debe no sólo conocer, sino asimilar y saber aplicar mediante pensamiento crítico las Guías Clínicas basadas en evidencias. ¿Qué significa asimilar una Guía Clínica? Significa que comparamos las pautas que propone con lo que hemos interiorizado al cabo de años de práctica clínica. El resultado de esta asimilación es un *Illness Script*, un Guion de enfermedad (Charlin, *et al.*, 2007; Keemink *et al.*, 2018.). La diferencia entre esta Guía y este Guion es que la Guía es pública, es un documento formal fruto de un consenso. El Guion es subjetivo, no lo escribimos, es lo que hemos asimilado –¡cada uno de nosotros!– de la Guía, junto con los criterios que la experiencia clínica a lo largo de los años ha ido modelando en nuestra mente. En cierta manera equivale a lo que siempre se ha llamado “experiencia clínica”, y hace exclamar a un médico: “no voy bien con este paciente” “este paciente tiene algo que no me gusta”, “tengo que probar tal medicamento”, “algo se me escapa y no sé qué es”, “parece un cólico renal pero no me fío”, etc.

Los Guiones de Enfermedad no siempre capturan la riqueza de las Guías. Un/a experto/a en una enfermedad concreta detecta cómo otros colegas no aplican correctamente determinados criterios, lo que conduce a sobre o infra-diagnósticos. Ocurre con todo tipo de enfermedades, pero en especial con las relativas a salud mental, reumatología, infectología, enfermedades inmunitarias... Y a la inversa: las Guías Clínicas cada vez son más precisas, pero aun así son tantos los matices socioculturales y biológicos, que un experto siempre detecta –a partir de su experiencia clínica– aspectos de mejora, o aspectos sin suficiente evidencia. Es decir, las Guías no siempre capturan la riqueza de los Guiones. Precisamente esta incompletitud de las Guías está en el origen de muchos trabajos de investigación. Dicho de otra manera: *los mejores investigadores en el campo de la clínica son profesionales pertrechados de magníficos guiones de enfermedad.*

Aplicar una Guía a un paciente concreto implica que el clínico se dota de mirada semiológica, comprende la idiosincrasia de cada paciente y educa sus procesos cognitivos (percepciones, juicios, hábitos motrices) para actuar bajo el principio de incompletitud epistémica (nuestra comprensión de la realidad es siempre mejorable) y veracidad (presto a rectificar para ajustarnos mejor a la realidad) (Dougherty, 2011). Todo ello para llegar a un juicio clínico (“qué

le ocurre a mi paciente”) y a una propuesta de actuación (“cuál consejo o tratamiento le propongo”).

En la Tabla 2 resumimos lo que serían los hábitos mentales necesarios para esta *práctica clínica “crítica”*, o si se prefiere, basada en la cognición educada.

Tabla 2. Hábitos de pensamiento crítico en la práctica clínica

Educación de la mirada semiológica: tenemos un “modelo de perfección” o, si lo preferimos, un “*gold standard*” al que aproximarnos, prescrito por la comunidad de expertos y guiado por los valores profesionales. Ello supone:

Educación de la percepción.

Educación del juicio.

Educación de creencias y actitudes.

Educación de los hábitos psicomotores.

Educación de la toma de decisiones mediante el conocimiento de la probabilidad condicionada, y de manera compartida con el paciente, incorporar la idiosincrasia de cada uno, sus expectativas, valores y momento biográfico.

Resulta también necesario: a) distinguir juicios de hecho de juicios de valor, b) distinguir argumentos de falacias y c) identificar conocimientos caducos y hábitos mentales y conductuales que precisan actualizarse.

Considerar los conocimientos aportados por las Guías Clínicas basadas en evidencias científicas (MBE) como un conocimiento parcelar indispensable, pero no suficiente.

Contrastar estas Guías con nuestros Guiones subjetivos.

Elaborar Guías de Situaciones Clínicas (GSC) (en constante revisión), demorar la resolución de entrevistas complejas y estudiar estos casos “fuera de la consulta”, compartiendo experiencia clínica con los colegas.

Utilizar el Supervisor de Tareas de manera adaptada a cada profesional como estrategia para introducir la metacognición en momentos clave de la entrevista clínica.

Estar presente, ser capaces de manejar la atención de lo general a lo focal, de nuestra percepción corporal al entorno. Cultivar la perplejidad y reconocer los errores siendo capaces de rectificar prestamente. Estudiar “para aplicar”.

¿Cuáles serían los pasos para llegar a este nivel de excelencia que supone una *práctica clínica “crítica”*, o si se prefiere, basada en la cognición educada?

a. Educar la percepción

Educamos la percepción cuando aprendemos a leer las lesiones dermatológicas aplicando una nomenclatura específica, o aprendemos a identificar los ruidos y soplos cardíacos. Para educarnos en la percepción usamos tres estrategias:

- **Inmersión:** asociar percepciones visuales, olfativas, táctiles..., a cuadros clínicos canónicos. Por ejemplo, el olor de una herida infectada por *Cándida*.
- **Imitación:** poner en práctica “lo que veo hacer a clínicos más expertos”. Por ejemplo, cómo palpar un abdomen para detectar una esplenomegalia.
- **Contraste:** darnos cuenta de que otras personas lo hacen mejor que nosotros, y aprender de ellas. Por ejemplo, añadir a nuestra práctica una maniobra exploratoria de un nódulo de tiroides, o del tendón del manguito de los rotadores del hombro, que vemos realizar a un colega.

b. Educar el juicio clínico

La educación del juicio tiene 4 momentos:

- *Primer momento: integrar datos.* Sólo llegaremos a buenos diagnósticos si partimos de buenos datos, y a tal efecto es menester preguntarnos:
 1. ¿Hemos considerado todo el espectro de posibles datos semiológicos (biopsicosociales)?
 2. ¿Proviene de una fuente primaria (los he recogido personalmente desde el propio paciente), o secundaria (informes, opiniones de familiares o de otros profesionales)?
 3. ¿Sabemos diferenciar los buenos datos semiológicos de otros datos de baja o nula calidad? Por ejemplo, los datos obtenidos con preguntas de respuesta sugerida los consideraremos de baja calidad (“...le duele menos, ¿verdad?”); en cambio, las preguntas abiertas ofrecen datos semiológicos de mayor calidad (“Juan, explíqueme cómo es ahora el dolor respecto a cómo empezó”). ¡Sólo si tenemos datos de calidad podremos llegar a buenos diagnósticos!
- *Segundo momento: implosión de datos, es decir, reducción de datos a los que consideramos relevantes.* Tras una anamnesis y exploración física solemos tener una sobreabundancia de datos, de aquí el término *implosión*:

tenemos que destacar los datos que orientan a un diagnóstico de los que pueden confundirnos. Para ello realizaremos tres importantes tareas:

- a) Distinguiremos lo que es una demanda de salud (el paciente tiene la expectativa de que efectuaremos un nuevo diagnóstico, o un tratamiento, o un consejo), de lo que es una queja (el paciente asume que esta molestia se debe a un padecimiento crónico ya diagnosticado y no espera que hagamos nada al respecto) (Borrell-Carrió, Hernández y Lázaro, 2011).
 - b) Distinguiremos los *nuevos síntomas* de los ya conocidos. Muy importante hacer lo mismo con los datos exploratorios, lo que requiere una Historia Clínica suficientemente meticulosa.
 - c) Distinguiremos y priorizaremos aquellos datos que requieren una *actuación inmediata*. En ocasiones descubriremos “*claves semiológicas que obligan a una actuación diagnóstica o terapéutica inmediata*”, por ejemplo, unas petequias (puntos rojos en la piel) en un niño con fiebre alta, dado que obligan a descartar una sepsis meningocócica. Les llamamos a estos signos (y también a algunos síntomas) “*claves semiológicas que obligan*”, porque siempre indicarán conductas obligadas, *aunque no dispongamos de un diagnóstico definitivo*. Por ejemplo: rigidez de nuca, fiebre y petequias obligan a una punción lumbar, una taquicardia supraventricular obliga a una maniobra de Valsalva, etc.
- *Tercer momento: Etiquetado taxonómico*. Es uno de los puntos más arriesgados de este discernimiento y del que menos literatura disponemos. Se trata de un proceso de ensayo y error por el cual escogemos unos datos y excluimos otros (filtro de verosimilitud), para colegir cuál puede ser el diagnóstico más plausible. El modelo epistémico subyacente es el siguiente:
 - a) Nuestro paciente con toda probabilidad tiene una enfermedad que la comunidad científica ha definido en su taxonomía;
 - b) la presencia de determinados síntomas o signos aumentan la probabilidad de padecer una de estas enfermedades definidas en las taxonomías;

- c) aplicando un proceso abductivo bayesiano comparamos el cuadro clínico de nuestro paciente a los cuadros clínicos conocidos, y *teniendo en cuenta la prevalencia en la comunidad de estos cuadros*, elegimos el que tiene mayor probabilidad condicional.

Como decíamos más arriba, el médico experto organiza su conocimiento mediante Guiones de Enfermedad que, en ocasiones, parecen desmentir el modelo precedente. Veamos por qué. A diferencia de las Guías Clínicas, estos Guiones de Enfermedad los desarrolla cada profesional a partir de sus vivencias. No es un protocolo escrito, e incluso no siempre será capaz de verbalizar toda la riqueza de matices que es capaz de desarrollar frente a una patología concreta. Por ejemplo, un pediatra ante un determinado niño con otitis media puede decirse: “este niño precisa un antibiótico con toda seguridad”. O un médico de familia: “esta tos casi con toda seguridad es por COVID-19”. Otro ejemplo:

Caso 1. Mujer de 68 años, diabética desde hace 16 años, que presenta dolores neuropáticos en abdomen de varios meses de evolución. El diagnóstico diferencial es muy amplio, pero la probabilidad de que la causa de sus parestesias se deba a una neuropatía diabética es considerable, aunque el área afectada no sea la más típica.

En tal caso, ¿qué aporta la llamada “experiencia clínica”? Desde nuestra perspectiva:

- a) organiza estos Guiones de Enfermedad según probabilidad de aparición en un entorno biopsicosocial determinado;
- b) enriquece las Guías Clínicas (éstas sí, consensuadas y formalizadas en documentos), con apreciaciones personales de gran valor.

Ian Chalmers (2002) en un campo de refugiados palestinos seguía la Guía Clínica del sarampión (año 1960) y no daba antibióticos a sus niños; sin embargo, detectó mayor mortalidad en relación con sus colegas palestinos, que sí lo daban. ¡Este fue uno de los inicios de la Colaboración Cochrane! Un modelo potente (los antibióticos no actúan en infecciones víricas) puede ser

matizado en la práctica clínica real por muchos factores (en nuestro caso, porque la malnutrición conducía a sobreinfecciones bacterianas).

En definitiva, *de manera natural el clínico deviene un experto en el Teorema de Bayes*. En este sentido, compartir en un equipo esta experiencia clínica entre diferentes generaciones de profesionales resulta de gran interés: por lo general, los mayores aportan escepticismo y matices clínicos, y los jóvenes los últimos criterios consensuados por la comunidad de expertos. Los primeros reclaman mayor flexibilidad, y los segundos mayor rigor, y *del cruce de perspectivas se produce una ganancia generacional*.

- *Cuarto momento: juicio pragmático*. Siguiendo con el Caso 1 de la posible neuropatía diabética, el médico no puede afirmar taxativamente que las parestesias se deban a la diabetes. Probablemente solicitará pruebas complementarias para excluir otros padecimientos menos frecuentes, pero importantes, *especialmente aquellos que pudieran poner a riesgo la vida del paciente* (como podría ser una patología tumoral, desmielinizante, deficitaria de vitamina B12, etc.). Un juicio de pros y contras le conducen a solicitar pruebas de laboratorio e imagen dirigidas a estas entidades menos probables. Esta sería la primera etapa del juicio pragmático: *descartar diagnósticos poco probables pero graves*. Una segunda etapa se trata de decidir la mejor conducta resolutive. La extensión de un impétigo en un niño de 4 años obliga a un tratamiento antibiótico sistémico, pero quizás este antibiótico sea necesario también en un caso menos grave si la familia no puede asegurar una terapia tópica correcta, por motivos que suelen ser socioculturales. La manera de comunicar este diagnóstico y acomodar al paciente –y familia– a su nueva situación, tomando en cuenta personalidad, preferencias, expectativas, valores vitales, deseos de la familia, etc., va más allá de una mecánica aplicación de una guía clínica. Circunstancias como la ancianidad, la soledad o el analfabetismo, son ejemplos para entender la importancia de compartir el significado de los hallazgos clínicos y las decisiones consecuentes. *Es un balance de pros y contras*, un ejercicio de apreciar consecuencias de cada estrategia posible y tratar de preservar los valores morales que se enfrentan, sobre todo cuando el contexto sociofamiliar es complejo. Un caso típico sería el hijo que prohíbe al equipo asistencial informar a su madre de que padece un cáncer terminal (pacto de silencio).

c. Educar creencias y actitudes

Educamos nuestras creencias cuando logramos pensarlas en términos probabilísticos. Por ejemplo, aunque estemos convencidos de que “este paciente tiene una Esclerosis Lateral Amiotrófica”, preferiremos la expresión: “lo más probable es que este paciente tenga...”

Educamos nuestra actitud cuando, por ejemplo, entra en la consulta un mendigo que lleva tiempo sin ducharse, y nos damos cuenta de la aversión inicial que nos produce su mala olor; en este instante nos programamos para que no influya sobre la exploración física: “*deberé tocarle la barriga sin excusas, el cuadro clínico me obliga a ello*”.

¿De qué manera clasificamos a las personas? Las clasificamos de forma casi automática mediante estereotipos (etiquetas a partir de un rasgo físico de apariencia, conductual o social que hace que la valoremos de manera positiva o negativa). Es una manera rápida de orientarnos en las relaciones sociales, pero salvo la rapidez, todo lo demás son desventajas. Y desde luego, nada más contrario a la PCCB, pues los estereotipos esconden la riqueza de cada ser humano, nos hacen creer que conocemos a esa persona y que podemos predecir su sentimientos y reacciones y, lo más peligroso, condicionan nuestra mirada semiológica y el juicio clínico. ¿Cómo podemos vencer esta tendencia, por cierto, tan humana? A continuación, unas recomendaciones:

1. Cuanto más rápido es el juicio que nos hacemos de las personas, tanto más probable es que tengamos una visión polar e inexacta. Por el contrario, tenemos que darles una oportunidad para que nos sorprendan.
2. Cualquier juicio que nos formemos sobre una persona debe llevar el sello de “provisional”. Tenemos que adquirir el hábito de rectificarlo siempre que sea adecuado.
3. En ocasiones no podemos evitar un juicio negativo por la manera de presentarse, su apariencia, vestido... En tal caso podemos contrarrestar este impacto por ejemplo imaginando que comparte con nosotros una afición o una cualidad que admiramos.
4. Hemos de estar permanentemente alertas a evitar la influencia de un prejuicio sobre todo cuando conocemos a un paciente desde hace tiempo (por ejemplo, “este paciente acude al consultorio habitualmente por

tonterías”), porque dicho paciente acudiría también cuando lo que le ocurra sea grave.

Existen estrategias de prevención del error que consisten en preguntarse antes de tomar una decisión clínica: si esta persona o situación no tuviera esta característica tan identificable (estereotipo), ¿tomaría la misma decisión? (Borrell, 2007). Por ejemplo, si esta persona se expresara de manera más cortés, ¿actuaría igual? Si no llevase un gran retraso hoy en la consulta, ¿actuaría igual? Si no hubiese sospechado este raro diagnóstico hoy a otra persona, ¿también lo descartaría para este paciente?

d. Educar hábitos psicomotores

Educamos nuestra motricidad cuando aprendemos a desbridar un absceso o a manejar la pistola de crioterapia o explorar un hombro imitando a los expertos. Tras una primera fase de absoluto control gestual, con el tiempo actuaremos sin casi pensar en los detalles, atentos al efecto global de nuestras acciones.

Pues bien, la fase verbal y exploratoria de un encuentro clínico se compone de variados y complejos hábitos que deben adquirirse y actualizarse. Es un proceso similar al del pianista, que mecaniza la lectura de una partitura y, con ello, es capaz de centrar la atención en *interpretar* dicha partitura.

En nuestro caso, adquirir hábitos complejos de anamnesis y exploración física libera nuestras capacidades cognitivas y permite que nuestra atención oscile de lo focal a lo general, de los datos que vamos obteniendo a su interpretación. El proceso diagnóstico se desarrolla de manera simultánea a la adquisición de datos y hasta cierto punto orienta las tareas semiológicas para, en ocasiones, cortocircuitarlas (“ya tengo el diagnóstico, no es necesario que prosiga la anamnesis o la exploración física”). Por ello un hábito clínico consistente garantiza que el profesional completará las tareas antes de cerrar prematuramente el caso (Vázquez-Costa y Costa-Alcaraz, 2013). También nos permite predecir consecuencias futuras de nuestros actos y decisiones. El siguiente Caso 2 ilustra la importancia de adquirir hábitos complejos y orientarnos en la complejidad clínica:

Caso 2. Un paciente de 44 años, que nunca anteriormente había acudido al Centro de Salud, consulta por una infección respiratoria aguda y, solo con mirar su aspecto, la doctora aprecia un posible bocio. Apunta en la Historia

Clínica: “explorar tiroides”. Prosigue con la anamnesis y en la exploración física, cuando descubre el tórax, aprecia una placa hiperqueratósica con una zona melanótica. Ha realizado un juicio de hecho que deriva a un juicio de valor: “¡Peligro! Esta zona melanótica puede esconder una lesión maligna”. La doctora identifica una “clave semiológica que obliga” (en este caso: “una zona melanótica bajo una placa hiperqueratósica requiere una dermatoscopia urgente”). El proceso es tan rápido que normalmente el clínico aprecia la lesión y determina la conducta futura, eso es, va del juicio de hecho a la prescripción de conducta casi de manera automática, como si fuera un acto reflejo pavloviano. Sin embargo, prosigue la exploración de la infección respiratoria y encuentra unos crepitantes pulmonares que, junto a la fiebre, le hacen sospechar una neumonía. Otra clave semiológica que obliga, en este caso, a una radiografía también urgente. Regresa a su mesa y lee “explorar tiroides”. Diligente le dice al paciente: “Disculpe, me olvidé de explorarle el cuello, ¿me permite?” Y, en efecto, descubre un bocio.

Solo una doctora bien formada en hábitos clínicos detecta y afronta tres patologías relevantes –dos de ellas sin ser objeto de demanda por parte del paciente– en un mismo acto clínico. Tener hábitos clínicos automatizados le ha ayudado mucho, pero ha intervenido otro elemento: su capacidad de orientarse en lo que resulta importante y lo que no. En el caso que describimos quizás se ha preguntado en algún momento: “¿he acabado de valorar la infección respiratoria?”, “¿puedo demorar el tema del bocio, o es mejor afrontarlo hoy, ya que este paciente tal vez no vuelva a la consulta si se encuentra bien?” Este es el principal interés filosófico de lo que estamos tratando, el papel de la metacognición en el encuentro clínico.

Un primer punto de llegada: la mirada semiológica

Esta doctora, además, transforma datos en conceptos, una mancha en el tórax en una lesión dérmica, un cuello ligeramente abultado en un posible bocio. Esta doctora tiene lo que llamamos “mirada semiológica”.

El clínico que sabe mirar, escuchar y explorar de manera ordenada y minuciosa, que sabe distinguir un juicio de hecho (“este paciente tiene una manera de andar en estepaje”), de un juicio de valor (“debo verificar que este

paciente no tenga una neuropatía, mielopatía o miopatía”), que sabe distinguir diferentes niveles de significado para un mismo mensaje (“este paciente protesta por un informe extraviado, pero lo importante es el patrón de comunicación, compatible con la irritabilidad del depresivo grave”), y distingue la persona biográfica –*su realidad social*– de la persona-cuerpo –*su realidad biológica*–, este clínico ha adquirido mirada semiológica.

Sobre esta capacidad semiológica podemos construir una relación clínica centrada en el paciente (Tabla 1); pero sin ella, nos arriesgamos a errores gravísimos e incluso a una empatía sobreactuada que puede ser una coartada para esconder la falta de pericia clínica (*substituir con simpatía nuestra impericia*). Una *excesiva psicologización de la práctica clínica* puede conducir a cierto olvido o banalización de la realidad biológica de cada persona, dando prioridad a la información obtenida en la anamnesis sobre la obtenida en la exploración física. Grave error (Borrell-Carrió y Cebrià, 2002).

La mirada semiológica aprovecha todos los canales perceptivos y de comunicación para construir una –o varias– hipótesis biopsicosociales del paciente. Una de las características del buen semiólogo es que establece grados de verosimilitud de estas hipótesis, y jerarquiza aquellas que tienen mayor importancia para la calidad y esperanza de vida del paciente.

El semiólogo observa, escucha y explora. Observa con todos los sentidos, de manera sincrónica y diacrónica, aplicando principios hermenéuticos para extraer significados ciertos, probables o plausibles. La escucha que realiza se desarrolla a un nivel superficial (significado social de lo proferido), pero –de manera simultánea– a un nivel simbólico (significado biográfico), interpersonal (fuerza ilocucionaria de lo proferido en tanto que acto de habla) y semiótico. Remarquemos esta última característica de la escucha: el profesional *convierte la propia emisión verbal como fuente de datos* de enorme importancia: fluencia, prosodia, dinámica, etc., van a proporcionarle datos de personalidad, de entorno cultural, de quinésica emocional, de curso y riqueza de pensamiento, etc.

Un elemento crucial de la mirada semiológica es la exploración física. Gracias a ella contactamos sin mediación verbal con la realidad biológica de la persona, y nos posibilita apreciar una enfermedad de Parkinson antes de que el mismo paciente haya detectado los primeros síntomas, sospechar un consumo de cocaína en un paciente que niega drogadicciones, sospechar una anemia por sangrado en un paciente que acude por dolor lumbar y está tomando más

dosis de antiinflamatorios de las que se le propusieron, sospechar un linfoma en un paciente al encontrar una adenopatía al explorar su resfriado, o sospechar una enfermedad bipolar meses o años antes de que se produzca un brote maniaco... Es la enorme fuerza de la mirada semiológica (que por desgracia muchos médicos nunca alcanzan en su plenitud, sobre todo si psicologizan en exceso su práctica clínica olvidando la esencia del modelo biopsicosocial).

Resulta interesante constatar que el análisis de una práctica compleja, como es la clínica, supone relacionar conceptos científicos con conceptos filosóficos e incluso psicológicos. Regresemos a la exploración física para analizarlo desde este prisma.

Explorar significa romper un espacio de privacidad, con toda la carga simbólica que representa. Un tacto rectal, por ejemplo, supone crear una realidad alternativa a la usual (significado operativo versus significado interpersonal). El médico de urgencias puede que mantenga este diálogo interno antes de realizar un tacto rectal: “Me veo obligado a proponer este tacto rectal porque es la maniobra exploratoria más sencilla y directa para diagnosticar un conjunto de enfermedades, en este caso una apendicitis”.

Pero, además, es imprescindible que el profesional sepa cómo realizar la maniobra y cómo interpretarla, es decir, cuándo va a considerarla positiva, dudosa o negativa. Aparece entonces lo que llamamos “filtro de verosimilitud”. Aplicamos el filtro de verosimilitud para distinguir hallazgos físicos (¡como también verbales!), pertinentes de los no pertinentes a efectos de diagnóstico. Hay tal ruido de datos verbales y exploratorios en un encuentro clínico a nivel verbal (síntomas) como en una exploración física, que el profesional aprende a descartar lo “no importante” o lo “no pertinente” de otros datos que sí orientan a un diagnóstico. Imaginemos por ejemplo una paciente con artrosis que, sobre los síntomas habituales, experimenta una bursitis isquioglútea. O un paciente diagnosticado de artritis reumatoide que desarrolla un ataque agudo de gota. Se precisa mucha pericia para distinguir los nuevos síntomas y signos de los ya presentes con anterioridad.

La elaboración de guiones de enfermedad minuciosos le permite al clínico buscar aquellos signos físicos “esperables para este caso”. Pero ahí no acaban sus dificultades: antes de valorar un abdomen debe tener una clara idea de lo que puede ser palpar un hígado normal versus un hígado graso, lo que es palpar un lipoma cutáneo de lo que es palpar un tumor de partes blandas, etc.

Todo ello conduce a afirmar que *el manejo correcto del filtro de verosimilitud es uno de los grandes retos del semiólogo*, a veces para obviar síntomas que no vienen al caso, otras veces para todo lo contrario. Así, por ejemplo, el médico inexperto “descarta” hallazgos que no ha previsto como posibles. Quizás esté buscando una hepatomegalia y esté observando en el abdomen una peca con signos evidentes de malignidad. Por su mente aparece brevemente una advertencia de peligro, pero toda vez que no era este el motivo de consulta, lo descarta, no le da importancia, “*este no es el motivo de demanda del paciente*”, se dice. No hay aquí un problema ético, ni filosófico, sino psicológico, de aprender a mirar cada signo *de manera independiente, obviando en este caso el filtro de verosimilitud*. El profesional debe dejarse sorprender y programarse con frases del tipo: “cuando estoy en exploración física miro cualquier signo *per se*, y lo valoro *per se*”, “¿qué me dice este hallazgo somático de manera independiente a mis conjeturas?”. Si aplicara lógica modal, el clínico se diría: “aunque este hallazgo nada me dice en relación con lo que busco (*de dicto*), debo interpretarlo por lo que es (*de re*)”.

Así pues, el clínico parte de una escrupulosa educación cognitiva, como la que hemos detallado más arriba, pero además constituye una serie de reglas (heurísticos) que le desbrozan el camino. Por ejemplo: “cada dato de la exploración física lo valoro por separado por lo que es (*de re*), y solo después aplico el filtro de verosimilitud, y verifico su relación con las hipótesis diagnósticas que persigo (*de dicto*)”. Observe el lector la pertinaz presencia de metacogniciones. *Los heurísticos son metacogniciones que automatizamos para que aparezcan en determinadas situaciones clínicas*. Y de manera más general, *la mirada semiológica es –en lo fundamental– mirada metacognitiva*.

Un segundo punto de llegada: las guías (y guiones) de situaciones clínicas

La reflexión (y conducta) de la doctora en el Caso 2 venía mediatizada por una reflexión capital: “*este paciente no ha acudido a ningún médico en años, por consiguiente, tengo que aprovechar al máximo que hoy viene por esta infección, y adelantar procedimientos preventivos*”. Este tipo de reflexión se origina en lo que denominamos “*guion de situación clínica*”. No se refiere a una enfermedad en concreto, sino a un perfil de paciente y de situación clínica.

De manera consciente (imprescindible que lo sea para la práctica del modelo de cognición educada), el profesional de la salud, con el tiempo, organiza percepciones y conocimientos en un constructo mental que denominamos “guiones de situaciones clínicas”. Estos guiones, de manera similar a los guiones de enfermedad, orientan al clínico acerca de lo que le pide el paciente, sus grados de libertad y la mejor respuesta a sus expectativas. O para decirlo de otra manera: *cuál es la demanda del paciente, qué le motiva a venir a la consulta y cómo puede evolucionar esta demanda según la respuesta que le demos y el entorno cultural y social en que se produce.*

Esta demanda la situamos en el entorno del paciente casi de manera automática gracias a los datos previos de tipo laboral y sociofamiliar... los que conocemos ¡y los que presuponemos!, porque se activan estereotipos y prejuicios. Es diferente un paciente anciano con insuficiencia respiratoria solo en su domicilio, que acompañado por un familiar solícito y atento. El profesional de la salud tendrá que aplicar la Guía Clínica de Insuficiencia Respiratoria en este contexto, además de estrategias relacionales y de comunicación centrada en el paciente y en el acompañante. Y muchos profesionales de manera innata, o como consecuencia de su esfuerzo y vocación, mejorarán sus *guiones de situaciones clínicas*; otros, en cambio, al carecer de una buena formación, afrontarán situaciones muy complejas con deficiente reflexión previa, asumiendo riesgos innecesarios.

Una de las tareas de enorme calado que tiene por delante todo clínico, y en especial el médico, enfermera y pediatra de familia, es interpretar, acomodar y empoderar a sus pacientes a la nueva situación de enfermedad y vulnerabilidad que afrontan. No es sencillamente aprender técnicas de dar malas noticias o de entrevista motivacional... Estamos hablando de percibir el tipo de persona que tenemos delante, su proyecto vital, los valores que le comprometen con la vida –y en este sentido le “re-ligan”, en sentido zubiriano– y recomponer nuestra estrategia de abordaje a estos parámetros. Estamos hablando por un lado de compasión, habilidades de comunicación y una actitud favorable a compartir las decisiones y los significados, *shared mind* (Epstein y Street, 2011).

Un ejemplo clarifica la complejidad de lo que afirmamos. Algunos médicos tienen la tendencia a interpretar como “problemas de personalidad” lo que son trastornos adaptativos a una situación vital compleja. Personas con facilidad para irritarse pueden mostrarse inusualmente agresivas al afrontar una

discapacidad o la enfermedad de un familiar, y ser etiquetadas de personalidad negativista o pasivo-agresiva... Por consiguiente, los profesionales de la salud debemos tener en cuenta cómo un trastorno, padecimiento o enfermedad, altera la imagen que nos formamos de una persona y pueden conducirnos a errores diagnósticos.

Es en este sentido que el viejo aserto de que el clínico debe ser un *experto en personas* cobra toda su vigencia. Y cuando hablamos de personas no las podemos desligar de sus circunstancias, de su entorno, de sus condicionantes familiares y laborales. Por consiguiente, de la misma manera que desarrollamos Guiones de Enfermedad para las enfermedades reumáticas, endocrinas, infecciosas, etc., deberíamos hacer lo propio para pacientes vulnerables, agresivos, hiper-demandantes, con bajas o altas capacidades intelectuales, etc. Y también para situaciones de fragilidad como pérdida de trabajo, desengaño amoroso, viudedad, migración, proceso diagnóstico complejo, enfermedad crónica, etc. En realidad, ya lo hacemos de manera intuitiva. ¿Por qué no formalizar instrumentos que nos permitan un acercamiento más riguroso, y, a su vez, un análisis y una difusión más estandarizada de las habilidades necesarias para afrontar los retos asistenciales que suponen? Para seguir la nomenclatura aplicada a trastornos y enfermedades, podríamos hablar de Guías de Situación Clínica para los documentos que formalizan consensos basados en evidencias, de los Guiones de Situaciones Clínicas, es decir, lo que cada profesional asimila de manera subjetiva.

Las Guías de Situaciones Clínicas (entendiendo “situación” de manera amplia, como entorno), incorporan causas frecuentes, aspectos exploratorios y consejos de comunicación y de relación (Platt y Gordon, 2004). En la Tabla 3 mencionamos los aspectos que debería incorporar en el caso concreto de un paciente agresivo, con una breve explicación.

Tabla 3. Aspectos para considerar en una guía de situación clínica referida al paciente agresivo

Contexto	Conducta verbal o conductual de una paciente amenazadora para alguien
Posibles causas	Respuesta a una amenaza o una frustración Manifestación de una enfermedad psiquiátrica Abstinencia de sustancia adictiva Pérdida o sufrimiento Otras causas
Exploración	Grado de activación corporal que observamos Capacidad (o incapacidad) del paciente para razonar Signos físicos de intoxicación, (alcohol, cocaína, otras drogas) Antecedentes similares Conducta de acompañantes si los hay Justificación verbal si la hay
Procedimientos internos	¿Debemos protegernos y/o pedir ayuda?, ¿nos sentimos tranquilos para reconducir la situación?, ¿necesitamos la presencia de alguien más en la consulta? Debemos mostrarnos tranquilos e interesados por descubrir los motivos de la conducta del paciente, en ningún caso irritados o molestos.
Procedimientos externos (según contexto)	Contener, empatizar o facilitar la descarga emocional. Averiguar, mostrarnos comprensivos. Evitar hablar de contenidos que irriten al paciente, desviar su atención. Reconducir la entrevista hacia propósitos constructivos. Si está justificado, pedir disculpas.
Errores a evitar	Ponernos en peligro (conviene pedir ayuda rápidamente) Responder con la misma agresividad (tengamos en cuenta que las emociones se contagian y se extinguen en el tiempo por tanto es imprescindible autocontrol emocional para evitar se nos contagie) Mostrarnos vulnerables. Aceptar responsabilidades que no nos pertenecen.

Potenciar la metacognición: el supervisor de tareas

A lo largo de este capítulo nos hemos referido a la metacognición. Consiste en estar alerta de los procesos mentales que nos ocupan desde una perspectiva intencional o estratégica (Tabla 4). Es hora de profundizar y poner al alcance del clínico este importante concepto.

Tabla 4. Metacognición: componentes, tipos de conocimiento y habilidades metacognitivas

Componentes de la metacognición:
Conciencia metacognitiva: “lo que sé de mí”
Regulación metacognitiva: “lo que ahora toca hacer”
Experiencia metacognitiva: “lo que ahora hago”
Tipos de conocimiento metacognitivo:
Conocimiento declarativo: “estoy bien para realizar esta operación”
Conocimiento procedimental: “conozco y voy a realizar esta operación siguiendo el nuevo protocolo”
Conocimiento condicional: “para esta operación preciso la ayuda del mejor anestesista”
Habilidades metacognitivas:
Planificación: “debo cuadrar la agenda de paciente, anestesista y mía para esta operación”
Monitoreo: “¿recuerdo todos los pasos a realizar una vez diseque el tumor?”
Evaluar: “ya he realizado la operación, voy a ver si he realizado bien todos los pasos y si de mis actos puedo deducir que he comprendido a fondo el nuevo protocolo”

Entendemos por “supervisor de tareas” un conjunto de preguntas internas que, de manera automatizada, es decir, como un hábito más, incorporamos al acto clínico. En el caso de la lesión dérmica sospechosa de malignidad, nos preguntaríamos: “¿tengo suficientes datos sobre esta lesión para decidir el siguiente paso?”, a saber, tiempo de evolución, valoraciones de otros profesionales, tratamientos aplicados... Observe el lector que este supervisor de tareas consiste *en preguntas que revisan diferentes momentos del acto clínico*: la manera previa de “estar” frente al paciente (actitud), la calidez de

la entrevista clínica, cómo precisamos su demanda, etc. También la supervisión debe revisar el cierre del proceso: “¿se me escapan detalles importantes?”, “¿doy respuesta a las expectativas del paciente?”, “¿está preparado el paciente para una noticia como la que pretendo darle?” Y sobre todo antes de cerrar la fase exploratoria de la entrevista: “¿tengo suficientes datos para plantearme el diagnóstico diferencial?”, “¿con los datos que tengo podría escribir un informe clínico?” (Borrell-Carrió y Hernández-Clemente, 2014). En definitiva, afecta a los tres tipos de conocimientos y las tres habilidades de la Tabla 4.

Un “supervisor de tareas”, mecanizado como hábito, permite esta basculación del presente al futuro inmediato, de los datos “brutos” a los significados, de los diagnósticos *prima facie* a otros diagnósticos menos obvios, pero que capturan mejor la realidad del paciente. El supervisor de tareas nos abre a la *metacognición*, y la metacognición a una *planificación y previsión de acontecimientos*. Por el contrario, el mensaje tan repetido por el *mindfulness* de instalarse en el “aquí y ahora” nos puede gustar porque nos evita la gran dificultad del ser humano: prever consecuencias y planificar el futuro. Si encima se justifica filosóficamente, ¡menudo alivio! Pero el futuro lo estamos haciendo en este presente. Si somos seres intencionales, movidos por propósitos, es porque nuestra instalación en el presente está siempre proyectada a futuro.

Gracias al “supervisor de tareas” desplazamos nuestra atención del presente a un plano de metacognición (nos vemos actuar como si fuéramos espectadores), sin apenas esfuerzo. La puesta en práctica del supervisor excede este escrito (Borrell y Hernández-Clemente, 2014), pero apuntemos dos estrategias: a) el profesional coloca avisos que aparecen en momentos clave de la entrevista, recordándole tareas que debe realizar; b) la supervisión corre a cargo de un docente o colega que observa la entrevista mientras se produce. Y como enunciábamos más arriba, por ahí emergen preguntas de calado filosófico: *¿nacemos cada persona con una capacidad distinta de metacognición?, ¿podemos distinguir diferentes tipos de metacognición?, ¿es susceptible esta capacidad de ser educada y ampliada?, ¿en determinadas circunstancias... desaparece?*

Potenciar la metacognición: cultivar la perplejidad

Solo nos sorprendemos si previamente tenemos una previsión de acontecimientos. La cajera del supermercado nos devuelve cambio de 20 euros, pero

¡le habíamos dado 50! A buen seguro detectaremos el error si nos hemos programado previamente para revisar el cambio. De manera similar, el médico experto sitúa diversos indicadores para activar su sorpresa, por ejemplo: “si este paciente no mejora con 10 mg de prednisona... ¡mucho cuidado!, quizás se trate de otra enfermedad”; pero también para desactivarla: “es normal que este pie le duela al menos durante 3 meses, y de momento solo han pasado dos semanas”.

Además, el médico experto busca detectar aspectos de la enfermedad o del paciente que quedan mal explicados, o mal comprendidos. Y se complace cultivando lo que llamamos el “punto de perplejidad”, la duda, no en un sentido mórbido, dudar por dudar, sino constructivo: “esta hiponatremia no debiera estar aquí... ¿pudiera tener relación con algún fármaco que toma?, ¿con alguna de sus patologías de base?... no es una situación preocupante, pero repasaré causas de hiponatremia leve”.

Valorar y cultivar la perplejidad es contracultural. Nos complica la vida y desde luego mostrar dudas en general *se interpreta como debilidad*. Dudar genera en muchas personas inquietud. En una conversación puede suscitar rechazo o admiración. Quizás sea esta la razón por la que el escéptico se escuda en una suerte de dogma escéptico, dudar de todo, como tarjeta de presentación social, (“que nadie se llame a engaño, soy así”). Nuestro cultivo de la perplejidad es mucho más modesto: dudar sí, pero con motivo; por ejemplo, porque de esta duda podemos obtener conocimiento nuevo, o mejorar como profesionales y personas. Vencer la comodidad de ignorar un dato discordante revela en qué consiste *la pereza de dudar*.

Una de las preguntas frecuentes que se nos plantea cuando hablamos de estos temas con estudiantes y médicos residentes es... “¿cómo sé que practico una medicina centrada en el paciente y basada en pensamiento crítico?” La respuesta más sencilla posible es: “*la practicas si estás permanentemente alerta a sorprenderte y rectificar*”. Sorpresa y humildad van de la mano. El buen clínico tratará de aprovechar sus momentos de perplejidad averiguando dónde fallan sus guiones de enfermedad y cómo puede mejorar su capacidad predictiva. Es ahí donde reside el peligro de conocer a un paciente “desde hace años”. Conocer al paciente durante un tiempo dilatado es un valor de la medicina de cabecera, pero también *un gran peligro*, porque cuesta más mantener activa la capacidad de sorprendernos. Tampoco resulta extraño que los pacientes con diagnósticos graves psiquiátricos o con enfermedades como la fibromialgia, acumulen patología no diagnosticada (Cortina Lacambra, 2013), pues los

clínicos *tenemos tendencia a banalizar nuevos síntomas como si fueran debidos a su enfermedad de base*. Compartir pacientes con otros colegas, verlos con “mirada primeriza e ingenua”, sin prejuicios, resulta ser un hábito muy positivo para el equipo de salud. En todo caso los profesionales clínicos tienen que conocer, y en lo posible minimizar, este tipo de barreras y limitaciones que afectan negativamente a su pensamiento crítico.

¿Cómo potenciar la perplejidad y el hábito de rectificación? Apuntemos dos estrategias formativas: a) Auditoría sobre gestos de calidad; b) Escenarios de rectificación.

Los *gestos de calidad* indican que el profesional ha reflexionado y aportado valor a un paciente. Consultar un caso con colegas, presentar casos clínicos al equipo, denotar dudas diagnósticas o terapéuticas en el Historial, contactar por teléfono para realizar una medida preventiva o de seguimiento, sin que el paciente o familia lo hubieran solicitado, la presencia de un resumen o epicrisis que subraye vulnerabilidades y apunte prioridades en el cuidado del paciente, son gestos derivados de una reflexión *no mecánica* sobre la realidad del paciente. ¿Cuántos gestos de calidad detectamos en una Auditoría de Historia Clínica?

Los *escenarios de rectificación* consisten en casos clínicos en formato audiovisual o escrito, presentados de tal manera que inducen al discente hacia una orientación cognitiva determinada. En otras palabras: para tener una visión ajustada a la realidad, obligan al discente a rectificar las primeras hipótesis o conductas que se le ocurren. Por ejemplo: se nos presenta un sujeto desmayado y un desfibrilador. Esta escena induce a verificar su estado de conciencia y realizar de inmediato maniobras de reanimación cardiopulmonar. Sin embargo, tras verificar que está inconsciente, la primera actuación debiera ser evitar la soledad, pedir ayuda. Otro ejemplo:

Caso 3. Un paciente acude a la consulta manifestando ideas suicidas. (En este punto se detallan datos psicosociales y de anamnesis que obviamos). Tras una larga charla la doctora descubre que el paciente escribe narraciones cortas que comparte en un taller de escritura. La doctora le anima a escribir sobre su crisis vital presente, y logra comprometer al paciente para que en el plazo de 2 días acuda de nuevo a su consulta para traerle y comentar el escrito. Al cabo de 2 días el paciente acude con su narración. ¿Crees adecuado el consejo de la doctora? Final real: al día siguiente le llega la noticia a la

doctora de que este paciente se ha suicidado. ¿Cambia tu valoración acerca del consejo de la doctora?

La Tabla 5 puede inspirar escenarios de rectificación.

Tabla 5. Amenazas y barreras a la perplejidad

Banalización	“Estos síntomas no tienen importancia, son funcionales, hay gente que se queja por todo o amplifica sensaciones que son fisiológicas, etcétera”.
Normalización	“Es normal que te ocurra”. Este tipo de frases son arma de doble filo; por un lado, puede ayudar al paciente a disminuir su miedo sobre el proceso que sufre, por otro, puede servir simplemente para tranquilizar al médico y llevarlo a un retraso diagnóstico.
Transferencia de responsabilidad	“Le derivaré a otro especialista”.
Sumisión a los estereotipos	“Este paciente es un quejica”.
Trampa de la longitudinalidad	“Con solo ver entrar a un paciente ya casi sé a lo que viene”.
Pereza	“No volveré a explorar al paciente cuando ya estoy acabando la visita”. Esta pereza a considerar un nuevo dato del paciente, o levantarnos de la silla para explorar un detalle que habíamos ignorado, conduce a graves errores.

***Mindfulness* y pensamiento crítico**

Algunos autores hablan de práctica atenta o *mindfulness* para referirse a lo que nosotros llamamos práctica clínica crítica (basada en una cognición educada). Creemos que *nuestro marco epistemológico es más preciso y amplio que el mindfulness*, aunque compartimos bastantes aspectos de fondo, por ejemplo, el concepto de presencia. En efecto, estar atento, receptivo y empático con el paciente nos hace tener presencia, ser alguien para este paciente. Tener presencia es estar en el “aquí y el ahora”, como nos enseña el *mindfulness*. Sin embargo, algunos de los aspectos de la educación cognitiva que hemos mencionado,

tienen poca representación en la literatura del *mindfulness*. Destaquemos que el énfasis del *mindfulness* en el presente –estar presente mediante práctica de meditación– desatiende el futuro, las consecuencias de mis decisiones. Además, el *mindfulness* poco o nada dice de la mirada semiológica, el proceso abductivo, la educación del juicio, el encuentro clínico como *proceso* que se extiende a un futuro, del paciente formando parte de un sistema familiar y comunitario y, de manera relevante, la educación de actitudes y la creación de guiones y hábitos, base del modelo de cognición educada.

En todo caso *mindfulness* y Práctica Clínica Crítica (cognición educada) pueden complementarse, y ambas propuestas tienen por delante comprender los procesos de metacognición de manera más detallada, para integrarlos en el encuentro clínico y en la maduración del profesional. El *mindfulness* cree que mediante la meditación puede entrenarse una metacognición apta para cualquier tarea. Por nuestra parte pensamos que la metacognición es tarea-dependiente, y debe entrenarse para cada formato intencional.

Barreras para aplicar el modelo de cognición educada

Ahora bien, ¿por qué no es este modelo el que se enseña en las universidades y se aplica en la práctica clínica en general? Porque se confunde pensamiento crítico con escepticismo y, por otro lado, el modelo de cognición educada no está suficientemente estandarizado. Hoy los graduados en Ciencias de la Salud de la mayoría de universidades salen bien preparados para superar el examen MIR y para aplicar un razonamiento analítico basado en MBE, pero, como ya hemos razonado, la realidad es más compleja. El profesional que es un buen profesional lo es porque de manera innata, o fruto de su espíritu crítico y de superación, trabaja aspectos que hemos reseñado. Nuestro modelo de cognición educada para la práctica clínica ambiciona ser integrado en la formación del grado de medicina y no dejar al azar la excelencia profesional. Pero reconocamos que debemos crear materiales y propuestas docentes *ad hoc*.

En la Tabla 6 resumimos algunos errores en la aplicación del modelo de cognición educada.

Tabla 6. Errores que evitar en la aplicación del modelo a la praxis médica.

Pereza de estudio o de actualización: “ya sé lo que tengo que saber”.
Rechazar la MBE relacionada con el caso por desconfianza o por rutina: “siempre se ha hecho así”.
Pereza de reflexión: conformarnos con los diagnósticos de otros colegas, aunque detectamos datos “que no cuadran”.
Pereza de rectificación: “eso que dice el paciente puede ser importante, quizás debería cambiarle el betabloqueante, pero no puedo demorarme más”.
Banalizar las quejas o síntomas de un paciente: “es un quejica”.
Pereza de información: evitar el esfuerzo de hacer inteligible al paciente la información obtenida.
Transferir responsabilidades refugiándonos en guías u otros protocolos o derivando los pacientes a otros profesionales.
Pereza de dudar: en ocasiones un único dato discordante puede obligarnos a revalorar el enfoque que dábamos a una situación, y rehuimos hacerlo.

Conclusión

El buen profesional incorpora los conocimientos de la MBE, no de una manera mecánica, sino de manera ajustada a sus pacientes y al entorno sociocultural. Y debe hacerlo mediante habilidades metacognitivas, única estrategia que le permite mecanizar hábitos complejos y, de esta manera, liberar capacidades intelectuales para orientar mejor su actividad en un plano estratégico, (“¿qué pretendo?”).

Un profesional con cognición educada, independencia e interdependencia de criterio y supervisando constantemente la calidad de sus procesos cognitivos (metacognición), tiene menos riesgo de cometer errores clínicos. Para asegurar un progreso profesional debe cultivar la perplejidad, la supervisión de tareas y mantenerse actualizado en MBE.

El modelo de Práctica Clínica Crítica (cognición educada) ofrece un conjunto de estrategias docentes capaces de hacer del buen clínico un buen profesional. La divulgación de este modelo exige adaptar la supervisión de tareas y escenarios de rectificación a cada perfil de persona y de profesión sanitaria, operativizar ofertas formativas, e incardinarlas en los planes formativos. Y debe abarcar los niveles mencionados: educar la percepción, el juicio,

la comunicación y la propia metacognición. Las *auditorías sobre gestos de calidad* puede ser una herramienta para verificar la calidad de la reflexión del profesional, calidad susceptible de ser incentivada a nivel institucional. En nuestra opinión este marco epistémico suscita preguntas filosóficas de interés, y precisa de un desarrollo teórico y práctico para ser incorporado en los Grados y a la práctica clínica.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades dentro del Subprograma Estatal de Generación del Conocimiento a través del proyecto de investigación FFI2017-85711-P. Innovación epistémica: el caso de las ciencias biomédicas. Este trabajo forma parte de la red de investigación consolidada “Grupo de Estudios Humanísticos de Ciencia I Tecnología” (GEHUCT), reconocida y financiada por la Generalitat de Catalunya, referencia 2017 SGR 568.

Referencias

- Ballve-Moreno, J.L. (2021). “Medicina basada en la evidencia: el ejemplo del vértigo posicional paroxístico benigno”. *Folia Humanística* 4(2): 50-60.
- Barragán, N. (2016). “La comunicación centrada en el paciente”. *Folia Humanística* 4: 1-14.
- Borrell-Carrió, F., Casado Buendía, S., Peguero Rodríguez, E. y Morales Hidalgo, V. (2023). “¿Diagnosticar es estigmatizar?” *Folia Humanística* 3(1): 18-36.
- Borrell-Carrió, F. (2007). “Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica”. *Medicina Clínica* 129: 176-183.
- Borrell-Carrió, F. y Cebrià, J. (2002). “Relación asistencial y modelo biopsicosocial”. En A.M. Zurro y F. Cano (eds.), *Compendio de Atención Primaria*. Madrid: Harcourt.
- Borrell-Carrió, F. y Hernández-Clemente, J.C. (2014). “Reflexión en la consulta”. *Revista Clínica Española* 214(2): 94-100.
- Borrell-Carrió, F., Albarracín, A. y Barragán, N. (2022). “La maduración del profesional clínico”. *Actualización en Medicina de Familia* 18(2): 76-86.

- Borrell-Carrió, F., Hernández, J.C. y Lázaro, J. (2011). “Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica clínica segura”. *Medicina Clínica* 137(5): 216-220.
- Chalmers, I. (2002). “Why we need to know whether prophylactic antibiotics can reduce measles-related morbidity”. *Pediatrics* 109: 312-315.
- Charlin, B., Boshuizen, H.P.A., Custers, E.J. y Feltovich, P.J. (2007). “Scripts and clinical reasoning”. *Medical Education* 41(12): 1178-1184.
- Cortina Lacambra, M.T. (2013). *Comorbilidad médico-psiquiátrica en pacientes ingresados en el hospital general y atendidos en una unidad de psiquiatría psicosomática y de enlace (UPPE). Frecuencia, perfil de gravedad y necesidades asistenciales*. Tesis. Universidad de Zaragoza.
- Dougherty, T. (2011). “Fallibilism”. En S. Bernecker y D. Pritchard (eds.), *The Routledge Companion to Epistemology*. New York: Routledge.
- Epstein, R.M. y Street, R.L. (2011). “Shared mind: Communication, decision making, and autonomy in serious illness”. *The Annals of Family Medicine* 9(5):454-461.
- Hernando, P. (2016). “Atención centrada en el paciente: la responsabilidad de las instituciones”. *Folia Humanística* 4: 15-38.
- Hitchcock, D. (2020). “Critical thinking”. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/critical-thinking/>>
- Jenniskens, K., De Groot, J.A.H., Reitsma, J.B., Moons, K.G.M., Hooft, L. y Naaktgeboren, C.A. (2017). “Overdiagnosis across medical disciplines: A scoping review”. *BMJ Open*. 7: e018448.
- Keemink, Y., Custers, E.J.F.M., van Dijk, S. y Ten Cate, O. (2018). “Illness script development in pre-clinical education through case-based clinical reasoning training”. *International Journal of Medical Education* 9: 35-41.
- Platt, F. y Gordon, G.H. (2004). *Field Guide to the Difficult Patient Interview*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes. R.B. y Richardson, W.S. (1996). “Evidence based medicine: What it is and what it isn't”. *BMJ* 312: 71.
- Stewart, M.A. (1984). “What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes”. *Social Science & Medicine* 19(2): 167-75.
- Vázquez-Costa, M. y Costa-Alcaraz, A.M. (2013). “Cierre prematuro de diagnóstico: un tipo de error evitable”. *Revista Clínica Española* 213(3): 158-162.