



# Revista Clínica Española

[www.elsevier.es/rce](http://www.elsevier.es/rce)



## ARTÍCULO ESPECIAL

## Reflexión en la práctica clínica



F. Borrell-Carrió<sup>a</sup> y J.C. Hernández-Clemente<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Departament de Ciències clíniques, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, EAP Gavarra, Institut Català de la Salut, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Psiquiatría, Facultat de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España*

Recibido el 1 de agosto de 2013; aceptado el 26 de octubre de 2013

Disponible en Internet el 24 de enero de 2014

### PALABRAS CLAVE

Toma de decisiones;  
Toma de decisiones  
clínicas;  
Seguridad del  
paciente;  
Práctica profesional

### KEYWORDS

Decision making;  
Clinical  
decision-making;  
Patient safety;  
Professional practice

**Resumen** El propósito de este artículo especial es el análisis de algunos modelos de decisión experta y sus consecuencias en la práctica clínica. Analizamos la toma de decisiones desde aspectos cognitivos (modelos explicativos, habilidades perceptivas, análisis de la variabilidad de un fenómeno, creación de hábitos de razonamiento y modelos declarativos basados en criterios), y añadimos la importancia de las emociones en la toma de decisiones en situaciones de alta complejidad como las que tienen lugar en la práctica clínica. La calidad del acto reflexivo depende, entre otros factores, de la capacidad de metacognición (pensar en lo que pensamos). Finalmente, proponemos una estrategia docente basada en cultivar un supervisor de tareas y en la creación de escenarios de rectificación como medio de elevar la calidad en la toma de decisiones médicas.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Reflections in the clinical practice

**Abstract** The purpose of this article is to analyze some models of expert decision and their impact on the clinical practice. We have analyzed decision-making considering the cognitive aspects (explanatory models, perceptual skills, analysis of the variability of a phenomenon, creating habits and inertia of reasoning and declarative models based on criteria). We have added the importance of emotions in decision making within highly complex situations, such as those occurring within the clinical practice. The quality of the reflective act depends, among other factors, on the ability of metacognition (thinking about what we think). Finally, we propose an educational strategy based on having a task supervisor and rectification scenarios to improve the quality of medical decision making.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jcarlos18@hotmail.com](mailto:jcarlos18@hotmail.com) (J.C. Hernández-Clemente).

La práctica clínica alcanza su máximo valor cuando las decisiones se toman de manera reflexiva. Reflexionar es según el Diccionario de la Real Academia Española «considerar detenidamente algo», es decir, examinar posibilidades poco obvias para el problema que nos plantea el paciente. La reflexión nos capacita para considerar las consecuencias de actuar o de no hacerlo<sup>1</sup>, pero también se ha destacado que, a veces, no aporta eficiencia ni valor<sup>2</sup>. La intuición se ha defendido como un tipo de razonamiento rápido, fruto de un largo proceso de aprendizaje personal y colectivo<sup>3</sup>. El experto lo es, en parte, porque aprendió a reconocer errores habituales (los años de ejercicio profesional incrementan nuestra asertividad, cierto, pero no siempre nuestra sensibilidad para rectificar errores, podemos equivocarnos con mucha asertividad). También lo es por reconocer escenarios y niveles de alta complejidad que exigen hacer un uso adecuado de uno u otro sistema de razonamiento (lento vs. rápido)<sup>3</sup>. El propósito del presente artículo especial es examinar algunos modelos de decisión experta y las consecuencias para la práctica clínica.

## Cómo razona el experto

Sackett et al. identificaron en los años ochenta 3 estrategias<sup>4</sup>: «diagnósticos de reconocimiento directo» (por ejemplo, reconocer un herpes zóster), un razonamiento que llamaron «hipotético-deductivo» (p. ej., orientar una cefalea), y otro más lento que denominaron «algorítmico» (p. ej., orientar una hiponatremia). Unos años después, Schön<sup>5</sup> detectó que el experto posee unos conocimientos que se activan preferentemente cuando está inmerso en la solución del problema. A estos conocimientos los llamó tácticos, y no siempre podemos reconocerlos o evocarlos en otros contextos (p. ej., fuera de la consulta o del quirófano). En sentido inverso, el aprendiz puede disponer de conocimientos teóricos que no es capaz de usar delante del paciente. Una de las tareas del aprendiz será adelgazar la frontera entre saber algo y saberlo aplicar<sup>5,6</sup>. Kahneman<sup>3</sup>, Kassirer et al.<sup>7</sup> y Croskerry<sup>8</sup> coinciden en destacar la presencia de una vía rápida y otra lenta en la toma de decisiones (fig. 1). El experto deberá reconocer la complejidad de una situación clínica en la que debe actuar aplicando un razonamiento lento.

Desde la perspectiva de *mejorar la toma de decisiones*, los equipos liderados por Crandall y Klein<sup>6,9</sup> estudiaron a comienzos de siglo diversos entornos profesionales (ingenieros, meteorólogos, médicos, enfermeras) para llegar a la conclusión de que el saber experto tiene al menos las siguientes características:

- El experto interioriza un modelo que explica cómo funcionan las cosas (en el área de su competencia). Se trata de modelos que pueden ser a la vez prescriptivos (lo que hay que hacer) y predictivos (lo que sucederá dadas unas especificaciones concretas).
- El experto tiene también unas habilidades perceptivas muy desarrolladas en su campo, y es capaz de verbalizar sus observaciones (p. ej., las descripciones de un radiólogo).
- El experto define muy bien lo que es o no «típico», es decir, la variabilidad del fenómeno y cuándo este

fenómeno debe catalogarse de otra manera. En medicina esta línea de pensamiento ha conducido a desarrollar la teoría de los guiones de enfermedad<sup>10</sup>.

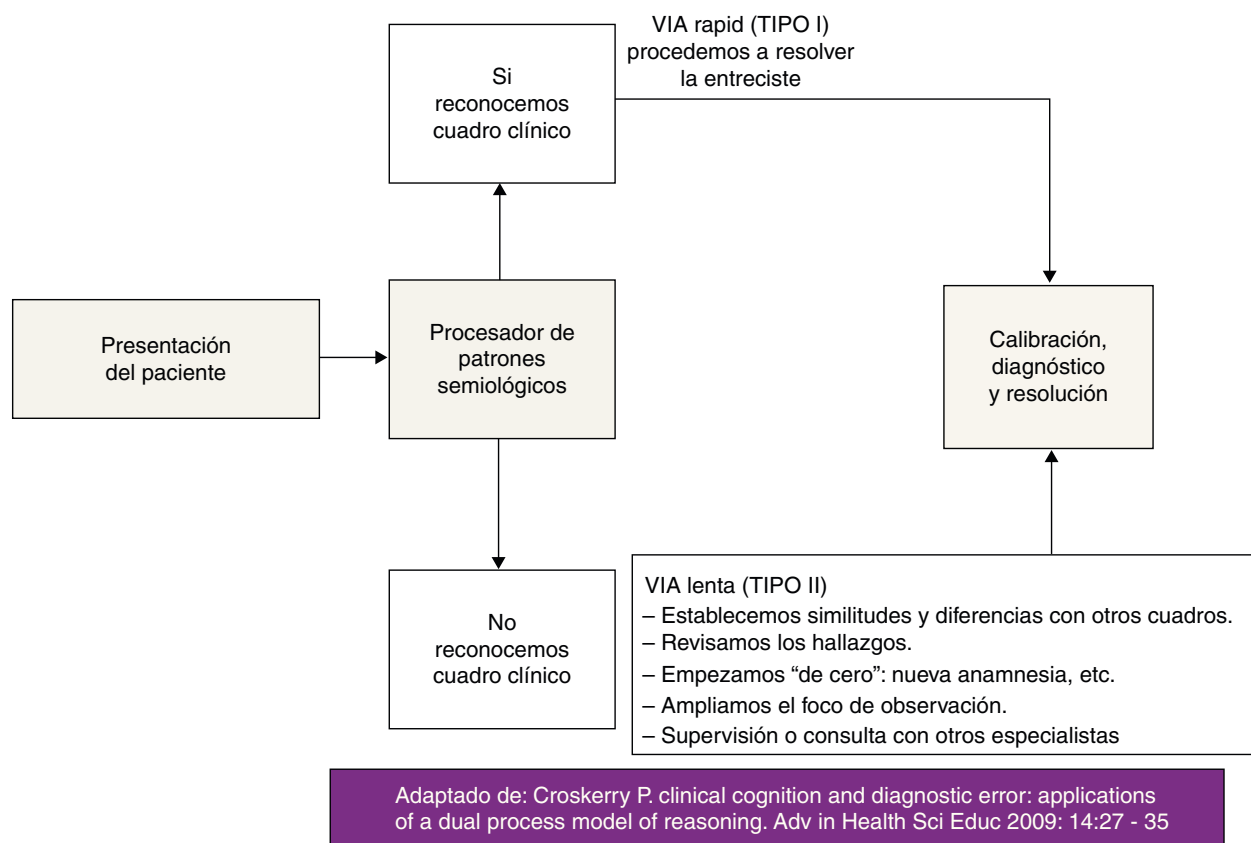
- El experto tiene rutinas bien establecidas, estables en el tiempo y que aprende a supervisar y enriquecer. En el campo de la clínica estaríamos hablando de maniobras exploratorias, la elaboración de la anamnesis, maneras de comunicarse con el paciente... pero también de rutinas e inercias de razonamiento.
- Conocimientos declarativos: «ante tal situación hay que hacer esto», o bien, «hay que cambiar el diagnóstico si el paciente no responde a tal medicamento». Estamos en el campo de los criterios, que pueden definirse como normas que conectan un dato de la realidad con un juicio o una actuación recomendada<sup>11</sup>. El experto sabe aplicarlos y también verbalizarlos.

Vemos cómo el acto reflexivo tiene 2 componentes: definir la situación y elegir una conducta. El primero de estos pasos en el ámbito de la clínica consiste en admitir que el problema del paciente nos compete, (es decir, que el paciente tiene un problema de salud *del que nos responsabilizamos aunque no sepamos definirlo o describirlo con precisión*<sup>12</sup>) y, acto seguido, buscar en nuestra memoria situaciones (experiencias) parecidas *para etiquetarlo*. Este proceso apenas dura unos minutos, y cuando queda frustrado (esto es, cuando no somos capaces de reconocer la naturaleza del problema de manera inmediata) nos vemos obligados a «trocear» el problema y considerar aquellas claves semiológicas que sugieren o hacen imprescindible una conducta diagnóstica o terapéutica determinada. En tales ocasiones no sabemos lo que tiene el paciente, *pero si sabemos lo que hay que hacer (demorar la resolución del acto clínico para permitirnos razonar de manera lenta, consultar a colegas, aplicar algoritmos, hacer un seguimiento, etc.)*.

## Aspectos emocionales en la toma de decisiones

Las aportaciones de Crandall y Klein no recogen, sin embargo, los elementos emocionales de los que debe dotarse el saber experto. Situémonos en un día cualquiera de guardia: el médico deberá resolver casos *rutinarios* mediante hábitos –adquiridos con mucho esfuerzo– de tipo *exploratorio*, de comunicación y de razonamiento. Hasta aquí el modelo de Crandall y Klein funciona perfectamente. Sin embargo, el mayor reto que afronta el clínico será percibir lo que se sale de la rutina, por ejemplo, el caso que *parece una enfermedad banal pero no lo es*. La decisión que tiene que tomar es: ¿debo detenerme en este paciente y solicitar más exploraciones, o puedo darle de alta con medidas conservadoras? Si lo traducimos al modelo de la [figura 1](#): ¿puedo seguir con una decisión rápida, o debo tomar el camino lento? Sería el caso de un paciente pluripatológico que acude por malestar abdominal, y en el que toda la exploración es normal salvo una descompresión del hemiabdomen derecho positiva.

Esta decisión no es meramente cognitiva, al contrario, tiene un componente emocional de gran interés. En un sistema sanitario –tanto privado como público– que ha sido, es y será de racionamiento, el médico está en



**Figura 1** Reflexión rápida (reconocimiento inmediato) y lenta (tenemos que buscar otros datos para proceder a emitir un diagnóstico).

permanente *tensión de resolución*, es decir, el médico recibe una presión ambiental para resolver el caso clínico sin demora. Hay evidencias de que las prisas y el exceso de confianza «*overconfidence*» provocan cierres prematuros de entrevista clínica con consecuencias lamentables<sup>13-16</sup>. Otra manera de cerrar la entrevista clínica de manera prematura es despreciar o menospreciar la demanda del paciente. Muchas de las llamadas por Croskerry «trampas cognitivas»<sup>14</sup> van en esta dirección, por ejemplo:

- Doctor, veo lucecitas cuando muevo el ojo, sobre todo en la oscuridad.
- No se preocupe, le ocurre a mucha gente.

Estas trampas cognitivas actúan como justificaciones para dar por acabada la entrevista clínica y ahorrarnos la penosa «reflexión lenta», o los costes de la peor hipótesis.

La percepción del coste, (despertar a un colega, retrasar el alta), suele ser más *emotiva* que *cognitiva*. El clínico siente que si toma este camino *todo se complica*. Un médico a las 3 de la madrugada puede razonar de la siguiente manera: «*este paciente tiene una descompresión abdominal positiva, pero limitada al hemiabdomen derecho, y el tacto rectal muestra un fondo de saco de Douglas sin dolor, por consiguiente, no tiene apendicitis y no voy a molestar a la enfermera para obtener una muestra de sangre y, menos al radiólogo, así que voy a darle de alta y si continúa con molestias le indicaré que regrese*».

Ahora bien, si este paciente reingresa en shock séptico el clínico experimenta un dolor moral que influirá en decisiones futuras. Mientras que el aprendiz prioriza aliviar la presión de una sala de espera repleta, el experto recuerda el dolor moral por el cierre prematuro de un caso, y su prioridad ya no es «resolver los casos a toda costa», sino neutralizar, en lo posible, riesgos.

Sin embargo, no todos los clínicos perciben (o admiten) que se han equivocado ni aprenden de manera parecida. Negar o minimizar un error es una estrategia que pueden escoger algo así como un 20% de los médicos, (este porcentaje puede disminuir en la medida en que las organizaciones trabajen la cultura de seguridad clínica<sup>17</sup>). La mayoría, sin embargo, aceptarán que se han equivocado y marcarán algunos datos de la situación como datos de alarma: «*¡cuidado! toda descompresión francamente positiva merece una valoración pormenorizada*». Finalmente algunos (pocos) clínicos se interrogarán sobre cómo se sentían o qué factores de tipo emocional influyeron en su razonamiento: cansancio, mal-estar físico, pereza, miedo, entusiasmo... Por consiguiente, *podríamos hablar, al menos, de 3 estilos de aprendizaje*:

- Estilo negador: «El paciente tenía un plastrón retrocólico que engañaba mucho, no me tengo que sentir responsable de ningún error, hasta al mejor clínico le habría pasado desapercibido».
- Estilo basado en criterios: «Ante pacientes con descompresión tan claramente positiva debo tomar

**Tabla 1** Calidad de la reflexión. Variables

Calidad de la reflexión	Variables que la incrementan	Variables que la disminuyen
Riqueza en la producción de ocurrencias	Múltiples asociaciones semánticas y perceptivas	Pobreza asociativa
Manera de procesar las ocurrencias	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estar atento y «tomar nota» de las propias ocurrencias</li> <li>– Conocer los condicionantes que limitan las ocurrencias</li> <li>– Desactivar, en parte, el filtro de verosimilitud (admitir lo no consistente, cultivar la perplejidad)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pensamiento grupal orientado a la conformidad</li> <li>– Trabajar en una cultura grupal caracterizada por la obediencia</li> <li>– Liderazgos autoritarios o paternalistas que penalizan la discrepancia</li> <li>– Tipo de orientación de la atención muy focal, detallista, pero poco acostumbrada a examinar los fenómenos en toda su extensión y con todas las implicaciones futuras</li> </ul>
Rutinas o hábitos de metacognición	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Profesionales que realizan de manera sistemática una supervisión de tareas</li> <li>– Profesionales que no solo supervisan las tareas que realizan, sino también como se sienten realizándolas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Profesionales con muchas dificultades para desarrollar una supervisión en el desempeño de tareas o en la manera de razonar</li> </ul>

precauciones, y como mínimo pedir analítica y ecografía, sea la hora que sea de la guardia».

- Estilo de maduración emocional: «No he prestado suficiente atención a esta voz que me decía que esta descompresión era anormal, y no lo he hecho porque soy impetuoso y clasifico los casos como banales o graves sin otros matices, lo que me lleva a dar altas de pacientes que merecen más estudio».

## Dinámica de la reflexión

Sería un desatino entender la vía rápida de *razonamiento* como un mero ejercicio de conductas reflejas o condicionadas. Por ejemplo, (en cursiva lo que piensa el médico):

«Doctor, vengo porque tengo tos (el paciente ha entrado con una sonrisa y desea que le alivie la tos), es una tos seca (estoy viendo muchas traqueítis víricas estos días), no arranco nada, es como si me picara mucho la garganta, (¡jojo!, puede ser medicamentosa), sobre todo por la noche, (eso va a favor de tos por IECA), y con algo de fiebre, (¡Ah!, eso va a favor, otra vez, de la infección).

La rapidez de esta reflexión confunde sobre su complejidad, que la tiene y mucha. Por un lado interesa destacar que la primera *observación* del médico, «*el paciente ha entrado con una sonrisa y desea que le alivie la tos*», es cualitativamente distinta de las siguientes, (*tos irritativa, medicamentosa, etc.*). El médico decide en cuestión de segundos que está tratando con un paciente no conflictivo (partimos de una buena relación asistencial, *o así nos lo hace suponer tanto su actitud como nuestra experiencia*) y que el paciente nos pide que definamos su problema de salud. Un paciente agresivo activaría las alarmas y probablemente daría lugar a un tipo de entrevista diferente. Situados en esta tónica de «relación normal» el entorno y el contexto de la entrevista clínica delimita lo que hemos llamado modalidad de entrevista, y que bien pudiera sintetizarse en: «¿qué desea el paciente de mí?» En el caso que tratamos piensa:

«*viene para que le alivie la tos y le diga si se trata de un problema importante*», es decir, da lugar a una modalidad de entrevista semiológica.

Una vez el médico ha decidido que está en un marco de entrevista semiológica avanza unas hipótesis *primeras* y trata de verificarlas. Esta exploración (verbal y física) aporta nuevos datos «brutos» que confirman o desmienten estas primeras hipótesis, hasta llegar a una *síntesis o sumario* que acostumbra a tener este formato: «*Tengo un paciente con tos de 3 días de evolución, con escasa expectoración, febrícula, sin antecedentes de EPOC ni tabaquismo, y con roncus y sibilantes,...* puede tratarse de una bronquitis aguda, sí, estoy casi seguro de que la tiene».

Todo estaría preparado para que el médico proceda a la resolución de la entrevista, realizando una oferta al paciente: *Tiene usted una bronquitis y le propongo este inhalador, etc.* Ahora bien, hubiera bastado la presencia de unos crepitantes (en lugar de unos roncus) para cambiar de guión de enfermedad, considerando en tal caso, entre otras posibilidades, un proceso neumónico o unas bronquiectasias. El *calificador* «*casi seguro*» desaparecería o se modificaría. Retengamos por un momento que a este «*casi seguro*» se le denomina *calificador modal*<sup>18</sup>, un *calificador* que puede ir del «*no sé lo que tiene*» al «*seguro que tiene tal cosa*». Un hábito prudente y fiable en el uso de estos *calificadores* nos lleva a una reflexión de mayor calidad. ¿Podemos controlar las expresiones verbales de probabilidad? Sin duda, de la misma manera que tratamos de hablar de manera educada o cortés. El control sobre la manera de expresarnos nos lleva a considerar las habilidades del llamado pensamiento metacognitivo.

## Importancia de la metacognición y calidad de la reflexión

En la entrevista clínica hay 2 planos de reflexión que se superponen. Hasta ahora hemos descrito tareas de

**Tabla 2** Calidad de reflexión. Condicionantes de actitud y carácter

	Rasgo	Algunas consecuencias
Condicionantes de actitud	Profesional frío, distante y «muy técnico»	Al minusvalorar el aspecto relacional y de sufrimiento puede considerar que el paciente «se queja mucho» o simula el cuadro
	Profesional hipersensible al sufrimiento ajeno	Un exceso de simpatía (que no empatía) puede llevarle a exagerar la importancia de determinados síntomas del paciente
	Profesional que busca «agradar» en exceso	El profesional justificará demandas inapropiadas (por ejemplo de exploraciones complementarias que no están indicadas)
Condicionantes de carácter	Profesional altamente atributivo (todo tiene que tener un origen)	Puede culpabilizar a los pacientes, o puede forzar explicaciones causales carentes de base
	Profesional testarudo	Cuando emite una orientación diagnóstica le cuesta mucho rectificar, e incluso puede llegar a distorsionar la realidad para demostrarse que tiene razón
	Profesional temeroso, minucioso y defensivo	Esta combinación de rasgos conduce al profesional a conductas de aseguramiento: visitas de control muy frecuentes, pruebas complementarias innecesarias
	Profesional autoritario	Basta que el paciente sugiera un diagnóstico para que el profesional trate de desmentirlo
	Profesional paternalista	Desea proteger al paciente lo que le mueve a veces a darle seguridades que son inapropiadas, y a la postre, creerse sus propias aseveraciones, («ya verá como está curada de este cáncer»)
	Profesional optimista-negador	Desea impregnar la relación asistencial de optimismo, pero a costa de negar o ningunear datos objetivos que apuntan a problemas de salud
	Profesional egodistónico	Traslada a los pacientes su propio malestar psicológico
	Profesional solipsista	Vive en su mundo, por lo que se le escapan datos que serían obvios sencillamente aguzando su capacidad de observación

anamnesis y exploración física que habitualmente realizamos, pero en un plano diferente pensamos: *¿cómo voy de tiempo?, ¿estoy realizando todas las tareas que se requieren para este motivo de consulta?* Hay consenso en llamar a este segundo plano *reflexión metacognitiva*, eso es, pensar en lo que pensamos o en los procedimientos que hacemos. Smith et al.<sup>19</sup> denominan *metacognition-self* (metacognición del «yo») a preguntas del tipo: *¿qué se pretende de mí?, ¿estoy realizando las tareas que debiera realizar?, ¿reflexiono con expresiones de probabilidad (y no de certeza)?; metacognition-other* (metacognición del otro) a preguntas del tipo: *¿es eso lo que quiere (o espera) el paciente?, ¿cómo reaccionará si le digo que tiene un 40% de probabilidad de que la biopsia sea positiva?, ¿o si le digo que tiene que tomar tal cosa, ...?* A este modelo tenemos que añadir la *metacognition-illness* (metacognición de enfermedad), que no es otra cosa que reflexionar sobre el

guión de enfermedad. Por ejemplo: *«¿estoy pensando en todas las opciones diagnósticas?, ¿he atendido a todos los detalles de la evolución del paciente para afirmar que es la esperada para esta enfermedad?»*.

Hay consenso generalizado de que *no hay saber experto sin metacognición*. La metacognición es un aspecto importante en la calidad de la reflexión, aunque no el único.

Otras variables –además de las metacognitivas– influyen de manera sustantiva en la calidad de la reflexión, (tablas 1 y 2). No es fácil definir el término *calidad* cuando hablamos de *reflexión*, pero todos estaríamos de acuerdo en que el resultado final del acto clínico depende en parte de esta calidad. Una reflexión pertinente (se dirige hacia el objetivo necesario para la salud del paciente), exhaustiva (analiza los diferentes ángulos del problema), consistente (busca una explicación aplicando modelos científicos admitidos por la comunidad científica y no contradictorios), fiable



(mismos resultados si repitiéramos el análisis), prudente (asigna pesos y probabilidades) y parsimoniosa (procura la explicación más sencilla), sería una reflexión de calidad.

Con nuestra reflexión siempre construimos narraciones llenas de sentido, pero estas narraciones las construimos porque tenemos guiones de enfermedad *que nos sirven de marco*. Ahora bien, *destaquemos 2 peligros*: aplicamos *sobre las narraciones* un «filtro de verosimilitud» consistente en que de manera automática descartamos aquellos datos que no encajan con el diagnóstico por el que apostamos. *Por ello, a veces no apuntamos un hallazgo exploratorio.*

*Por otro lado, el fenómeno de conformidad grupal* consiste en dar por buena la opinión generalizada que se tiene de un paciente. Un ejemplo sería aquel paciente etiquetado de hipocondríaco que presenta un cuadro de debilidad rizomiélica sin que le prestemos una renovada atención. Cultivar la independencia de criterio es preguntarse de manera permanente «... y yo, ¿qué pienso de este cuadro clínico, aunque no coincida con la opinión de mis colegas?»

## Supervisión de tareas

Se ha propuesto activar la metacognición creando el hábito de supervisión de nuestro quehacer. Este hábito consiste en preguntarse si hemos cumplido con algunas tareas claves de la entrevista clínica y, de manera más general, si trabajamos de manera comfortable (tabla 3). He aquí como funcionaría:

El profesional saluda al paciente y le pregunta sobre el motivo de consulta. Realiza una completa anamnesis y exploración física, pero antes de darlas por finalizadas se pregunta: «¿podría con la información recolectada hasta ahora escribir un informe completo?». Antes de resolver la entrevista se pregunta de nuevo: «¿tengo controlada la peor hipótesis posible?». Propone un tratamiento al paciente, pero antes de emitir la receta se pregunta: «¿el tratamiento escogido es seguro para este perfil de paciente?».

Se trata de un hábito más fácil de comprender a nivel intelectual que de realizarlo de manera sistemática. Vendría a ser un *check-list* de calidad del acto clínico, y como tal *check-list* eleva el nivel de exigencia y cansancio. Sin embargo, el clínico inteligente aprende que la molestia de incorporarlo a su proceder habitual se ve recompensada por la evitación de errores clínicos y el dolor moral que conllevan. Se trata de acabar la consulta con la sensación de que «todo lo que debía hacer lo hice».

## Consecuencias prácticas. Escenarios de rectificación

Podemos concluir que hay un creciente interés por estudiar la reflexión que realiza el profesional en el contexto del acto clínico. Si fuéramos capaces de elevar su calidad –la calidad de la reflexión– evitaríamos errores clínicos y mejoraríamos la eficiencia. Hemos examinado la dinámica de la reflexión (encuadre-modalidad de entrevista –tareas– sumario previo a la resolución de la entrevista) prestando atención a las habilidades de metacognición, y proponiendo una estrategia general que llamamos «supervisión de tareas». Una aplicación docente de esta estrategia se basaría en 2 pilares:

- Integrar los hábitos de supervisión.

**Tabla 3** Supervisión de tareas en la entrevista clínica

### *Inicio, antes de empezar la entrevista*

- ¿Estoy suficientemente «presente» y con la cabeza despejada?
- ¿Tengo una predisposición suficientemente positiva hacia el paciente? ¿Le sonrío?
- ¿Tengo una foto global de este paciente? ¿Debiera tenerla antes de proseguir?

### *Fase exploratoria*

- ¿Tengo clara la razón por la que el paciente acude?
- ¿Algo interfiere con mi capacidad de estar concentrado y hacer las tareas de anamnesis y exploración física?
- Tengo prisas por cerrar la fase exploratoria de la entrevista?

### *Decisión clínica*

- ¿Puedo ya decidir y resolver la entrevista, o me faltan datos?
- ¿Podría escribir un informe con la cronología detallada de los síntomas?
- Lectura textual: si en lugar de «oír» los síntomas del paciente los leyerá de un libro, ¿qué se me ocurriría?
- Hipótesis inversa: ¿y si en lugar de ser el origen de estos síntomas de tipo biológico este fuera psicosocial? (y viceversa)
- ¿Cómo influyen el conocimiento y los prejuicios previos que tengo de este paciente?
- ¿Hay algún dato relevante que esté omitiendo, o alguna cuestión ética?

### *Fase resolutoria y justo antes del cierre*

- ¿Qué diría un buen clínico de esta entrevista?
- ¿Estoy haciendo todo lo posible por este paciente?
- ¿Me dejo aspectos preventivos?

- *Proponer* escenarios clínicos que para ser solventados adecuadamente el aprendiz tuviera que rectificar las primeras hipótesis que se le ocurrieran. Llamamos a estos escenarios «escenarios de *rectificación*», porque nos obligan a reprocesar el encuadre o el guión de enfermedad que hemos elegido en primera instancia.

Hay 2 tipologías de escenarios de *rectificación*: por un lado, cuadros clínicos que parecen una entidad y son otra. Llamaremos a este tipo *rectificación de «guión de enfermedad»*. La otra *rectificación* se refiere a la intencionalidad o encuadre global de la entrevista, por ejemplo, el paciente tenía una demanda oculta, o una demanda añadida, o una demanda confusa, pero en todo caso cuando la descubrimos nos obliga a un cambio radical de estrategia... ¡muchas veces ocurre cuando pensábamos que la entrevista estaba a punto de acabar! Esta *rectificación del encuadre general de la entrevista* supone un esfuerzo muy notable del entrevistador<sup>20</sup>.

Estos tipos de escenarios clínicos tendrían por beneficio acostumbrar al clínico a rectificar sin dolor moral, a no quedar anclado en una opción diagnóstica (y mucho menos empeñar su prestigio) y a reprocesar las necesidades de salud de su paciente sin prejuicios, muy atento a las nuevas evidencias que surgen. Como afirmaba Michel Montaigne: «*pues gusto de satisfacer y alimentar la libertad de corregirme mediante la facilidad para ceder; sí, en mi*

*propio perjuicio*». Todo un programa para el médico del siglo XXI.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. O'Connor T, Sandis C, editores. *A companion to the philosophy of action*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2013.
2. Kornblith H. *On reflection*. Oxford: University Press; 2012.
3. Kahneman D. *Thinking fast and slow*. London: Penguin; 2011.
4. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown; 1985.
5. Schön DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
6. Crandall B, Klein G, Hoffman RR. *Working minds: A practitioner's guide to cognitive task analysis*. Cambridge: The MIT Press; 2006.
7. Kassirer JP, Wong JB, Kopelman RI. *Manual de razonamiento clínico*. Barcelona: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
8. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Acad Med*. 2009;84:1022–8.
9. Klein G. *Streetlights and Shadows. Searching for the keys to adaptative decision making a bradford book*. Cambridge: The MIT Press; 2009.
10. Schmidt HG, Rikers RM. How expertise develops in medicine: Knowledge encapsulation and illness script formation. *Med Educ*. 2007;41:1133–9.
11. Gigerenzer G, Todd PM, the ABC Research Group. *Simple Heuristics That Make Us Smart*. New York: Oxford University Press; 1999.
12. Schiff GD. Minimizing diagnostic error: The importance of follow-up and feedback. *Am J Med*. 2008;121 Suppl 5: S38–42.
13. Berner ES, Graber ML. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am J Med*. 2008;121 Suppl 5: S2–23.
14. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. 2003;78:775–80.
15. Borrell F, Epstein RM. Preventing clinical errors. A call for self-awareness. *Ann Fam Med*. 2004;2:310–6.
16. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos (II). *Aten Primaria*. 2012;44: 494–502.
17. Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). *Aten Primaria*. 2012;44:417–24.
18. Rodríguez Bello LI. El modelo argumentativo de Toulmin en la escritura de artículos de investigación educativa [en línea]. *Revista Digital Universitaria* [consultado 31 Ene 2004]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art2/portada.htm>
19. Smith K, Shanteau J, Johnson P. *Psychological investigations of competence in decision making*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
20. Borrell i Carrió F, Hernández-Clemente JC, Lázaro J. Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica clínica segura. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:390–7.