Percepciones, actitudes y conductas de médicos de atención primaria del País Vasco ante las “consultas sagradas”

Grupo KUXKUXEROAK

28/10/2018

Percepciones, actitudes y conductas de médicos de atención primaria del País Vasco ante las "consultas sagradas". Informe Amplio del Estudio.

Grupo Kuxkuxeroak (curiosxs)

Beatriz Aragón Martín (MFyC, Madrid); Mikel Baza Bueno (MFyC, Dima); Cristina Cabrera Brufau (MFyC, Galdakao); Carlos Calderón Gómez (médico de familia, Donosti); Nabil Diouri (MIR MFyC, Madrid); Ana Dosio Revenga (MFyC, Galdakao); Carmen Fando Lavalle (MFYC, Madrid); Mª José Fernández de Sanmamed Santos (MFyC, Barcelona); Juan Gérvas Camacho (médico general, Madrid); Maxi Gutiérrez Jodra (MFyC, Vitoria); Lorea Larrañaga Azpiazu (MIR MFyC, Galdakao); Sara Olariaga Arrazola (MFyC, Bilbao); Amaia Saenz de Ormijana (enfermera, Vitoria); Elena Serrano Ferrández (MFyC, Barcelona); Ana María Uriarte (trabajadora social, Bilbao); Miren Urquiza Bengoa (enfermera, Vitoria).

Coordinadores y contacto para correspondencia:

Elena Serano (elenasf7@gmail.com), Mikel Baza (mikelbaza@gmail.com) y Carlos Calderón (ccalderong@telefonica.net)

Sugerencia de cómo citar este informe:

Grupo Kuxkuxeroak. Percepciones, actitudes y conductas de médicos de atención primaria del País Vasco ante las "consultas sagradas". Informe Amplio del Estudio. 30 de octubre de 2018.

Índice:

Introducción	3-4
Objetivos	5
Metodología, métodos y participantes	6 -9
Financiación	10
Resultados	11- 32
Discusión	33 - 39
Conclusiones	40
Contribuciones de autoría del equipo investigador	41
Experiencia participativa de investigación-aprendizaje	42-43
Bibliografía	44 - 48
Anexos:	
- Anexo 1 Equipo investigador	49
- Anexo 2 Carta - mensaje convocatoria a participantes	50
- Anexo 3 Hoja informativa a los participantes - consentimiento	51
- Anexo 4 Guía entrevistas individuales y grupales	52
- Anexo 5 Carta a los participantes tras la transcripción	53
- Anexo 6 Publicación Gaceta Sanitaria-Comunicación Oral Congreso CyS 2016	54-56
- Anexo 7 Póster Semfyc 2017	57
- Anexo 8 - Convocatoria OSI Barrualde Galdakao 2017	58-62

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la medicina se ha definido en términos fundamentalmente biológicos y técnico-científicos. El dualismo entre mente y cuerpo que ha caracterizado el abordaje del sufrimiento por parte de la práctica sanitaria occidental ha dejado relegada a un segundo plano la mirada que incluye aspectos psicosociales, espirituales, humanísticos y otras dimensiones que implican al enfermar (1).

Los datos que suelen registrarse en las historias clínicas tienden a ser cuantitativos (resultados de test analíticos, mediciones, etc…) y están determinados por el énfasis de dicho paradigma biomédico en expresar los problemas de las pacientes en un formato estructurado y estandarizado. Las habilidades de comunicación asistencial básicas (escuchar, apreciar e interpretar las narrativas de las pacientes) son las grandes olvidadas tanto en la formación pregrado como en la formación continuada (2). Pese a que estos aspectos relacionales tienen tanta influencia en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como otros aspectos considerados más "científicos" o técnicos, siguen sin ser prioritarios en la docencia y la práctica (3). Así, vivimos en la creencia de que esas facetas (afectivas, relacionales, etc.) son cualidades innatas, habiendo sido tradicionalmente asignadas al género femenino (4), en lugar de ser consideradas como parte de las habilidades profesionales y por tanto, susceptibles de ser aprehendidas e incorporadas al currículo formativo.

En la práctica clínica, especialmente en atención primaria (AP), los datos numéricos no son suficientes para una historia completa, pues nunca nos podrán dar información sobre el dolor, el placer, los sentimientos o el sufrimiento, que son partes importantes de la historia de cada paciente. Las personas nos definimos, le damos sentido a nuestro mundo y compartimos experiencias mediante palabras e historias, que son una parte fundamental de lo humano (1). Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones sobre la relación médico-paciente y los encuentros clínicos se han centrado en analizar factores estructurales de la consulta, obviando el contenido de ésta. Muy frecuentemente las herramientas de análisis utilizadas son insuficientes para examinar las capas de significación que subyacen en los procesos de comunicación (5;6). No obstante, aun reconociendo la importancia de estas narrativas y la necesidad de su representación y registro en la historia clínica, debemos tener presente el riesgo de caer en su protocolización y la potencial pérdida de matices consecuente.

En las consultas de medicina de familia (MF) es muy habitual que afloren las emociones y, aunque sabemos que muchos de los conflictos psicológicos y sociales ligados a ellas se resuelven allí mismo (7), se dispone de escasa información sobre cómo son identificados y abordados por las profesionales sanitarias. Según un estudio de Gérvas et al (8), un 8,4 por mil de los pacientes atendidos por las médicas de familia o generales lloran en la consulta. Los autores definen estos encuentros como “consultas sagradas”, haciendo referencia a aquellos encuentros con especial componente emocional en torno a la muerte/el inicio de la vida, cambios de situación vital, tras un error médico, etc., y que por tanto exigen el máximo respeto. No obstante, el concepto no está claro ni en la práctica clínica ni en la investigación.

En febrero de 2016 tuvo lugar en Bilbao el 31º Seminario de Innovación en Atención Primaria "Pacientes que lloran y otras consultas sagradas" (9) en cuyo desarrollo se pusieron de manifiesto los efectos y vínculos de dichas consultas con aspectos parcialmente conocidos como las dificultades derivadas del apresuramiento en la asistencia (10), el "burnt out" de las MF (11) o el profesionalismo y los factores que lo condicionan (12), confirmándose a su vez la importancia de su estudio como un ámbito de necesaria mejora en nuestra AP.

Teniendo en cuenta la complejidad del tema, la escasez de estudios previos y la conveniencia de aproximarnos a su estudio más en profundidad que en extensión, se consideró justificado diseñar y llevar a cabo una investigación cualitativa con los objetivos de conocer las percepciones, actitudes y conductas de profesionales de medicina en atención primaria, ante los encuentros con gran componente emocional, denominados como "consultas sagradas", e identificar los posibles ámbitos de mejora para la atención a las pacientes y para las propias profesionales.

Objetivos del estudio

a) Conocer las percepciones y actitudes de las médicas de familia ante las consultas con gran componente emocional, que generalmente trascienden el modelo biomédico, y que algunas autoras denominan “Consultas sagradas”.

b) Conocer si para las médicas de familia el término “consultas sagradas” conceptualiza y engloba estas consultas y describir cuáles son los principales aspectos que hacen que las profesionales puedan reconocer dichas consultas.

c) Identificar los posibles condicionantes y vínculos de dichas consultas con las características de las médicas de familia y los contextos de su labor asistencial en atención primaria.

d) Conocer las distintas estrategias y mecanismos empleadas por las médicas de familia para manejar la complejidad asistencial y la carga emocional que conllevan las “consultas sagradas” en sus condiciones habituales de trabajo.

e) Identificar los posibles ámbitos de mejora para la atención a las pacientes y para las propias profesionales en el desarrollo de este tipo de consultas.

METODOLOGÍA, MÉTODOS Y PARTICIPANTES

A partir de los objetivos y características del objeto de estudio se realizó un estudio cualitativo con enfoque socio-subjetivo orientado a los servicios de salud (13;14) y en particular a la AP (15), mediante un diseño descriptivo-interpretativo (16) como la opción metodológica más adecuada para conocer a través de profesionales especialistas en MF los significados que se atribuyen a un determinado tipo de encuentros clínicos, denominados "consultas sagradas", y cómo interiorizan, reflexionan y condensan la experiencia de atender a pacientes en situaciones emocionalmente delicadas.

El equipo investigador que se autodenominó "Kuxkuxeroak" (palabra que en Euskera significa curiosos) se constituyó con profesionales sanitarios primaristas de diferentes disciplinas y estaba formado por nueve médicos de atención primaria, cuatro residentes de medicina familiar y comunitaria, dos enfermeras y una trabajadora social (***Anexo 1***).

Desde su inicio el estudio se concibió como una experiencia de investigación-aprendizaje a partir de la diversidad en cuanto a experiencia investigadora de los participantes y con la intencionalidad compartida de promover el trabajo grupal, interdisciplinario y participativo. En este sentido se combinaron las tareas prácticas con el aprendizaje teórico mediante 6 talleres correspondientes a las diferentes fases del estudio y la organización de una red de comunicación y acceso a los distintos materiales on-line.

El trabajo de campo se realizó en el País Vasco entre mayo y octubre de 2016. Los informantes fueron profesionales médicos con ejercicio profesional activo en varios centros de atención primaria de Bizkaia y Araba durante el periodo citado.
Se diseñó un muestreo intencional con representación teórica intentando así captar la mayor diversidad discursiva posible (17). Para ello en la selección de los participantes se tuvieron en cuenta características de género y edad, los años de ejercicio profesional, la estabilidad en el empleo y en el centro (fijos, interinos, eventuales), el nivel de implicación en la mejora de la atención primaria y en la actividad docente, y el ámbito de ejercicio (rural/urbano). La identificación y búsqueda de las personas que cumplían con los perfiles diseñados se realizó desde la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria (Osatzen), las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Araba y Bizkaia y a través de terceras personas de la red de profesionales conocidos por el equipo investigador. El contacto inicial con las personas seleccionadas fue por correspondencia electrónica mediante una carta formal en nombre del equipo investigador y con el aval de Osatzen, informando del objetivo de la investigación, de la autoría de la iniciativa, los aspectos éticos y otros detalles pertinentes (***Anexo 2***). Posteriormente se estableció contacto telefónico personal para conocer la acogida del estudio y la decisión de participar o no. En algunos casos se realizó un primer contacto telefónico y luego se envió el correo electrónico, al que algunos de los participantes respondieron aceptando la participación en el estudio. Hubo diferencias en la manera de confeccionar los grupos de Bizkaia y el de Araba. En los primeros, se fue estableciendo contacto de forma progresiva con los participantes para ir completando los diferentes perfiles del grupo. En la confección del grupo alavés, se realizó una preselección de varios candidatos de diferentes perfiles (20 seleccionados) y desde ahí se realizó la convocatoria a 12 participantes para formar finalmente un grupo de 7 participantes. En los diferentes grupos

hubo varias respuestas negativas a participar principalmente por problemas de disponibilidad, siendo en la mayoría de los casos la carga asistencial laboral el motivo por el que no podían acudir al encuentro (la convocatoria se realizó a las 13 horas). También hubo varios participantes que habían confirmado su asistencia y que en el último momento no pudieron acudir por motivos personales. Unos días antes de la fecha del grupo focal, se repitió el contacto telefónico a modo de recordatorio y para confirmar la asistencia a las entrevistas.

Finalmente, la muestra quedó constituida por 23 MF cuyas características se describen en la **Tabla 1**. Respondiendo a los perfiles previamente establecidos en el diseño los informantes fueron diversos en las características buscadas. La media de edad fue de 45 años, pero se cuidó muy especialmente la presencia de profesionales jóvenes y para ello se buscaron también informantes residentes de la especialidad de MF. El 65% fueron mujeres y el 35% realizaban actividad docente. Se decidió la finalización de la recogida de datos cuando el equipo investigador consideró que los datos obtenidos eran suficientes, convenientes y de calidad para dar respuesta a las preguntas de la investigación (18).

La recogida de datos fue llevada a cabo mediante técnicas conversacionales (19). En una primera fase se realizaron tres entrevistas individuales en profundidad a profesionales de referencia conocidas por su actitud crítica y su trabajo en la mejora de la atención primaria. Estas primeras participantes además de aportar datos fueron informantes clave que permitieron complementar la información recabada en la bibliografía sobre las consultas sagradas. En una segunda fase se realizaron tres grupos de discusión, uno en Araba y 2 en Bizkaia constituidos por profesionales de diferentes centros de salud de la zona. El número de informantes de cada grupo fue de 7 en el grupo de Araba y 8 y 5 personas respectivamente en cada grupo de Bizkaia.

Las entrevistas grupales contaban con un moderador y un observador pertenecientes al equipo investigador y el trabajo de campo fue realizado por los investigadores ES, BA, AD, MU, LL, AU, y MB. Antes de iniciar la entrevista se facilitaba a cada participante un documento informativo y se le proponía la firma del mismo (***Anexo 3***). El guión utilizado a modo de referencia inicial para la realización de las mismas se recoge en el ***Anexo 4***, si bien el orden, la forma e incluso los contenidos de las preguntas se modificaron y adecuaron al desarrollo de cada entrevista individual o grupal. La duración aproximada osciló entre 60 y 90 minutos en las entrevistas individuales y 90-120 minutos en las entrevistas grupales. Todas (a excepción de una de las entrevistas individuales) fueron realizadas en los centros de salud, en la consulta de la informante en las entrevistas individuales, o en las salas de reuniones en el caso de las entrevistas grupales. Una de las entrevistas individuales se realizó en euskera porque así lo desearon tanto la entrevistada como la entrevistadora, al tratarse esta su lengua materna y habitual. Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas, siendo muy cuidadosos con la literalidad de lo que se decía, incorporando tanto lo dicho por los participantes como por la moderadora, y señalando expresiones no verbales (risas, silencios, emociones…). Se contaba además con notas de campo realizadas sistemáticamente después de cada una de las técnicas que se guardaban y registraban en un cuaderno de bitácora que con una actitud etnográfica ha acompañado todo el proceso de investigación. Las transcripciones fueron realizadas en su totalidad por los diferentes integrantes del equipo investigador.

TABLA 1. Características y datos sociodemográficos de los informantes

Participantes	Edad	Género	Ámbito de trabajo	Años trabajados	Continuidad en trabajo actual	Tipo de contrato	Actividad docente	Técnica de datos
1	49	mujer	rural	22	5 años	fijo	sí	Entrevista individual
2	52	mujer	rural	18	3 años	fijo	sí	Entrevista individual
3	57	mujer	urbano	33	12 años	fijo	No	Entrevista individual
4	47	mujer	rural	19	5 años	fijo	Si	Grupo discusión Bizkaia 1
5	36	hombre	urbano	9	6 meses	eventual	no	Grupo discusión Bizkaia 1
6	42	mujer	urbano	18	8 meses	eventual	no	Grupo discusión Bizkaia 1
7	34	mujer	urbano	5	1 año	interina	no	Grupo discusión Bizkaia 1
8	54	hombre	mixto	27	25 años	fijo	sí	Grupo discusión Bizkaia 1
9	63	mujer	urbano	36	6 años	fijo	sí	Grupo discusión Bizkaia 1
10	60	hombre	no identificado	32	11 años	fijo	sí	Grupo discusión Bizkaia 1
11	30	mujer	urbano	1	0 años 1 mes	eventual	no	Grupo discusión Bizkaia 1
12	38	hombre	urbano	8	4 años	interino	no	Grupo discusión Araba
13	35	hombre	rural	6	2 años	eventual	no	Grupo discusión Araba
14	58	hombre	urbano	32	25 años	fijo	no	Grupo discusión Araba
15	48	mujer	rural	20	10 años	interina	no	Grupo discusión Araba
16	58	mujer	rural	30	5 años	fijo	no	Grupo discusión Araba
17	26	hombre	urbano	MIR3	-	Residente	no	Grupo discusión Araba
18	30	mujer	urbano	1	1 año	eventual	no	Grupo discusión Araba
19	51	mujer	rural	25	15 años	fijo	sí	Grupo discusión Bizkaia 2
20	46	hombre	urbano	15	5 años	interino	no	Grupo discusión Bizkaia 2
21	58	hombre	semirural	24	6 años	fijo	sí	Grupo discusión Bizkaia 2
22	28	mujer	rural	MIR4	-	residente	no	Grupo discusión Bizkaia 2

23	52	mujer	urbano	23	18 años	fijo	no	Grupo discusión Bizkaia 2

El corpus textual constituido por las transcripciones de las entrevistas individuales y grupales y las notas de campo fue analizado de forma triangular por tres investigadores (CC, ES y MB), que realizaron un análisis temático descriptivo-interpretativo (20). Todo el equipo investigador participó vía on-line en la elaboración de las intuiciones preanalíticas, y en sesión presencial en el proceso interpretativo de los resultados y en la discusión y conclusiones del estudio.

En el análisis de los textos y notas de campo generados en las entrevistas y grupos focales hemos pretendido identificar y ordenar los principales hallazgos conforme a los testimonios y significados aportados por los propios participantes sin perder de vista los objetivos iniciales de la investigación. Para ello se ha trabajado a partir de las transcripciones mediante un proceso repetitivo de contraste con los textos y entre los textos (21;22), contando con la ayuda de mapas conceptuales y del programa informático MaxQDA, junto con la imprescindible labor de indagación, discusión y consenso por parte del equipo de investigadores.

La preocupación por la calidad y el rigor del estudio ha estado presente durante todo el proceso de investigación (23). La dinámica participativa y el enfoque de investigación-aprendizaje por parte del equipo investigador, cuyas contribuciones de autoría se detallan al final de este documento, favoreció la reflexividad y el registro etnográfico de los pormenores del proceso investigador en un *cuaderno de bitácora* que se prevé sea objeto asimismo de redacción y difusión. Además de la triangulación de los resultados obtenidos a través de los dos tipos de técnicas conversacionales utilizadas, la búsqueda de casos negativos durante el análisis y el contraste entre todo el equipo durante las diferentes fases del estudio, se distribuyó a todos los participantes el borrador preliminar de los resultados del análisis solicitándoles su revisión y conformidad como procedimiento de validación previo a su discusión (***Anexo 5***).

Un aspecto tratado específicamente por el equipo ha sido el del uso del género en la escritura del documento. La voluntad compartida de promover un enfoque inclusivo se inclinó por la posibilidad de alternar los diferentes apartados del informe en femenino y masculino, y así se presenta la actual versión. No obstante, teniendo en cuenta el carácter interno del informe y la diversidad de formatos que se prevén en su difusión, quedamos abiertos a otras posibles opciones siempre y cuando hagan constar el mencionado compromiso inclusivo por parte del equipo investigador.

El estudio fue presentado al Comité de Ética Euskadi (CEIC–E) con el código interno PI2016085, y los requisitos éticos fueron tenidos muy en cuenta por parte de los investigadores, y estuvieron presentes en todas y cada una de las fases de la investigación, siendo objeto específico de reflexión, aprendizaje y compromiso explícito por el conjunto del equipo. En el contacto inicial y en el encuentro presencial se informó a los participantes de los detalles del estudio ofreciendo la posibilidad de responder a dudas sobre el mismo y explicando y garantizando el derecho a retracto. Tras ello firmaron su consentimiento a ser entrevistados aceptando así su participación voluntaria e informada (***Anexo 3***). También se les solicitó su consentimiento para grabar las entrevistas que fue otorgada por todos los participantes. Se les aseguró la confidencialidad y anonimización tanto de sus datos personales como de la información de las entrevistas realizadas, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Cualquier participante podía ejercer

los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de sus datos. Únicamente el equipo investigador ha tenido acceso a los datos anonimizados. Por otro lado, se tuvieron en cuenta los posibles efectos emocionales que el tema de la investigación pudiera provocar en los participantes en el transcurso de las entrevistas, haciendo explícito su compromiso a acoger, respetar y contener dichas posibles situaciones.

Fuentes de financiación

El estudio no ha contado con fuentes de financiación externas en su desarrollo. Se solicitó la beca en la convocatoria de la REAP de 2016, que finalmente quedó desierta. Los propios investigadores han sido los que han costeado los desplazamientos y alojamientos para acudir a las diferentes sesiones de trabajo desarrolladas durante el periodo de estudio. Las transcripciones también fueron realizadas íntegramente por parte del equipo investigador. Se ha contado con la cesión de la sede de Osatzen para realizar las sesiones presenciales, y también se ha contado con el apoyo de la sociedad científica para emitir certificados de participación a los médicos que participaron en los grupos focales y entrevistas. Se solicitó y así se nos concedió una licencia durante un periodo de prueba de 100 días para utilizar el programa MaxQDA que sirvió para realizar parte del trabajo del análisis. Finalmente, una vez completado el estudio, se solicitó una ayuda para la publicación del trabajo en forma de artículo “Open Acces” a la convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación de la Comisión de Investigación 2017 – OSI Barrualde Galdakao, organización a la que pertenecen varias personas del equipo investigador, y que finalmente ha sido concedida.

RESULTADOS

"Consultas sagradas" y solapamiento de dimensiones

La ordenación de los resultados se inicia con un primer apartado referido al término "consultas sagradas" que, como sabemos, sirvió de título al SIAP de 2016 desde donde partió la iniciativa de la investigación. A su vez se han delimitado tres áreas principales de agrupación temática relacionadas con el profesional, el paciente y el contexto sanitario. Dichas áreas se solapan entre sí mediante vínculos plurales y dinámicos, pero su entidad propia justifica su consideración asimismo como apartados en la exposición de resultados del análisis. Finalmente, se tratarán las aportaciones e inquietudes principales recogidas en los textos en relación a las posibles vías de mejora en la práctica de este tipo de consultas.

Tal y como se ha intentado representar en las **Figuras 1 y 2**, en cada una de las áreas temáticas intervienen diferentes componentes, todos ellos interrelacionados de modo multidireccional, de los cuales hemos seleccionado aquéllos que aparecen con mayor consistencia en las aportaciones de las participantes y que a su vez contribuyen a una mejor y más integral comprensión de las respuestas a los objetivos de la investigación.

Figura 1. Componentes temáticos e interrelaciones principales

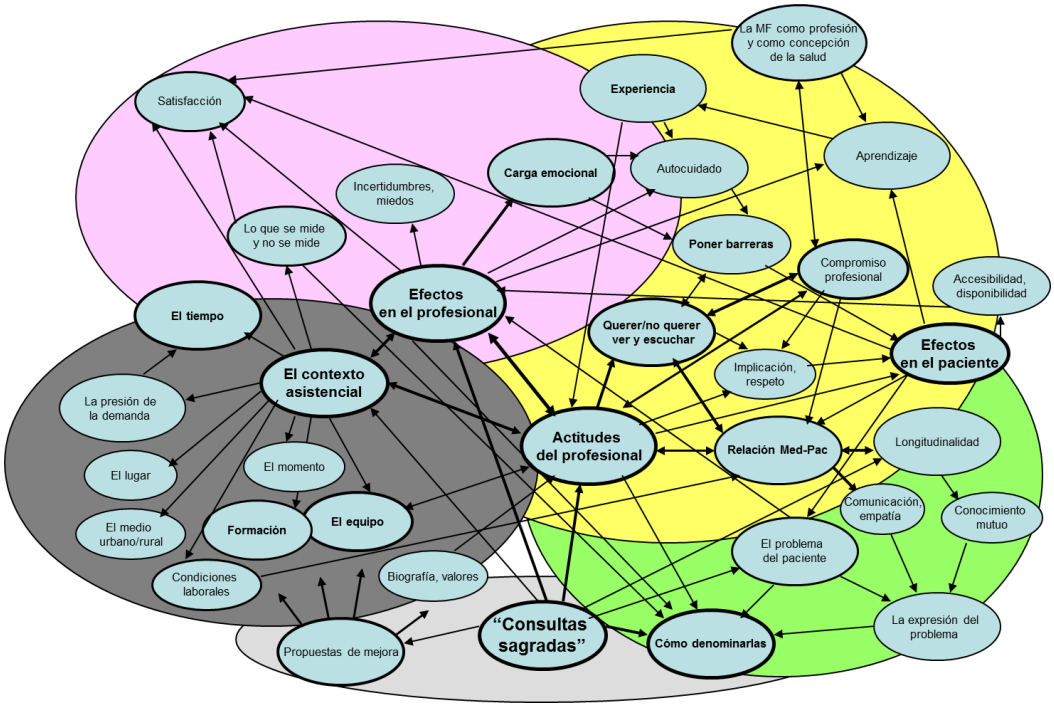
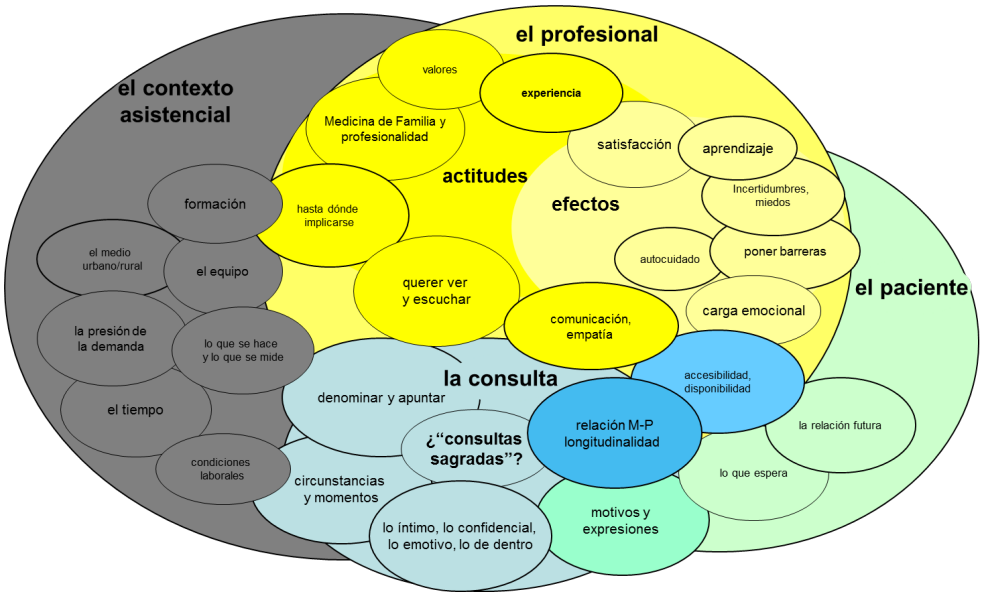


Figura 2. Áreas principales de agrupación temática



1) ¿Consultas sagradas?

Como veremos a continuación, el significado e incluso la pertinencia del término "consultas sagradas" para designar los encuentros de alto contenido emocional no son compartidos de manera homogénea, pero a su vez se reconoce como un componente de gran importancia en la práctica asistencial de la atención primaria que merece ser considerado como objeto de estudio y de mejora.

. Personas, motivos y expresiones en la consulta de atención primaria

En opinión de las participantes el concepto "consultas sagradas" apunta a la complejidad de la asistencia a las personas en la consulta real, si bien como tal término resulta en ocasiones confuso, bien por novedoso, por vincularse a la religión, o por entender que "lo sagrado" podría ser extensible a toda consulta médica, sobre todo si el componente emocional está presente de manera explícita o implícita, es decir, aunque no se acompañe necesariamente de llanto.

"F: …pero que muchas veces te vienen con un dolor de tripa y… igual al final ese dolor... pues eso, es una somatización de todo lo que tiene detrás. Que... si rascas un poquito en cada paciente, pues te encuentras, pues bueno, la vida misma, ¿no?... y bueno me parece... pues eso, todas serán sagradas... al final, las consultas... pero el componente emocional está ahí... en todas... salvo en el niño del dolor de garganta (risas) o el jovencito, ¿no?, que viene simplemente por su síntoma físico.
H- A mí me resulta religioso, y a mí lo religioso, como diría el otro, no... Lo de sagrado, yo, donde más lo he oído es en el... ¿no? Y entonces, claro, no, como diría el otro, ha habido una serie de gente que ha querido llamarle así, total, me parece bien, pero bueno..." ***GF1***

"...Bueno, como te comenté el otro día por teléfono, las consultas sagradas son todas. Cada vez que entra una persona a comentarnos algo, pues ya eso es sagrado, sea lo que sea.
…Yo no le doy tanto valor al llanto, fíjate. Porque creo que hay mucha gente que está sufriendo muchísimo y no llora. Entonces el llanto, a ver, a mí me conmueven muchas cosas. Pero igual me conmueve más el que no dice y yo

sé… que el que llora mucho… pero claro tú filtras… aquí el problema que tenemos es que los que atendemos somos personas antes que profesionales..." ***E3***

"P3: Bueno, yo no sé qué se entiende por una consulta sagrada, ¿eh? Lo habéis puesto ahí y yo…
PM: Lo que tu entiendas.
P3: Yo entenderlo…, yo me refiero al lloro, a situaciones que en una primera vista… no es demanda por una patología biológica, y tal, ¿no?,
P5: Yo el calificativo de sagrada, ¡lo repasaría! Porque es que, los que tenemos una formación religiosa previa, nos deja, ay, cómo, ¡sagrado! ¡sagradas! Yo, cuando contaba, voy a ir a hablar, vamos a hacer un taller sobre la consulta sagrada. Dice mi marido, ¡¿sagrada!? …Me imagino que es una convención y que se dice, eh, de forma convencional, o sea, pero igual a nosotros, a los más viejos nos extraña, nos extraña…
… Depende del paciente, yo creo que también, ¿no? así como las mujeres tenemos mucha más facilidad a la hora de llorar, en, en varones sí que impacta más. A mí sí que me deja a veces… Tuve un paciente, típico empresario, super estrés, el trabajo… e hizo ¡crack! O sea, no podía… levantarse a las mañanas, y vino a la consulta, a la revisión, tátátá, todo bien…, y de repente, no sé qué pasó, y se echó a llorar, "no puedo con mi vida, no puedo seguir con este ritmo, me está matando el trabajo…" ***GF2***

"L: ¿Crees que llorar convierte una consulta en sagrada o no tiene por qué?
X: Yo creo que no, hay algunos llantos más superficiales y otros… no sé. Yo creo que no, que no es eso. Hombre, normalmente si una persona empieza a llorar es porque tiene algo dentro. Pero hay algunos llantos como de críos, ¿no? Muy superficiales y… Si, casi siempre están llenos de sentimientos y eso quiere decir mucho; pero no siempre, igual eso no es el síntoma. Para mí la emoción… es eso de dentro…" ***E2***

"Una consulta es o debería ser un sitio sagrado. Un sitio que cuentas lo que sientes y tus síntomas…
…Me ha encantado el concepto. La vida te pone el lío pero también te da las herramientas para quitar ese lío. La vida de las personas a tu lado que te van a acompañar y luego te dan también las herramientas y los recursos" ***E1***

En una primera aproximación dichas consultas se relacionan, por tanto, con acontecimientos vitales de especial impacto emocional en las pacientes (enfermedades graves, pérdidas, final de la vida, separaciones, problemática social, etc.) y en las que la actitud de las profesionales, sobre la que trataremos más adelante, aparece ya como un componente fundamental.

"A: No había oído jamás hablar de este tema, con lo cual digo, para qué me mandan a mí, consultas sagradas, yo pensaba, no sé, será por la diversidad cultural y religiosa que me pueda encontrar en la consulta, o sea, por lo tanto a mí de entrada..., ahora que ya… en otros correos comentaste lo de alta carga emocional y demás, digo bueno, a mí me parece equívoco lo de consultas sagradas vamos…
E: Bueno, a mí… Depende, lo de sagradas por un lado sí que me suena como...a algo como, muy cerrado, muy, delicado, y... que se manejan cosas que transmiten mucha vulnerabilidad. … Pues sí, son sagradas porque son con material sensible, ¿no?
B: Si, yo también cuando oí lo de las consultas sagradas, con el tema del SIAP y eso que hubiera querido ir y al final no pude, eeeh, en ese momento no vi exactamente a que se estaba refiriendo, pero el tema del, del término sagrado me hacía más referencia a…cómo nos gustaría respetar esos momentos, más al momento sagrado de, de… protegerlo, de...tratarlo de otra manera, de parar el ritmo...un poquito de que puedes llevar en la consulta, de cambiar el chip, un poquito en ese sentido.... Yo creo, bueno..., que... hace más referencia a cómo tenemos que tratar lo sagrado, que al contenido en sí. El contenido en sí que está, pues… alta carga emocional, me parece más descriptivo." ***GF3***

"El tema del duelo y la aceptación de las pérdidas, menopausia, aborto, identidad sexual, sexualidad, separaciones, divorcios cuando alguien tiene un cáncer, cuando alguien...es tremendo…
…Yo ayer he tenido dos horas de consulta sagrada en la guardia, atendiendo a terminales, gente que está haciendo duelo. Estás haciendo consultas muy especiales que no tiene nada que ver con medicina de cifras, sino con una medicina de gestión de emociones…" ***E1***

"X: Yo creo que pueden ser muy diferentes… no sé, algunas veces hay una enfermedad de por medio, otras una muerte, otras, no sé, un dolor muy grande o un problema económico o una relación problemática con violencia o sin ella… no sé. Yo creo que pueden ser muy diferentes, y también las personas y cada cual tiene su forma de contar las cosas." ***E2***

"Pero sí que es cierto que hay consultas en las que se revuelven muchas cosas, muchas emociones y muchos problemas muy graves. ¿Cuáles? Pues de todo tipo: desde la persona que se acaba de quedar viuda o ha perdido un familiar que para él, para esa persona es muchísimo, todas las separaciones de las parejas, bien porque se ha ido con otra, bien porque simplemente no te quieren, bien porque han descubierto que son homosexuales… ahora

estamos llegando a ruinas de negocios, yo tengo en la consulta varios…, Todas las incapacidades. La gente que de repente pues, ha tenido un tipo de vida y por un accidente o por una enfermedad, aunque a tí te parezca que se ha quedado muy bien, pues a esa persona le ha limitado muchísimo…
…Muchas veces ya las hacemos sagradas nosotras porque ya sabemos. Este de la neo de próstata, que yo ya sabía que tenía una neo de próstata pero él no había venido a decírmelo, ¿no?, pues ya esa la he considerado de entrada sagrada porque yo ahí quería saber él hasta qué grado estaba informado y ayudarle con lo que iba a pasar…. Esa es otra de las sagradas." ***E3***

"H: La mujer con hijos es carne de cañón, el trabajo etc. No se da cuenta de que tú eres profesional que se lo estás diciendo, has hecho de psicólogo y entonces le dices: "Pero tú no te das cuenta? Trabajas, tal, joe, pues normal que estés mal y has hecho la ostia… ¿Y no hay manera que al crio le lleve a la guardería otro?". Fíjate, esa es una pregunta de médico, pero es que es de médico…
E: Ya hemos hablado del trabajo…Un día en consulta, un señor con mucho estrés, ya se me puso a llorar cuando me lo contó, y decidió dejar ese trabajo, pero al final esa decisión, la elaboró él con el tiempo, y lo decidió él…" ***G1***

. Lo íntimo, lo confidencial, lo de dentro

En la medida en que se debate y se profundiza en los posibles significados del término "consultas sagradas" aparecen expresiones y vivencias compartidas en general por las participantes y referidas a determinados componentes de la práctica asistencial directamente relacionados con la importancia de lo íntimo, lo confidencial y lo singular de la interacción humana en la consulta de atención primaria.

"B - A mí... a mí sagrado, yo más que de consulta hablaría de espacios sagrados... hables de lo que hables, si para ti es una cosa íntima, pues... Sagrado a mí sí me gusta, no por el nombre sino porque de alguna manera te recuerda que vas a un espacio donde tienes que ir...descalzo. No sé... es decir, joé, voy a entrar en un lugar de una persona, que independientemente... de qué lugar ocuparía en mí, para ellos es un espacio al que me está dejando entrar. Y entonces eso... que sepas que esto que te estoy abriendo soy yo, y entonces a ver cómo entras... o sea, me... a mí lo que me hace es una alarma, una alerta, una luz para decir... eh, no, no le manches de ti y además no le digas que esa suciedad es suya, porque eres tú que no te has quitado los zapatos y has entrado con barro….
G- Eh... yo no estuve en las reuniones del SIAP ni sabía nada. Pero cuando me invitaron a venir aquí a mí me gustó la denominación. Y yo lo entendía en el sentido que dice B, pero va mucho más allá de lo emocional, porque tú entras en unas esferas en que están sus creencias, están el significado que tiene para él, está su filosofía de vida, está: su ámbito... su identidad, la auténtica identidad, más allá de lo que ocurre... ¿y eso cómo lo... cómo lo llamas? Eso no es emocional... solo. Y es, es algo muy sagrado... me ha gustado mucho cómo lo ha definido B.
F- … O sea, no sólo el punto emocional, ¿eh? Sino como algo de dentro que no vas a contar al resto y que te lo cuentan a ti. No, porque... o sea, en lo de sagradas, ¿no? Es como... yo qué sé, yo... no sé, no sé exactamente qué poner, pero algo que yo no voy a contar a mi familia, pero bueno de ti y te cuento porque a mí me supone un problema. Eso es lo que yo veo como una consulta sagrada, ¿no? Algo que te cuentan a ti y no al resto…
D- Por eso la discusión entre quien decía que todas son consultas sagradas y otros que opinábamos que todas, todas, no.
E- Como de consultas íntimas..." ***GF1***

"No había oído nunca hablarlo así. Como consultas sagradas. Y es cierto que cualquier consulta es sagrada por todo lo que conlleva el tema de la privacidad, el tema de la confidencialidad…" ***E1***

"P7: Pues yo creo que habría que tener en cuenta aquí dos tipos de consultas, ¿no? Porque estamos hablando todos de consultas en que el paciente ya viene de una manera abierta, a desahogarse, con un componente emocional.
P5: Para mí es como en una relación con el paciente cuando… bueno pues se cambia de fase. Tengo esa sensación, ¿no? Tenemos una relación normal, en un pueblo además donde nos conocemos toda la gente, en una relación continuada, en la que te encuentras por la calle, entre consulta y consulta, y en un momento dado, hay como una transformación y una relación, y el paciente, yo tengo la sensación de que entra en su intimidad, y te la enseña. Es un acto yo creo que voluntario. Además, no suele ser llevado solamente por la emoción, sino porque piensa que en ese momento necesita expresar de alguna manera delante de ti, una parte importante de su intimidad." ***GF2***

"X: Para mí, cuando la persona te cuenta sus cosas más íntimas, que le preocupan mucho, cuando está muy preocupado y está dándole vueltas, pero que es verdaderamente de su interior… para mí eso es. Tiene muchos sentimientos y… lo definiría así. Yo creo que algunas veces llora pero otras no.
… Si cuando se abre interiormente y cuando abre sus sentimientos más profundos, sus miedos, el problema que le causa ese cambio en su vida y… no sé. Yo creo que esa es la consulta llena de emoción." ***E2***

. Circunstancias y momentos. Relación médico-paciente y continuidad- longitudinalidad

Dichos componentes se contemplan en general como el resultado de una relación médico-paciente continuada a lo largo del tiempo, aunque según otras participantes no dependerían tanto de la mayor o menor permanencia en el mismo cupo como del modelo de relación que se haya establecido principalmente por parte de la médica. De ahí que en ocasiones sea con la profesional sustituta con quien se dan las condiciones propicias para la expresión de este tipo de consultas.

"Normalmente a tus pacientes les conoces y sabes qué provoca en cada uno el tema de llorar…
Cuando tú eres sustituta vas dos días o tres y la gente te cuenta lo que te quiere contar y tú estás para coger lo bueno de todos lados, pero cuando es tu plaza, el paciente te ve de una forma determinada el paciente, y tú también estás de otra forma distinta. Te paras más…
A veces tú también tienes tus estrategias. Esto es un continuo. ¿Puedes verme un momento? Y luego es a última hora de cualquier manera… Ellos tienen sus estrategias. Si haces un corte trasversal… pero si lo haces longitudinalmente…. lo que parece que era no era. A veces yo he sentido que era una consulta sagrada, pero he sentido que era así para mí y no para otro…" ***E1***

"B: yo creo que el ser sustituta facilita mucho eso...
D: bueno...
F: yo creo que hay sustitutas que les cuentas muchas menos cosas, porque estás de paso, por ejemplo, ¿no? yo la experiencia que tengo yo, pues no sé o me pasa como a ti, todos terminan llorando en la consulta o no sé lo que hago pero cuando vienen sustitutos sin embargo, no le cuentan ni la mitad de las cosas y están esperando a que llegues tú para seguir contándote ¿no? o sea, no lo sé, eh… que...yo creo que de sustituto es más difícil. Tienes más valor ¿no? al sustituto le cuesta más abrirse... porque igual estás un día, cinco, una semana, quince, ¿no?
H- ... hay muchas cosas, o sea, es multifactorial, lo que pasa es que evidentemente, para que un paciente en un momento determinado se abra… bueno, pues tienen que darse las condiciones. Habrá con gente con, con nunca se abra y habrá con otros con los que sí se abra. Es decir, puede... el mismo sustituto... ¿no? Y con este sí, y con este no. El mismo fijo, con este sí y con este no... Eso es, dependen de muchas otras, de muchas otras historias. Entonces, tú tendrás más facilidad para que los pacientes... y habrá otros ... ¿no?... Es que eso pasa siempre..." ***GF1***

"P2: también por otra parte es la continuidad, ¿no? también un poco…
P3: ¡Sí!
P6: A mí me pasa, que, pues en este tipo de consulta igual…, viene la paciente, y… ¿pues no está la doctora? ¿mi doctora, ¿no?, entonces claro… no hay continuidad
P4: ¡Claro!
P6: no ha habido continuidad y entonces no se abren…
P3: es más fácil, ¿no? Que si te conoce ya, pues te pueden contar… Para contar una cosa concreta, que igual…
P4: Sí, depende de la cercanía que el paciente tenga contigo… por ejemplo, en el mismo cupo, estando un médico o estando otro, a veces es diferente, y eso se ha visto ¿no? En los mismos pueblos… En los pueblos …
P2: Sí, o viene un sustituto, y a veces al sustituto es al que…
P4: Sí, es que a veces es eso, llega alguien nuevo y es cuando se atreven, y con él …; o formas de ser, que tenemos todos… y la empatía de cada uno… Yo creo que sí, que sí que depende de quien esté y, y… mucho." ***GF2***

"Creo que en atención primaria… conoces a la gente desde el principio de su vida y le has conocido en un montón de… claro es que es continuada ... a lo largo de mucho tiempo y conoces los familiares y sabes que es, que tú eres un referente para ellas y te vienen a contar, igual te cuentan a ti un problema antes que a otro, problemas de salud hablo eh? Si un día te viene la paciente de todos los días que nunca ha tenido nada grave y se queda en la consulta lloriqueando y trata de decirte algo que no arranca y le cuesta decírtelo…pues ya está." ***E3***

Pero además de la continuidad en el conocimiento y del modo de entender y practicar la relación con la paciente, intervienen las circunstancias de disponibilidad para responder a un tipo de demanda sin duda especial que se manifiesta en un momento determinado y que requiere de una respuesta adecuada. En general se coincide en que esa primera respuesta ha de darse precisamente cuando surge la demanda, si bien en ocasiones la falta de tiempo en la consulta diaria condiciona la programación de una nueva cita.

"E: Entonces, yo creo que hay como dos cosas. Una cuando tú, por tu forma de trabajar, por tu forma de entender la consulta vas creando un espacio cómodo, en el que los pacientes se sienten, bueno, con naturalidad pueden expresar lo que sea, y luego están las que... vienen por desborde emocional, ¿no? Las que vienen por desborde

emocional, hay gente que no tienes mucha relación con ella, hay gente que cuando... eh, viene alguien ha sustituirte… Con esa persona, bueno, son porque las tengo que sacar. Y las otras son las que las saco, porque... así me voy a sentir como escuchado. Y esas segundas es porque hay un trabajo previo, que tiene que ver con el estilo de pasar la consulta, que tiene que ver con tu manera de enfocar la medicina, ¿no? Yo, lo veo un poco así.
D: O sea vienen con somatizaciones y que, al fin, que tenemos que estar atentos a intentar percibir eso, y en otras es, simplemente vienen para el control del catarro ese que les ha dicho, o sea , ven porque quiero volver a auscultarse y sabes que tiene…, pues…, pues el yerno recién fallecido, y que, bueno, pues que ha habido otras circunstancias ahí, y simplemente el hecho de preguntarle qué tal estás, con esto…., uuh…, sirve para desahogar, el catarro ya estaba curado, pero ahí había otra cosa que tú sabes que está y, en el hospital, eso no lo saben y no lo van a ir a buscar y simplemente el hecho de preguntarle eso, va a suponer, que sabe que…, que se puede descargar, que igual en ese momento,…
E: Pero ese punto de que se ponga encima de la mesa, o que salga o que surja, es como la clave, ¿no?... Que tampoco es una cosa que igual puedes forzar, si no que a veces lo ves venir, lo ves venir...y estás ahí como...
*B: A mí me parece importante cuando sale, engancharlo. O sea, quiero decir que si es importante... darle el espacio y decir vale, tranquila, No, no tenemos prisa, o si tenemos prisa, pero...pero es importante esto, ¿no? Entonces ya ahí lo has enganchado y puedes seguir trabajándolo." **GF3***

*"… Si conoces lo que es el término consulta sagrada sí que lo identificas perfectamente bien y le das el tiempo que se lo das… Yo se lo doy en el momento…Muchas veces me he planteado si hacerlo en el momento o posponerlo para otro momento. Yo creo que es bueno en el momento. Porque si tú analizas por qué te viene esa persona hoy y no ha venido ayer. El verdadero motivo... lleva 3 meses con dolor de cabeza y te aparece hoy, y hoy ¿qué? Claro y a ti te viene mal, siempre te viene mal, la consulta a tope y no tienes hueco y te lo lanzan como indemorable. ¿Cómo no ha venido esta mujer anteayer? ...Pues muchas veces no sabes… Entonces, claro, si te están contando algo que es muy importante y te lo dejas escapar…" **E3***

"X: Ya, para mí poner límites no es fácil porque algunas veces te das cuenta luego. Jo, ésta me ha dicho… pum lo coges y... jo, quizá este quería más… Y quizá ahí coges algo y bueno, la próxima le abro más la puerta. O quizás es una frase de último momento y ¡tin! se queda ahí. Entonces piensas que bueno, para otra ocasión. ¿Le he puesto yo límites o no? Algunas veces está claro, ¿no? Te lleva más tiempo… Pero otras veces igual coges una pista y lo aprovechas para otra ocasión, que igual abres esa vía o no… Para mí no es hoy ha sido y otras veces no. Algunas veces te dan pistas, luego puede haber o quizá nunca, pero eso…
*Si, el/la viene, tiene ahí, igual ese día no piensa contarlo, pero ve el momento. O igual otro día viene a contarlo y no lo cuenta porque tú no le has hecho ver, ¿no? Depende del momento, del día, ¿no?" **E2***

"A: sí, sí influye... la transferencia del paciente te quiere contar porque es el peor día de todos los meses...y le cuenta al primero que pasa, aunque sea la sustituta, ¿o no?... hay muchísimas variables, ...
*D- no, pero nosotros también les vemos en el peor día ¿no?, en el día que ya no pueden más, el que vienen, se desbordan… y también a nosotros nos parece también que todo es mucho más grave, que igual al día siguiente ya… se ha desahogado y todo es mucho más…medido, ¿no?, yo creo que también, hay que… apreciar cuál es… ese momento de: ¿a quién pido ayuda?" **GF1***

"P3: Yo creo que la mayor parte de todas estas consultas, eh…, hay que atenderles en el momento que vienen… pero…, hay que sacarles otra consulta, ¿no?, más programada, y tal, pero es…, no vas a resolver todo esto ni te vas a enterar muy bien de, en una consulta de cinco minutos, a demanda, pues, es, tener un poco enfocado a ver cuándo vamos a hacer la segunda, el segundo encuentro, pues, porque…, porque probablemente vas a sacar más conclusiones que en el primero; aunque…, el primero es importante ¿no? Cuando aparece por consulta … controlar ese… tiempo…
P4: A mí al principio, cuando me pasaba, yo decía, pero…, me sorprendía, ¿es conmigo con el que más se ha desahogado esta persona? Sí, soy su médico, ¡no tengo una relación personal con él! Y…, pero…, pero lo necesitan. Y, lo del…, lo que comentaba de si dar una segunda cita, sí que es verdad, para trabajarlo más, pero es que justo "ese" día, esa persona necesita desahogarse en "ese" momento… Entonces a veces es complicado demorarlo, o cambiarlo o…
*P1: Luego vendrán otros problemas, ¿no?, que es normalmente donde está el problema (sonriéndose), canalizarlo, se puede enquistar la cosa, etcétera, pero, esa primera consulta…" **GF2***

"Gráficamente, en las consultas sagradas me recuerda al clavar cuadros, si das un primer golpe mal…. el primer golpe tiene que ser contundente y preciso. Después, si el primero va mal, enderezar el cuadro, ya no puede ser en ese sitio. Hay que buscar la precisión y el tiempo adecuado. Es importante que si no puedes en ese momento lo identifiques.
*Creo que en primaria si eso lo gestionas bien desde el principio, haces el primer toque bien, tienes mucho ganado" **E1***

. Denominar, clasificar, registrar

En los intentos por delimitar el significado del término "consultas sagradas" surge una dimensión que no se orienta tanto a la paciente como a una necesidad más taxonómica de clasificar y registrar dichas situaciones, lo cual amplía el debate a lo que puede o debe codificarse y a lo que consta o no consta en los historiales de las pacientes. Es en los Grupos 1 y 3 donde se refleja con mayor riqueza el contenido de esta dimensión.

"H- Yo no sé si hubiera puesto ese nombre...
D- ¿Y cuál hubieras puesto en su lugar?
H- ¿En el lugar de sagrado?... No, no, no sé. No todas las cosas tienen que tener un nombre y un límite. Lo que... lo que quiero decir es que es como todo, como mucho más continuado. Por eso, cuando yo he dicho... las emociones están... Entonces claro, ¿dónde está el límite...?
D- tienes que poner algo...
H- Yo entiendo... que la propia relación con el paciente, sea lo que fuera, de alguna manera es sagrada, eh... me parece que es como más continuo. No sé... No sabría dónde poner un límite de lo que es sagrado y lo que no. Entonces... no sé si tiene que tener un nombre...
D- Tiene, tiene que tenerlo. Yo creo que sí tiene que tenerlo, porque si no hablaríamos de "consultas en las que se desarrolla un desborde emocional..." quiero decir, una cosa muy larga para no llamar a las palabras por su nombre...
H- Que sí, que sí, que sí... que se le ha puesto un nombre. Como si se le llama "Manuel", me parece bien... hay cosas como... 126 es diabetes y 124 no, pero la vida no es así, es decir…a veces, eh... los médicos acordamos qué es... no? Es decir, en todas las enfermedades, al final son una convención social, ¿no? Un día decidimos que eso es una enfermedad, ¿no? Y un día decidimos qué es sagrado y qué es no, no lo sé... Me parece: complicado… Y entonces... no sé dónde... si igual hay que decir sagrado o no sagrado... es que me parece que todo es como más complicado que... nosotros somos los que complicamos el... cuando establecemos qué es lo normal y qué es no, no, joder, "me ha salido un aspa... un asterisco... ya", ¿sabes? Y el paciente preocupado, porque nosotros hemos puesto el colesterol en 237, y no somos capaces de transmitirle que... que no es ese... que no es así. Pues esto es igual. Vamos, a mí no me gusta... eh... un poquito... eh... las etiquetas de todo, y entonces este sí y este no, este... y eso es muy... y además es la filosofía de ahora, del ordenador, ¿no? De... esto... sí, este está enfermo y este no, este tal, este cumple los criterios porque le tocas 4 puntos y sí, y este como sólo son 3 puntos y medio... los que les toca, es no, ¿no? Y digo, pues bueno, pues otra cosa más. Que es difícil, y además en estas cosas más." ***GF1***

"C: Sí, yo estoy de acuerdo con lo que has dicho, eh...quizás eso, son consultas más íntimas…...Yo a veces digo las consultas que no se apuntan.... Las que no queda reflejado... y entonces ahí llevas media hora con el paciente y ahí no consta nada, ¿no? Porque, ¿qué vas a poner? ¿no? Y es algo entre él y tú, entonces, sí en ese sentido es...sí...sagrado, o íntimo, o como lo quieras llamar, ¿no?, pero...algo que...algo que no puedes contar...que es entre él y tú, ¿no?
D: Yo también lo de sagrado lo interpretaba así, como que es algo que queda entre el paciente y el profesional. Son consultas que...que no se apuntan...que se apuntan muy poquito… pero que se ve que están ahí, que tienen mucha carga...y que igual no resuelve... nada, nada entre comillas, pero que para el paciente son muy importantes…. Yo ese sagrado lo interpreto así, lo que pasa es que lo sagrado, las consultas sagradas al principio, sin haberlo oído hablar de ello...pues puede dar lugar a equívoco… Luego ya cuando lo analizas, pues, eh, sale eso pero…Ese sagrado qué es, eh ¿religioso? ¿es entre el paciente y yo? Eh... ¿qué quiere decir? Yo me quedo con eso, consultas en las que... hay eso una alta carga emocional, que al final en el evolutivo queda nada, o poquito pero que son muy importantes." ***GF3***

"H- Sí, pero... Yo, lo que no, lo que no me atrevería es, ahora viene un paciente... viene un paciente, y digo... mira, he tenido una consulta sagrada: un aspa.
D- Ah no, yo tampoco... lo pones.
Varias voces- no, no...
B- Va... va con asterisco, ¿lo sabes? [risas]
F- No te puntúa.
B- Le pones... sí, entonces, claro...
D- Pero hay consultas, consultas, que, sin ponerles ningún aspa, que te quedan aquí marcadas en que han sido indudablemente sagradas solo tras poder reflexionar, porque yo creo que efectivamente todas tienen un componente, pero hay... situaciones que son...un antes y un después...o sea que de repente dices: "coño, ahora ya entiendo muchas cosas" porque te faltaba información, porque llevas diez años con ellos o porque se te ha olvidado, o porque no te lo han contado, o porque no has interrelacionado, … es decir, sagrado para ti, y en el sentido de aprendizaje, o de reconocimiento... de situaciones parecidas.
E- ¿No lo sueles poner en la historia?... porque yo a veces sí pongo...
D- Es jodido... ¿Sabes lo que pasa?

E- viene porque le duele tal... pero la demanda implícita es... yo que sé... que se ha fallecido un esto de esto y entonces está muy preocupada porque esto pueda ser tal... y aparte...
D- Sí... claro, claro...
E- O sea, sí registrarlo, yo digo, como sustituta que soy... que al final... viene otro y el paciente es... es muy cansado...
D- A veces te pasa... eh si has estado 20 minutos o el tiempo que sea hablando y escuchando. Bueno, resumes, vamos... o sea, es que ya no es ni resumir, quiero decir, que a veces, claro, es que dices, o lo dejas para luego, pues luego nunca... nunca viene, o pones dos cositas. Claro, es que, si quieres... y encima así, a dos dedos, es que te tiras otra hora de mañana para eso...
F- Hombre, … tú sabes mucho más del paciente de lo que está escrito en la historia...
E- Claro, claro... y ahí hay cosas que yo entiendo que por confidencialidad no las voy a escribir porque es una cosa que ha surgido en una conversación que me ha contado.
H- Yo no sé escribir estas cosas… son cosas...que no escribes
F- Pero luego... dentro de eso hay que hablar... información...
G- Cómo reflejarlo...
H - Yo... yo no sé escribirlo, yo hay cosas que...
F …Ya, pero digo... un poco, algo... Porque al final el paciente el día que tú no estés... viene otro y dice "es que estoy... cansado" ***GF1***

2) El profesional: actitudes y efectos

Comentábamos anteriormente cómo las profesionales son conscientes de su propio protagonismo en el acontecer más o menos "sagrado" de las consultas con las pacientes. De ahí el interés de profundizar en las razones que, según ellas, influyen en sus comportamientos. Dichas razones se plantean en relación con su concepción de la medicina de familia y de la atención primaria, con la experiencia y con los valores profesionales, pero también con la percepción de una realidad dinámica y compleja en la que las actitudes y las repercusiones de este tipo de consultas interactúan bidireccionalmente condicionando el modo de intervenir y/o de establecer barreras en su manejo.

. Implicaciones variables. Medicina de Familia, profesionalidad y valores

Por un lado, y en la medida en que el concepto de "consulta sagrada" se vincula a un enfoque de la asistencia orientado a la integralidad de la persona, se repiten las valoraciones que identifican dicho enfoque con la medicina de familia en cuanto especialidad diferenciada respecto de otras especialidades hospitalarias. Los escenarios en el hospital y en atención primaria se plantean diferentes y eso determina una relación más cercana en el segundo.

"A: En el hospital la visión del paciente es una visión transversal, es decir, está aquí porque se ha descompensado de no sé qué, o porque tal, entonces eso es lo que les interesa. Y esa visión integral que tienes tú del paciente y, estoy generalizando, y al generalizar uno puede ser injusto, yo creo que en hospital no la tienen la mayoría de los profesionales, ¿eh? Y si se lo plantea alguno, pues al final, lo mete en el amplio concepto de 'control por su médico de atención primaria'… Ahí está su MAP, ¿no? Yo creo que es así en el ámbito hospitalario, ¿no?
E: Concretamente el hospital es un generador de bombas emocionales...
A: Sí, sí, claro…
E: El scanner, scanner…
A: Pero sí, pero las genera, las genera, pero luego no las gestiona.
E: El...
A: En mi opinión luego la gestión va para otros. De hecho, hay un excelente...Me mandaron, no sé quién, hace algún tiempo, … no sé si habéis leído porque se reenvió mucho. Hay un médico de familia que no sé ni de dónde es, que es un bloggero y escribió un artículo en su blog: siete razones para no ser médico de familia y una sola para serlo. Pues yo creo que ahí habla claramente de lo que estamos hablando del hospital. Mi médico, para los pacientes, es su médico de familia, no el nefrólogo, ni el cardiólogo ni el neurocirujano que le ha operado en X. Entonces yo creo que eso subyace ahí para todos…" ***GF3***

"P5: Yo creo que es la manera de entender la profesión, ¿eh? yo creo que eso es, por lo menos yo veo una gran diferencia, en cómo la entiendo yo, y cómo la puede entender otro compañero que considera que ese no es su campo; entonces el campo emocional no es un campo abordable desde la primaria y eso es motivo suficiente de negación propiamente; y entonces esa manera de entender la asistencia, -creo que en principio, tampoco el sistema nos ha dicho cómo hay que hacerlo; el sistema nos ha dejado, cada uno que se apañe, y que haga lo que sepa, lo que pueda- esa manera de entender la asistencia marca mucho, …
*P1: Sí, al final yo creo que una de las cosas por las que elegí Familia era porque decía ¡jo!, voy a ser médico de toda la persona. Y ya luego, no son todos, ¿eh?, luego curiosamente, concebimos al mejor especialista hospitalario a aquel que le ha diagnosticado pues, de 'nosequé'. Pero por lo general, yo, y luego en la residencia, con algún especialista hospitalario, estando ya en externas con él, comentar el paciente algo de otra cosa y decir, ¡no!, ¡no!, esto no es mío; cortándolo así! Y yo diciendo: ¡jo!, ¿cómo que esto no es tuyo? El paciente no es, yo soy el cardiólogo y a mí el resto que no me valga. A ver, yo no digo que le tengas que dar solución: digo que quizás le tengas que escuchar y decir, mira pues creo esto y esto y esto. Y, una de las cosas por las que a mí, me vine aquí, es por esto, porque yo quería tratar a la persona entera, y persona entera significa: toda." **GF2***

*"…Si yo no tomo tensiones no tengo hipertensos, si no tomo glucemias no tengo diabéticos. Con lo cual hay muchos compañeros que de esto ni les hables. Una cosa es ser médico de familia y otra cosa es ser médico internista, con respeto, o de hospital especialista en un centro de salud. Hay personas que somos médicos de familia vocacionales y hay personas que son médicos de familia que no les quedó otro remedio. A veces es una elección y a veces es una obligación. No todo el mundo está de acuerdo, o en un puesto de trabajo que le gusta. Para mí la medicina de familia es eso, de familia y comunitaria." **E1***

"D: Sí, fundamentalmente era centrarse un poco en eso, en esas consultas, lo que decía un tutor de residentes al acabar la mañana, le preguntaba a su residente: "¿Cuántos te han llorado hoy?. Si no te ha llorado ninguno, a lo mejor es que probablemente no lo has hecho bien: el trabajo, el interrogatorio, ¿no?, porque es raro, es decir, no es necesario llorar a lágrima abierta, pero es raro que en una consulta de treinta o más pacientes no salga al menos una cada día en la que este componente, es obvio y es muy importante vamos…"
*"F: En medicina no hay nada de medicina en valores, parece que sea el patito feo, las personas, lo multifactorial. Y, sin embargo, al estudiante de medicina le atrae el éxito y habría que transmitir a qué nos dedicamos y enfocar la medicina desde lo humano." **GF1***

Sin embargo, como vemos, surge asimismo la constatación de la variabilidad en la práctica real de las médicas de familia. Variabilidad en los perfiles personales, en los efectos de las carencias formativas, en la mayor o menor experiencia y, sobre todo, en las actitudes en el ejercicio de la profesión.

"A: Pues eh, al final todo depende también de la propia actitud de cada cual en el ejercicio de la profesión ¿no? Yo reconozco que nunca me ha interesado mucho los temas no clínicos, ¿no? Yo he huido desde la residencia de lo de...taller de entrevista clínica y esas cosas, ¿no? Pero luego te das cuenta de que tienen su cosa, ¿no? Y yo siempre a los grandes popes de la comunicación… les he oído decir que tienes que mantener una distancia emocional con el paciente ¿no? Y yo soy incapaz. Yo me implico hasta las trancas ¿no?...
E: …Yo creo, de todas formas, tiene que ver mucho yo creo que tiene relación con tu planteamiento de cuál es tu trabajo, ¿no? De cómo entiendes la medicina. Si evidentemente cuando llevas, cuando lo consideras implícito, no lo separas, que todo lo que le pasa a alguien repercute en todas las esferas de su vida: lo físico, lo social, lo familiar...
*B: …O sea, esa percepción de…'¡no, es muy buen médico pero no tiene empatía!', para mí son incompatibles. No sé, es como (entre pequeña risa), será como, tendrá sabiduría técnica pero yo creo que ser médico es mucho más que eso, ¿no?" **GF3***

"Influye mucho el profesional, influye mucho cómo seas. Lo que más influye, bajo mi punto de vista, es la persona, el tipo de persona que sea ese profesional… Yo creo que soy más médico de la consulta sagrada que de la consulta programada y del PAPPS. A mí me parece mucho más importante esas cosas que afectan a la esfera psicoafectiva del individuo que el que les tomemos la tensión que también es importante y que les preguntemos por el tabaco que también es muy importante, pero no es urgente. Lo urgente es ese que se te desnuda en consulta y sufre…
*Yo creo que a las consultas sagradas todo el mundo le da importancia. En Primaria de verdad, lo que veo es así. Luego también depende mucho de lo que tú has vivido en la vida. Si tú has vivido... No es lo mismo lo que yo entiendo por consulta sagrada en el día de hoy que hace 30 años… Es que... al final la mochila la vas cargando y también ves más cosas. La edad también te hace ver muchas más cosas que la juventud no quiere ver." **E3***

"L: Que ocurran esas consultas, ¿crees que depende de la persona o que se necesitan unos estudios en comunicación?
X: No, yo creo que se necesitan las dos cosas. Yo creo que tienes que abrir el camino, eso piensas algunas veces, yo pongo barrera, no me cuentes eso, yo no quiero escuchar eso. Yo ya he hecho eso alguna vez, estás hasta aquí y no,

no me cuentes eso hoy. Eso es verdad. Entonces creo que las personas… Y luego claro, tú tienes que saber tus carencias, saber aprender de ellas. Yo veo que no puedo trabajar sin hacer eso. Y otros lo hacen. Pero no es que te guste o no te guste. Como soy yo, no puedo ver mi trabajo si quito todo esto y, además, le doy cada vez más importancia a las emociones. A medida que pasan los años les doy cada vez más importancia en general, sí." ***E2***

"P7: Yo creo que sí que hay diferencias, ¿no? Igual los que somos jóvenes y tenemos la residencia más cercana y hemos tenido la posibilidad de estar con diferentes personas, sí, yo veo que la diferencia es muy grande, ¡muy grande! Pues probablemente por lo que comentaban, ¿no?, eh, el concepto que tenemos de lo que nosotros entendemos como nuestra profesión, ¿no?, entonces yo creo que ahí es un poquito la diferencia. Pero sí, sí, sí que existe, sí…
…P5: De las pocas ventajas que tienen los años, es que, es que sí que te dan más instrumentos, ¿no?, yo creo que el conocimiento que te da la vida, de otras situaciones, de otras personas y otras vivencias, cuando entras en el problema del paciente, es como que ya tienes una serie de recursos que tú has aprendido de la vida, de un montón de situaciones que has vivido, con lo cual los afrontas de otra manera, yo me acuerdo hace veinte años había cosas que ni se me pasaban, o sea que ni las entendía, y me quedaba…, y ahora tengo la sensación de que la experiencia te da ese poso y, es decir, eso es la vida…esa es la vida… al final todos hemos hecho ese, ese tránsito. Y eso, ahora, los años me han dado la seguridad, y nada más…" ***GF2***

. Querer ver y escuchar. Los efectos de implicarse.

El protagonismo y la responsabilidad de la profesional en el desarrollo de este tipo de consultas se refuerza en cuanto que no se trataría sólo de trabajar como médica de familia en un servicio de atención primaria accesible, sino que además se requiere "ponerse las gafas", "afinar el radar" y hacerle llegar a la paciente la disponibilidad para atenderle y entenderle como persona. Es decir, querer ver aquellos aspectos de la vida de la paciente que en principio no tienen relación con "soluciones sanitarias" pero que implican malestar y sufrimiento por las implicaciones que conllevan.

"C: Yo, a los residentes siempre les digo: a ver, mi objetivo es… que tu consigas que el paciente sienta que le importas. Porque, si siente que te importa ya, sabrá o no sabrá, pero ya se va a encargar en saber, en aprender o investigar porque... porque tu síntoma le importa, porque que no estés bien… le importa. Cómo decirte, como tu decías, igual no es la palabra, igual no he encontrado la palabra más oportuna, pero eso no es tan importante, lo que le importa al paciente es que tú estás ahí, que intentas hacerlo bien, que vas a buscar, que vas a revolver, que… que le vas a acompañar, que puede contar contigo, ¿no? Entonces yo, lo que les digo, es eso. Cada uno tiene su estilo, sus palabras, su sonrisa... su mano que dar, lo que sea, pero, si el siente que tú estás ahí... ¡pues ya está!... ¿no?
A: Tampoco habría que decirle lo importante que es esto de lo que estamos hablando, porque… habrán oído mil veces la definición de lo que es salud, .., no solamente la ausencia de enfermedad, sino el perfecto bienestar físico, psíquico y social, o sea, pero habría que incidirles quizás, ¡oye!, y en esto que acabo de dar ahora como introducción del...tema de hoy, no lo veáis como como una frase hecha, o sea ¡aplícatelo de la misma manera..! que ortopnea, disminución de la diuresis y edemas maleolares es insuficiencia cardíaca. Pues oye, perfecto bienestar físico, psíquico, psíquico (golpeando en la mesa tac-tac). La gente no es solamente un número. Habría quizás que incidir y, machacar en que eso es así y así debe de ser, ¿no?...
…E: Tiene que ver mucho con el radar, yo siempre lo asocio a esa metáfora, ¿no? La formación es afinar el radar, puede ser la escucha, puede ser la baja reactividad, puede ser el qué es muy difícil de concretar, ¿no? Esa sensación de quieto-quieto, espera-espera, es todo eso, ¿no? Tiene que ver con la comunicación no verbal con todo lo nos ayude a mejorar ese tipo de cosas…" ***GF3***

"Si tu no preguntas por las cosas, no las tienes, pero no significa que no estén, sino que no las has detectado. Poner las gafas. Simplemente poner las gafas. Y estar en los diagnósticos diferenciales que quizás detrás de ese dolor, de ese insomnio, de ese cansancio, a lo mejor hay una mujer que tiene maltrato, o con unas preocupaciones o unos temores, o un hombre que se ha quedado en paro o gente que le preocupan temas de su sexualidad… que te cuenta cosas. A veces te cuentan cosas los pacientes que ni en las mayores películas… Es ponerte las gafas. Cuando ya tienes ciertas habilidades es ponerte las gafas. En mi caso me gusta ponerme las gafas lila. Es el tema del género. Cómo empezar a entender las cosas, cómo atender a una persona según sea hombre mujer, cómo abordar sus distintas patologías, distintos acontecimientos vitales estresantes de su vida, según si es hombre o mujer…, cómo las identifico." ***E1***

"De todas formas, yo creo que influye mucho el profesional. Porque en esta vida no es lo que hay en esta sala sino lo que yo mire, hay que dirigir la mirada. No sé quién lo dijo ni dónde lo he leído, pero lo de dirigir la mirada es verdad." ***E3***

"D: En este centro existe una persona que cuando pasaba la consulta detectaba más casos de violencia doméstica que ningún otro. ¿Eso por qué es?
Varias personas a la vez- Porque da más pie...
D: Porque tienes más sensibilidad, lo hueles, lo intuyes, facilitas que eso se produzca, no porque los demás miremos para otro lado...
A- Es que luego tendrá otras carencias...
D- ...Yo creo que de hecho, el hecho de ser mujer, y el hecho de estar sensibilizada, y eso de facilitarlo, hace que... eso no puede ser por casualidad." ***GF1***

Por otro lado, el dar espacio en la consulta para expresar esos malestares y sufrimientos plantea problemas complejos y muestran la heterogeneidad existente entre las profesionales. Por un lado, surgen algunas manifestaciones de incapacidad de aportar soluciones desde la consulta, cuestionándose por tanto la pertinencia de entrar en terrenos que se consideran "no médicos" o que se valoran como derivables a otras profesionales. Y por otro, se repiten en las participantes las vivencias de que se trata de consultas de gran intensidad emocional que afectan a la propia profesional incluso más allá del ámbito propiamente laboral.

"P6: Sí, yo a veces siento como que no estoy preparado, me pasa a veces por no saber cómo gestionar cuando llegas ahí…
P4: Porque sí que es verdad que lo más importante es escuchar, cómo estáis diciendo todos, pero hay momentos que dices: ¿pero no podré hacer algo más? Eh… es una sensación de impotencia, a veces, no sé, yo la tengo, ¿eh?, pero, igual por eso, ¿no?, porque me meto demasiado… a veces en cosas que no tienen solución… por la forma de ser que tenemos también, ¿no?..." ***GF2***

"X: Yo… no sé, pienso que…. (risa nerviosa) pues… en las emociones que me despiertan. Tú sales de la consulta de otra forma después de haber tenido esa consulta. Tú también cambias, a veces se te ponen los pelos de punta y tienes que suspirar profundamente después de esas consultas porque ahí hay una gran carga emocional. No sé. Así es la forma en que las vivo" ***E2***

"B: Sí, sí eso es lo que yo iba a decir, el paciente es persona, pero el médico yo creo que tendríamos que aprender que somos personas también. Entonces la relación es de igual a igual, y… uno con su mundo, el otro con el suyo. Se supone que tienes que… ser consciente del tuyo para no interferir en el suyo, pero que al final tú tienes el tuyo también…
H: Lo que pasa es que es evidente, esta es una profesión absolutamente de riesgo si emocionalmente no estás estable… Es decir…es una profesión difícil… de llevarla… O sea, yo tengo también muchos problemas…
A: Depende de cuánto te impliques, ¿no?
H: Sí, sí, claro. Porque si no te implicas, puede ser muy fácil…
…A: Yo muchas veces, perdona, yo muchas veces es que… doy bajas por trastornos adaptativos, de que llevan un ritmo de vida insostenible que no se han dado cuenta. O sea, que empiezas a preguntar, que quizás no es una enfermedad más, es un ritmo de vida, que es que no podemos, yo qué sé. Una chica con dos hijos…, el marido opositando, el trabajo, estrés, no sé qué, no duerme, llora, tal, estresadísima. "Te doy la baja". Y al final haces, yo a veces me veo dando consejos de 'supernani', dando consejos laborales, en plan: "haces… algo que te guste, por lo menos una vez a la semana", y digo,.. ¿tiene que ser el médico de cabecera…?, ¿nos corresponde única y exclusivamente a nosotros?, ¿tanto poder tenemos sobre las personas? No sé, lo planteo, ¿no? Muchas veces, un poco, ordenar su vida, y a veces me veo, como entrando en su vida y dando consejos que igual, ¿eh? ¿yo para qué me meto?...
F: … yo también creo que muchas veces mucha gente necesitaría una consulta psicológica que por lo menos creo que no estoy capacitada, ¿no? Por lo menos hemos estudiado medicina, luego le puedo dar lo que yo sepa, o lo que haya aprendido, ¿no? pero, bueno, pues muchas veces… creo que necesitan consultar a otros especialistas, ¿no? porque se soluciona más con eso.
H- Como en cardiología...igual que en cardiología, con respecto a las emociones, es decir, si yo no soy capaz de…de manejar esa situación, pues probablemente lo que tengo es que mandarle al psicólogo o al psiquiatra, pero eso forma parte de nuestro trabajo que lo puedo llevar mejor, que lo puedo llevar peor… que es distinto ver 40 que 20… pero yo intento dar el tiempo habitualmente, pero para que me cuente lo que me ha contado ya 317 veces, ¡eh!, te quiero decir, porque los pacientes, a veces yo les pasaría el video, 'verás tu hace 10 años, espera', y es lo mismo que hace 10 años, eh! Eso no,… así no estoy media hora para que me cuente su vida, evidentemente, porque no lo

necesita… Pero forma parte de nuestra profesión y cuando no puedo yo manejarlo, porque yo ¿qué hago yo aquí de psicólogo si no sé? pues le derivo al psicólogo…" ***GF1***

"Todo lo que sea alegría nos encanta, pero el sufrimiento da como grima. ¿no?, pero tenemos que estar ahí, y estás ¿eh?, estás. Y como digo yo muchas veces la gente no te lo pide, pero te metes en ese fregado, porque si crees que es que lo están pasando mal te metes, te metes a saco además...
Luego otra cosa también es cómo te afecte, y de cara a tus experiencias personales, indudablemente pues te marcan mucho, y también hace que, en un momento dado, pues te trastoque a nivel interior más o no… Todo te trastoca, todo lo que te cuentan, te trastoca todo... " ***E3***

Las percepciones de los efectos no conllevan únicamente el componente de carga, sino que también suponen para algunas de los participantes una fuente de satisfacción y, en la mayoría de los casos, de aprendizaje.

"… es un camino complicado. Normalmente recibes más de lo que das y aprendes mucho si sabes interpretar lo que recibes. EL que se mete en estos campos ojo, no va a ser un camino todo gratificado estupendo y maravilloso. A veces también recibes puñaladas. que no te esperabas y tienes que aceptar … Por ejemplo, en el tema de la comunicación yo he descubierto que me gusta que me toquen y tocar más. Y era algo que no hacía y he descubierto. Es un continuo aprendizaje en evolución… Se ven los frutos. Normalmente con un paciente de este tipo el vínculo aumenta, y además como persona creces mucho, muchísimo, como profesional también creces mucho" ***E1***

"Y además pienso que es muy enriquecedor para mí, yo siempre aprendo. Se aprende con las personas y en estas consultas un montón, es una oportunidad. Una persona que se abre delante de tí y cuenta lo de sus adentros, para mí eso es una oportunidad para aprender y compartir. Es un lujo. Te permite compartirlo. Mejor, peor… todos andamos aprendiendo, ¿no? Nadie nos ha enseñado, la experiencia, las personas y los años nos enseñan a manejar esto." ***E2***

B: "…de ahí a la semana o así, vinieron la hermana y el hijo de la fallecida. Y, o sea, fue como una bomba, ¿no? Y la verdad es que a mí me pareció muy bonito poder compartir todo ese proceso, aunque… también un poco de… cuál es mi papel aquí, con el miedo ese que decías, ¿no? de no meter la pata, de todo esto, ¿no? Pero me pareció supersatisfactorio y superenriquecedor el acompañamiento ese, ¿no? Cuando mi tutora se cambió de cupo, bueno, pues fue a despedirle, así, y le dijo: Yo es que… esto ya no sé lo voy a contar nadie más. O sea, esto que he vivido, o sea, lo he compartido contigo y ya no se lo voy a contar a nadie más. Entonces, claro, eso también… ya es algo, es parte de lo que tú eres…
…E: También las hay en positivo, ¿no? Quiero decir..., yo me acuerdo ahora de una chica que después de mucho tiempo intentando quedarse embarazada, pues se quedó, ¿no? Eh, ella y su pareja, y bueno … no deja de ser una consulta, cargada de expectativas, de mucha historia detrás, de ilusión, porque fue todo bien, pero también había miedo, por parte de ella, ¿no? preocupaciones… Entonces eh, eso también, cuenta, ¿no?...
…C: Mira, pues yo os voy a contar una de hacerlo fatal, pero bueno, quiero contároslo … (…) … y de repente me quedé mal, como ostras, qué mal, qué estoy haciendo. ¡Perdóname!, tienes razón… Y os juro que me emocioné… y entonces fue todo como… ya cambió todo…
D: Pedir disculpas..., o sea, hay momentos en que es superimportante y que… cuesta, en general, ¿eh? ¿Cómo voy a estar pidiendo disculpas?
C: Me parece de las cosas, que más se gana, cuando pides disculpas, ¡Jo! ... Si el paciente te dice que se ha sentido mal, pues perdóname porque … yo no quería hacerte daño, ¿no? O no lo he sabido hacer bien." ***GF3***

"P2: … No, a ver, si lo abordas merece la pena y… no sé, si luego también ese tipo de consultas son más agradecidas después…
P1: Yo en las consultas en las que… de manera probablemente inesperada… o igual cuando se marcha, te suelta de repente, ahí, que se abre en canal, ¿no?, por así decir, aunque laboralmente va a ser intenso y genera retraso y tal…, normalmente cuando acaba la consulta yo tengo la sensación de que ése día a alguien en concreto sí que le hemos podido ayudar, ¿no?, esa sensación de…, que no has hecho igual nada más que escucharle, pero…ese gracias que te dicen cuando se van, normalmente es el más sincero que has tenido ese día en la consulta.
P4: Y muchas veces, a mí me pasa, que después de haber tenido una de éstas, cuando ya te vas, un poco sin energía, porque yo a veces llego a casa y digo "hoy me han chupado la energía!"… A veces me doy cuenta de que aunque no solucionemos el problema, porque no lo vamos a solucionar, pero al final acabamos buscando recursos, de donde sea, ¡que ni nosotros sabemos que los tenemos! Y al final… yo sí tengo la sensación de ayudarles" ***GF2***

. Barreras, autocuidado y experiencia

La identificación y manejo de este tipo de consultas suponen por tanto un esfuerzo en el manejo de incertidumbres y temores, ante lo cual la profesional responde con frecuencia estableciendo "barreras", bien de forma intencionada o bien de forma espontánea. Barreras que también se vinculan a la diferenciación de roles por parte de la médica respecto de la paciente.

"C: Porque creo también son consultas que se pueden buscar. Porque a veces si es verdad que salen, eh, muchas veces el paciente tiene clarísimo qué necesita… Y otras veces van saliendo porque, o sea tú vas buscando, porque ves que algo pasa. Entonces, claro, quiero decir que, que si tú pones una barrera puede que tengas menos consultas sagradas. Y eso, muchas veces tú no estás en la labor de que hoy haya una consulta así, ¿sabes?, es todo, creo que hay mucha variedad por eso. Por el profesional, por el momento, por…
…E: Ah... de barreras y de… El miedo es una palabra que no ha salido aquí, pero el miedo es la palabra, otra palabra estrella en este tipo de consultas, ¿no? ¡Eh!... Ponerle los apellidos que queráis, pero todo es miedo, miedo a… no estar a la altura, a no captar, a herir, a… qué me está pasando, a no saber hacer, uff..., entonces a…. prejuicios, a barreras que, que nos hemos puesto, que nos han puesto en la formación porque nos han dicho que..., que hay una mesa, tal…
…** Yo alguna vez no he abierto, no me acuerdo ahora quien era exactamente, pero le dije: "eso no, no me cuentes, porque yo no voy a poder…, me vas a contar cosas que yo no voy a poder…". Y lo paré ahí, y creo que va ser un..., aquello…. Pero un tomate, que me parecía que aquello era la caja de Pandora, ¿no? Era como…, y ahí, y creo que lo entendió, pero, pero yo se lo expliqué, ¿no? Esto no, no…, si no te importa no me cuentes más, porque yo creo que me vas a empezar a hablar de cosas que yo no voy a poder ayudarte, pero hay quien te puede ayudar y derivas, ¿no?... tampoco me quedé con sensación de sobrepasado ni nada, bueno, simplemente he sido prudente y ya está. Porque a veces es cierto que juegas con cosas que…." **GF3

"P1: También hay gente que tolera mal las emociones, ¿no? … o que le incomoda muchísimo que alguien se le eche a llorar. Y no sabe gestionarlo. No sabe separar el que no está en un bar tomando un café, de que es un paciente, de que puede utilizar unas herramientas para…, y, pues esa incomodidad que le provoca, probablemente haga que tenga un cierto, no rechazo, pero… una barrera con este tipo de consultas que le haga que se proteja … dando poco pie a lo emocional.
P7: …. Hay gente que pone muchas barreras, y ellos, como decían, ¡lo notan mucho! Sí…, saben que no se van a poner a llorar o no se van a desahogar con una persona que ya está poniendo esa barrera. Entonces yo creo que el ser tan diferentes, el no estar un poco más arriba y no poder estar un poco más abajo, ¿no? Eso no ayuda ¿eh? Hay que estar todos un poco más al mismo nivel. Yo creo que eso les ayuda enseguida, sí. Y de lo contrario, pues eso, probablemente sea el mayor motivo de cambio de médicos, el hecho de no sentir esa confianza, esa…
P1: Sí, a mí eso me provoca miedo también a veces, porque no sé muy bien si el paciente va a saber que sigue existiendo una barrera profesional entre nosotros. Es, tal vez, el único peligro que le veo a…. hay gente que…
P3: Si tu no das pie a…
P1: Hay veces que aunque tú no des pie, la gente no entiende del todo que tú has hecho un trabajo; tú estás al otro lado de la mesa, lo haces con la mejor intención y…, pero que sigue, tiene que seguir existiendo una barrera, ¿no?, ahí…
P4: Sí porque además con esos pacientes, muchas veces, hay que, recolocar un poco las cosas, ¿no? un poco si….
P1: Si a uno le vas a decir que ha llegado tarde, por qué a éste no, o por qué a otro hay que indicarle repetidamente, bueno estas cosas que parece que ya pierdes un poco...
*…P3: Yo le he dicho hoy a una así, que me venía sin citar, una inmigrante que, mira es para tener más tiempo para estar contigo, apúntate en una cita y te veo mañana y ¡hablamos tranquilamente! Y es que te cuesta además ¿eh?, porque tú sabes de sus cosas. Pero bueno, hay que decirles, ¿no?, es que si no… ¡se te suben a la parra!" **GF2***

En este sentido las "barreras" y "filtros" se plantean asimismo como una forma de autocuidado ante el contacto diario con numerosos, y diferentes, testimonios y vivencias de las pacientes y que requieren, como hemos visto, de una labor especial de disponibilidad, empatía e implicación.

"X: Yo…. me siento muy especial. Dices ¡jo!, se ha abierto conmigo… a mí eso me parece un lujo… Luego tienes un reto, … cómo habré hecho, lo habré hecho bien… Y cuanto me ha marcado eso… tienes que aprender a poner barreras también. Yo cuando empecé me implicaba más y… ahora pones una barrera emocional… pero… así…
L: ¿Piensas que hay que poner una barrera emocional?
*X: Un poco es necesario para hacer bien tu trabajo. Yo creo que sí. Pero eso no piensas aquí tengo que poner una pared, no… Pero sí creo que hace veinte años pues… no sé, que… Ahora ya sé que este es mi trabajo, él/ella está aquí y bueno… un poco… yo me siento bien a pesar de ver que las cosas no van bien, o que el/ella está sufriendo y con dolor, pero mi trabajo es este." **E1***

"A: … A veces también es un dique, a veces tú también por necesidad, necesitas seguridad… ¿no?, porque todo el día viendo dramas ¿no? Viendo cuarenta dramas todos los días, es... insostenible para tu psique personal, también... bueno, yo había apuntado unas ideas, lo de la transferencia contratransferencia, que sí que me parece importante... Depende igual el ser eventual, puede influir, pero muchas veces es qué percepción le das al paciente, de si estas así mirando al ordenador, y estás con prisa y bueno, no le das pie, igual no tienes tiempo, igual no estás en tu mejor época personal también, ¿no? vital, te cae mal… He oído cosas muy bonitas, pero hay veces que no te apetece, o al revés, igual a veces... eres demasiado... cercana y demasiado empática, y es que te comen al final, no sé... o empiezas y... se te va la agenda o, te empiezan a contar cosas que… hasta qué punto no tengo por qué ser yo la que le esté escuchando, podría ser su amiga, su... vecina ¿no? no sé cómo decir… es nuestro trabajo, por principio de justicia también... o sea, ¿me tiene que acaparar ésta una hora de consulta?. Habrá que también desglosar qué pacientes son relevantes, para hacer... para contener esa consulta sagrada. Bueno, no sé si me estoy explicando,..." ***GF1***

"M: Que... ¿cómo te sientes tú en estas consultas?
J: … Yo, mi objetivo primero es no sufrir en la consulta, ese es mi primer objetivo: evitar el sufrimiento mío, el personal...
M: ¿Con qué está relacionado este sufrimiento?
J: Mi sufrimiento está relacionado con que haya fluidez en la consulta, con que no haya despendoles, con que la gente no se vaya enfadada, con que yo no me quede intranquila porque no he hecho nada, con que yo no me quede insatisfecha porque al otro no le he dado el tiempo que necesitaba. Claro, está enlazado con lo que yo vivo. Yo, ¿cómo me voy a casa tranquila?, cuando he visto todo lo que tenía citado y he hecho todo lo que he podido en la medida que he considerado en cada momento. Claro, que yo lo he filtrado. El problema es que yo filtro y yo decido en la consulta en cada momento: si le doy más tiempo a la neumonía o a la que se ha puesto a decir que le duele el pie y también el tobillo y también tal y también… Es que hay mucho filtraje entonces." ***E3***

La experiencia tanto profesional como personal influye en una mejor atención en circunstancias de intensidad emocional y en atenuar el componente defensivo. Las vivencias de la profesional como paciente contribuyen asimismo a entender y mirar de otra forma la vulnerabilidad de la vida en general, y del enfermar, en particular.

"… Son 20 años trabajando y en 20 años ha pasado de todo… Personalmente se me han puesto todas las cosas patas arriba a nivel personal y tus creencias. Y has tenido que buscar conformar el puzzle de otra manera que te valiera. Un poco cuando salí de la carrera yo pensé que yo no iba a enfermar ni nadie de mi familia. He tenido que aceptar ciertas cosas. Tener mucha humildad. Y además saber que me equivoco Aceptar que me voy a equivocar y asumirlo. Que en la medicina los burros vuelan. Controlado tenemos poco…" ***E1***

"A: …Entonces, hay cosas que te salen, porque eres así, si no tendrás que tirar de profesionalidad, ¿no? …yo sí que reconozco que esa implicación, ese estar pendiente del paciente, en el sentido emocional o como quieras, se me ha exacerbado hace años cuando yo me he visto, no como paciente, afortunadamente, pero sí como acompañante de familiares míos o allegados que iban… o sea, me he sentido hasta maltratado. No yo, sino mi padre o mi hermano, ¡no? Entonces, yo a raíz de eso, con esa sensación de que... ¡joder! Cuando estoy de paciente…
M: Cuando estás al otro lado...
A: ...Y quiero que este profesional empatice con el sufrimiento que tengo, o sea que note que le importa que... O sea, entonces digo ¡joder!, lo que no puedo permitir es que el que esté ahí enfrente cuando yo soy el médico sienta lo mismo, ¿no? Y … bueno, compañeros conocemos todos, ¿no? Compañeros que son extraordinarios clínicos, profesionales en los que pondrías la vida y la de tu familia en sus manos, pero que son hieráticos, ¡no? O sea, con la misma cara te dice que...que todo está fantástico, como que te quedan tres meses de vida, ¿no? Y tienes la impresión de que…, que le importa un pimiento, o sea que se ocupa de tus constantes… y cuando sales de la consulta…" ***GF3***

"*G: Yo quería aportar que, a veces, cuando has vivido en carne propia el haber sido... paciente, con toda la connotación que tiene la palabra paciente, o lo has vivido porque has acompañado a alguien de tu familia en alguna circunstancia ¿no?, es cuando ves la corrida de detrás de la barrera y observas a los ... personajes, a los protagonistas ¿no? y entonces es cuando te das cuenta realmente de las cosas que realmente que se hacen, que hemos aprendido a hacer, que repetimos automáticamente y que serían, intolerables ¿no? para la dignidad de cualquiera, desde luego para la propia...*
Es como cambiar papeles ¿no?
Grupo: (asienten)
G: Es cuando te empiezas a sensibilizar, todavía más, aunque fuéramos personas que ya íbamos teniendo un desarrollo ¿no? pero eso es como la prueba del algodón... no sé si lo habéis experimentado todos...tú has hablado de un año de baja... pero cada uno igual ha tenido circunstancias de... un padre, un hijo,... o yo qué sé, una

enfermedad,... que has hecho consultas, ¡uf! y a veces es que te mueres de vergüenza, te sale la ira, te sale la rabia…" ***GF1***

3) El contexto asistencial

La consulta en general, y las consideradas como "sagradas" en particular, siempre tienen lugar en contextos concretos que, tal y como estamos viendo, condicionan tanto las actitudes de la profesional como el propio discurrir de su interrelación con las pacientes. Por parte de las médicas entrevistadas, la falta de tiempo, las condiciones de trabajo, las deficiencias formativas y las dinámicas de los equipos de atención primaria, surgen como los aspectos más importantes a tener en cuenta.

. El tiempo y la presión de la demanda

Comentábamos a propósito de las especiales circunstancias que caracterizan a este tipo de consultas la importancia de la disponibilidad por parte de la profesional para poderlas captar y responder adecuadamente en el momento en que se generan. Para ello resulta imprescindible contar con el tiempo necesario, lo cual sin embargo constituye en la práctica un problema de primer orden. Las prisas, el escaso tiempo por consulta y la consiguiente demora en las agendas, no sólo repercuten en la respuesta de la profesional, sino también en el comportamiento de las propias pacientes.

"… Yo tiempo les doy, a todos mis pacientes les doy mucho tiempo... Soy la persona más demora que llevo en la consulta, precisamente porque le doy mucha importancia porque creo que cuando una persona te viene a contar algo, a veces si la pospones y quedo contigo 2 horas más tarde, no le pillas en ese momento que te tiene que contar y eso sí que lo cuido en contra de todo… pero bueno … el gran problema que tenemos nosotros, nuestro gran enemigo es el tiempo. El tiempo es el enemigo máximo, pero es lo que hay… Yo creo que es imposible con la consulta tal como la tenemos en el Centro que son cada 8 minutos más todo lo forzado, que nos fuerzan todos los días lo que les parece. Creo que las consultas que se van a los 8 minutos mucho de sagrado no serán. Eso para empezar." ***E3***

"D: ... Eh, depende del paciente, depende de la carga asistencial que tengamos…, del aviso de última hora, depende de muchas cosas. (M asiente, hum-hum)
B: También el espacio que dejes en la consulta para ello ¿no?... Si vas como una locomotora… o si dejas de… Yo creo que de la percepción de... este en este espacio puedo, o en este espacio no puedo, o en este momento puedo o en este momento no puedo, es diferente también." ***GF3***

A: …depende del día, igual estas en plan 'si venga, hoy tengo hueco en la agenda, estoy con fuerza... y ¡venga!' pues este necesita ... ¿no? ... hay muchísimas variables ...
D: Somos humanos…
F: Bueno yo creo que no sé, también tengo un poco la sensación de que tendría que poner más diques como dice B, porque a veces digo, yo no sé qué hago que me cuentan unas cosas que yo no he preguntado ¿no? y... hay veces que no he terminado la consulta... porque me está contando aquí algo por lo que no ha venido... ¿no? pero que creo que, sin embargo, es super importante, ¿no? tenemos tiempo, 10 minutos por consulta, entonces pues bueno pues poco a poco... pero claro, al final es poco tiempo el que damos a nuestros pacientes…" ***GF1***

"P3: Y otras veces sabes que en la consulta eso lo tienes que sacar, pero, miras el reloj, y dices, uy, llevo una hora de retraso (risas del grupo), venga me toca el siguiente… Mira, tómate un paracetamol para adelantar (risas del grupo), o sea, que… Otro día, según la agenda, pues ya veré, ya veré si…
P6: …hay otro problema que es que, yo, los pacientes, aunque vengan con esa situación vital tan angustiosa, todos están mirando al reloj, diciendo 'ya sé que le estoy entreteniendo, ya me puedes perdonar', ¿ no? Y es una situación de a ver cómo podemos gestionar el tiempo de manera que nadie se sienta culpable estando sufriendo…" ***GF2***

También se exponen algunas estrategias y deseos para gestionar mejor estos momentos: intentando dejar a un lado la presión del reloj, posponiendo y programando una segunda consulta o buscando otros espacios para el encuentro como las guardias. Pero en general, la necesidad de contar con más tiempo representa una reivindicación compartida.

"P3: No mirando el reloj…
P2: Lo del reloj, ¡eso seguro!
P3: Yo una vez lo puse encima del armario que está detrás…
P2: Que se congele el tiempo en la sala de espera… (risas), así mejoraría mucho, para no tenernos preocupados
P3: Yo lo ponía encima del armario, como estaba contando, yo lo tenía en un armarito y ya cuando hacía así con los ojos, ya me lo captaban, joé, que se está haciendo tarde, así que joé, fuera reloj… (risas)" ***GF2***

"X: Es una consulta que te quita mucha energía. La gestión del trabajo, la gestión del tiempo, terminas y te viene el siguiente con una tontería muchas veces, y entonces…pero tienes que seguir, ¿no? ¿Cómo? …
L: Manda el tiempo…
X: Claro, claro, eso siempre… Tienes que escuchar sin prisa, tranquila, pero por otro lado sabes que tienes que gestionar el tiempo y eso… ¡no es fácil! Tienes que actuar como si el tiempo se detuviese pero eso claro… no puedes cortar, yo creo que no puedes cortar esos momentos pero sí gestionarlos. Algunas veces no lo gestionas bien, algunas veces sí y otras no…" ***E2***

"En las guardias están muy bien porque estás tú sola con el paciente. Cuando no hay tiempo en la consulta a veces puedes posponer las consultas. Es fácil en mi pueblo porque nos conocemos todos y la accesibilidad es mayor. A lo mejor en otro centro más grande es más difícil. A veces también les facilita algún horario del día..." ***E1***

. Condiciones laborales

Además de la falta de tiempo y la presión de la demanda, otros factores relacionados con las condiciones laborales como las características del medio (rural o urbano) o la temporalidad laboral (ser sustituta o fija) se plantean asimismo como factores que influyen en el desarrollo de este tipo de consultas.

"P5: … pero bueno yo creo que hay diferencia si trabajas en dos medios, yo he trabajado en el medio urbano y en el medio rural. Y hay una diferencia importante porque la relación en el medio rural es mucho más cercana; o sea, te conocen como una persona más del pueblo, y posiblemente en el Centro de Salud urbano, donde hay mucho más recambio, … es bastante más anónimo, y yo creo que hay diferencia también, a la hora de la accesibilidad, ¿eh?, me refiero a lo que repercute del lado del profesional…porque hay más cambio, hay más…" ***GF2***

"… Estaba de los primeros números, cogí precisamente para hacer un tipo de medicina diferente, para tener tiempo con los pacientes, tener tiempo y no ver 50 al día. Tener tiempo con los pacientes. Quería una zona rural y aplicar un poco el abordaje de género en la consulta de medicina…" ***E1***

"A- Bueno, luego si trabajas en un pueblo, también creo yo...
B- ...Yo creo que ser sustituta facilita un montón...
H- Yo creo que facilita en muchos casos y en otros no, ¿eh?
B- Hay muchas cosas en las que lo facilita, muchas cosas en las que no...
H- Eso va a depender... siempre todo va a depender... como en... como en medicina todo es multifactorial, las cosas no pasan por una cosa, porque uno sea sustituto, uno sea fijo, uno tal, o sea... son tantas variables las que inciden que... el día que me pille hoy, el que es sustituto, el que es fijo…
…F- Pero eso es porque te lo cuentan, porque tú estás predispuesto a que te lo cuenten… quiero decir… yo creo que lo facilita más el profesional que está todo el tiempo, ¿no?" ***GF1***

También se comenta la importancia que tiene el espacio físico para generar un ambiente de intimidad y que las pacientes puedan expresarse con confianza. La consulta, el domicilio y también el hospital son lugares en los que la paciente manifiesta su vulnerabilidad, sus malestares y sufrimientos, y que por tanto requieren ser tenidos en cuenta en el cuidado y respeto de estos encuentros.

"Una consulta es o debería ser un sitio sagrado. Un sitio que cuentas lo que sientes y tus síntomas… Luego los domicilios. La consulta es como más tuya. A mí los domicilios no me gustan hacer los que son a demanda sino los programados. En un domicilio tú lees mucho." ***E1***

"P2: ... Si no está la enfermera encargándose, el teléfono general si suena también hay que cogerlo… Que no entre la enfermera, y… también ocuparme de cerrar dos puertas, porque si no cierro la puerta que da justo a la sala de espera, todo el mundo oye lo que la persona tiene que contarte en la consulta. Entonces, la verdad es que es, es un poco difícil, y aunque yo pretendo, cuido sobre todo lo de las puertas, lo del teléfono es inevitable...

P3: Para mí, al menos, donde más intimidad hay es en la consulta, ¿no?, salvo que vivan solos en casa…
P2: Y en el domicilio al final, como también te abren su vida, quiero decir que, cuando voy a ir a lo mejor al domicilio y te dicen, ¡no!, ¡no quiero que venga este día porque no tengo la casa arreglada!, entonces te abren su casa y te abren también una parte de su intimidad. Ves cómo tienen la cocina, cómo tienen…
P4: Ya, pero siempre hay alguien por alrededor, ¿no?, y en ese sentido igual es más difícil desahogarse con más tranquilidad, ¿no? En la consulta parece que es, hay, para nosotros, un sitio, entonces…
P2: Sí, sí, sí, en ese aspecto sí…" ***GF2***

"L: ¿Y crees que este tipo de consultas o de situaciones se tienen que dar en la consulta o pueden ocurrir en otros lugares?
X: Muchas veces en los domicilios claro. Y quizá más. Yo creo que esto siempre es más frío. Si tienes que ir a una casa, significa que él también estará de otra forma, más débil o… y entonces ves cómo vive, la situación, la familia… Yo creo que se necesita todo, el paciente en su totalidad, ¿verdad? La familia, el enfermo, muchas veces todo está metido ahí, ¿no?" ***E2***

"Y luego claro, el ambiente hospitalario es un ambiente en el que el paciente está más frágil y está mal y ahí larga más y la enfermera tiene la oportunidad de captar muchas cosas y de hacer muchas consultas sagradas. Porque ya te digo aquí, el que larga es el que tiene mucha cosa y está muy mal. El que está estable no larga nada…" ***E3***

. Lo que se hace y lo que se mide

Comentábamos al comienzo las dificultades que presentan estas consultas para su registro e incluso para su denominación. Desde la perspectiva de las condiciones laborales el problema que se plantea es su falta de visibilidad y reconocimiento a pesar de la importancia y del tiempo que se les otorga, así como del esfuerzo y dedicación que suponen para las profesionales de atención primaria.

"Enfermería está perdiendo mucho ¿eh? porque en este afán de la información, del registro... Que eso está muy bien, no digo que no, que hay que registrar, pero estamos perdiendo el norte. Mucho registro de esto, mucho registro de lo otro, tómale el tal, las constantes, y tal y pregúntale esto y pregúntale lo otro...y claro te has tirado en la consulta de enfermería que es para cumplir el PAPPS, la tensión -a ver que yo soy defensora del PAPPS-, y el peso y el no sé qué, el no sé cuánto y el tal, porque lo tienes que cumplir, y no tienes el tiempo para dedicarle para que te diga que ha sido abuela y que marrón tiene, que acaba de jubilarse y ella que pensaba que iba a vivir un poco bien y que ahora tiene que hacerse cargo del nieto…" ***E3***

"H: …Luego hay … el tema de... la historia. A mí me parece una bomba la informática ¿no? Yo estoy encantado de tener mucha información y bueno, pero... muchas veces, te da la impresión de que lo que mide la empresa no mide aquello de que 'no hay enfermedades, solo hay enfermos' y a partir de ahí, todo enfermedades ¿no? Te lo dicen el primer día de la carrera... y luego, todo enfermedades ¿no? ... y el paciente, y la persona, todavía más lejos ¿no? Eso es una dificultad ¿no? Además, el que mide mi trabajo... mide más si pongo aspas, incluso que si tengo a los pacientes contentos, si los pacientes que están más felices, o entran "relajaos" en la consulta ¿no? Hay tantas formas de medir la actividad, ¿no? ...
D: No hay un formulario que recoge...
H: Claro, no, no, pero... luego esto...lo explotaríamos si lo convirtiéramos en formulario ¿no?
D: Yo lo digo en bromas...
H: Porque lo estropeamos todo con los formularios y las…
D: Yo estoy de acuerdo en que efectivamente la informática es una herramienta tremenda, pero también es cierto que, tal y como tenemos configurado en nuestra historia, al final el paciente es una serie de ítems, que ya ni siquiera enfermedades ¿no? Porque es difícil interrelacionar todos los procesos que tiene un paciente, a no ser que hagas un texto libre,.. ¿no? Quiero decir que, claro, el evaluador lo que necesita es... y otra cosa que lo que necesitamos nosotros ¿no? Entonces, tanto la herramienta para prescribir, tanto la herramienta para diagnósticos, para lo que sea, están fundamentalmente diseñadas, para que al evaluador le salgan, sus puntitos, sus dos piezas, y haga sus análisis... pero yo no sé. O no participamos, o no se escucha qué es lo que nos interesa a nosotros, que una historia clínica refleje - pero claro, yo también llevo ya aquí 11 años…-… quién está emparentado con quién, si en este momento trabaja o no trabaja, si está en paro o no... toda esa realidad, y cambiante además, para que cuando no estoy yo, alguien pueda hacerse una idea del paciente y sus circunstancias." ***GF1***

. El equipo

Otro aspecto del que habitualmente tampoco suele existir constancia, es el referido por las profesionales en relación a las dinámicas de los equipos de los que forman parte. En este sentido, se subraya la importancia de disponer de espacios y personas con las que compartir las experiencias en torno a este tipo de consultas, como forma de reflexión, y aprendizaje, es decir, como vía de mejorar la calidad de la atención, y también como forma de superar la soledad en la que en ocasiones algunas profesionales se pueden encontrar.

"P2: Sí, es muy importante, yo creo, cada día más la comunicación de médicos, asistente social, es importantísimo cada día más. Yo, algo de lo que estoy contento, es que estoy en, en centros rurales, la cercanía que tengo con la, con la asistente social…
P5: En mi equipo desde luego es mucho más compartido por la gente de enfermería que por los médicos. Es casi un cien por cien de diferencia. Yo creo que la enfermería con su rol tiene otra cercanía también. Y, quizá, otras maneras de atención diferentes que los médicos que, tradicionalmente, atendemos mucho de otra manera, y entonces esa cercanía a los pacientes facilita mucho. Sobre todo, más en médicos de una generación, yo creo que es más complicado. Posiblemente los médicos jóvenes tenéis otra…, pero médicos de otra generación, de una edad, ya es más difícil. Porque tienen una forma de entender la profesión y de actuar." ***GF2***

"A mí me gusta hablarlo. Si tengo la enfermera cerca, me gusta hablarlo. Me gusta mucho sacarlo fuera. Contarlo. Siempre tengo mis aliados y tu gente que conoces. A mí me vale mucho hablar las cosas. Pero yo soy así. Otra persona igual es diferente." ***E1***

"X: Yo necesito hablar, hablar. Me gusta y lo busco… éste me comprenderá y con éste puedo hablar o tengo esto y… Con gente que lo trabaja, con más experiencia que tú o, bueno yo lo comento. A mí me ayuda mucho. Con las enfermeras, o bueno, hablo mucho con un paliativista de hospital. Eso me ayuda mucho para no sentirme atascada, me ayuda mucho hablarlo con las compañeras de trabajo… No veo otra forma. Y con ellos también, con ellos también claro (con los pacientes).
L: Bien, ¿y comentáis este tipo de casos en el centro de salud?
X: Yo llevo así las cosas, si no… Yo aquí no tengo eso con los otros médicos y lo echo en falta porque lo necesito… Mi hermana es enfermera y hablo mucho con ella, porque necesito contarlo… Y también con mi enfermera, yo necesito contarlo, escuchar otras cosas… También es importante hablar con la enfermera, esto es así… porque algunas veces se abren con ellas. Yo creo que eso también es importante." ***E2***

"J: Si lo que hace falta para que se dé una consulta sagrada es que el profesional que atiende le de salida, la recoja. Yo te entrego el relevo, si tú no lo coges...pues fíjate tú. No hemos hecho nada. Mi enfermera, vamos, ha hecho muchas más consultas sagradas que yo. Yo todavía descubro cosas de pacientes que le han contado a ella que yo no tenía ni idea y que igual… 'si es que le sucedió tal cosa…'…" ***E3***

*"H: … una de las cosas que pasa, como está yendo el sistema, es que cada vez tenemos menos espacios donde los médicos estemos juntos... y necesitamos juntarnos. Y eso, solucionaría mucho, hablar de nuestros pacientes, hablar de lo que les pasa, es decir, ... la empresa nos contrata para pasar consulta, si eres sustituto dos, una de tres horas y media y otra de tres horas y media, no necesitamos hablar de lo que nos pasa, de lo que hemos visto, de lo que vi ayer, y eso es fundamental. Fundamental es hablar de... de nosotros, podernos tomar el café juntos… y luego poder hablar de nuestros pacientes y de lo que les pasa y tal... que son cosas que están desapareciendo, ¿no?... o sea... 'oye... pues yo tenía uno que...', 'Oye, pues yo también vi la semana pasada otro, y tal, y no sabía que... y tú qué dirías de…' bueno, pues eso es donde se aprende, y es super... super terapéutico, ¿no? [risas]...****GF1***

. Formación

Aunque ya se han mostrado algunas referencias al respecto, la importancia de la formación surge repetidamente en todos los testimonios como uno de los aspectos principales a tener en cuenta en el manejo de las "consultas sagradas". El reto que supone formarse se iniciaría en la universidad, pero el periodo MIR se considera fundamental y no sólo para las médicas de familia. Ello requiere la adquisición y entrenamiento en varias competencias, sobre todo de comunicación, pero más allá de las técnicas de entrevista clínica se remarca de nuevo la necesidad de una determinada actitud por parte de la profesional, especialmente si además tiene la responsabilidad docente como tutora.

"B: Y luego, eh, antes hemos comentado que… eso, son como consultas que luego no, no constan del todo, ¿no? O sea, aparte de ser invisibles en ese sentido, has dicho tú algo importante también antes, que parece que son

invisibles hasta en nuestra formación, ¿no? Queda como muy dependiente de cómo seas tú. Entonces, es como si no existieran, como si no tuvieras que estar formado para eso, ¿no? (M asiente). Entonces, tienen como una doble invisibilidad en ese sentido, ¿no? Y yo creo que es importante darle visibilidad…
*…D: A mí me parece complicadísimo… claro, es que el tema de trabajar la entrevista clínica… es importante. No sé si en la formación universitaria se puede hacer, pero desde luego en la formación de residente tiene que ser algo obligatorio. Yo creo que no solamente en la medicina de familia, que ahí sí que hay diferentes talleres y eso sí se suele hacer. Pero hay que hacerlo con todos los residentes, para que se pueda conseguir mejorar en todos los ámbitos. Desde mi punto de vista, está claro que depende mucho del profesional, el cómo seamos cada uno, pero hay cosas que se pueden aprender, y que sí que es importante como decía A, ¿no? Un residente puede ser buenísimo, pero el excelente lo alcanzará si veo eso, o sea, yo es que ahí le doy la razón, porque por muy bueno que sea el residente en cuanto a conocimientos, si no se ve… empatía, la capacidad de empatizar…, pues ahí, para mi entonces no es excelente... Pues ahí si le doy totalmente la razón. Yo creo que hay que impulsar mucho...eso, ese tipo de talleres…" **GF3***

"H: Es decir yo creo que no se si es posible dar una formación específica con respecto a esto, pero sí reflexionar sobre esto, y sobre esto sí se da en los programas de los residentes, se hace desde hace muchos años.
D: Sí.
*H: Porque hay temas de entrevista clínica. Yo en mi centro de salud, en su día, hacíamos grupos Balint, hace un montón de años. Entonces yo creo que esto es algo que sí tenemos un plus con respecto a lo que, bueno, probablemente es un déficit fundamental en la carrera y probablemente en la mayor parte de las especialidades que no reflexionan sobre esto." **GF1***

*"X: … Se puede aprender, pero luego tienes que sentir algo internamente, lo que yo decía, las técnicas de comunicación se pueden aprender y… Yo una vez vi en un curso de comunicación a un residente que hizo una entrevista perfecta, con técnicas de comunicación, pero se veía que no era real. Entonces, se necesitan técnicas, pero luego te tiene que salir algo de dentro para que luego vea el paciente que es verdadero. Las dos cosas. Pero creo que se puede aprender y luego intercambiando experiencias y así…" **E2***

*"Siempre podemos cambiar y tenemos que cambiar, y los residentes tienen que aprender los valores. Y lo más importante de todo, tienen que saber que están delante de una persona que tiene detrás un mogollón que lo desconocemos y que por mucho que tú creas lo que le pasa a esa persona no tienes ni idea porque es inimaginable lo que está pensando esa persona…" **E3***

"P5: Sí, pero claro lo que hemos dicho de los pacientes, al residente que le toque la china, el médico tutor que pasa en moto de todas estas cosas, pues no podrá tener la suficiente formación…
*P1: Yo, si mal no recuerdo, creo que incluso entre los objetivos que había, de, para cumplir, según los años o las rotaciones dentro de tu tutor, existía eh, si empatizabas con los pacientes y si desarrollabas esas habilidades, y en la valoración de los tutores, yo creo que también había algún apartado en el que, el tutor era capaz de ponerlo. Pero me quiere sonar, vamos, que sí que había algo así…" **GF2***

4) Expectativas y efectos percibidos en el paciente

Tal y como venimos comentando, en el acontecer real de lo que denominábamos como "consultas sagradas" intervienen, según las participantes, dimensiones necesariamente solapadas entre sí y que tienen que ver con la propia paciente, con la profesional y con las circunstancias en que ésta desarrolla su labor asistencial. Aunque en el presente estudio no contamos con las aportaciones de las pacientes, sí resulta interesante conocer las percepciones de las médicas de familia acerca de lo que aquéllas esperan y reciben en estas situaciones y los posibles efectos en sus relaciones futuras.

. Sentirse escuchado, entendido, respetado

Señalábamos a propósito del significado de este tipo de consultas y de las actitudes de las profesionales la importancia de la escucha respetuosa ante lo confidencial y lo íntimo, así como el valor asignado al hecho de estar accesible y disponible en el momento en que la paciente expresa sus sentimientos. Las repercusiones de dicha disponibilidad a mostrar interés y a empatizar con la paciente se subrayan de nuevo, aún a pesar de la consciencia compartida

de que la posible solución a los problemas se encuentra en muchos de los casos fuera de la consulta, y de que el esfuerzo que ello conlleva no es valorado en las evaluaciones habituales.

"P1: … cada uno piensa en su caso, único, y les parece raro que otras personas se desahoguen también en la consulta. No sé, una pregunta muy recurrida por ellos, es que, cuando tú les dices, no te preocupes, que esto es una cosa normal, eh, siempre te dicen, ¿pero hay más gente que viene aquí, a la consulta, a contarte sus problemas?...
P5: Yo creo que esperan que les escuchemos, principalmente, porque para ellos es algo importante expresarnos en ese momento su duda, pero a veces tengo la sensación de que esperan la respuesta que ya saben… eh … entonces esas cosas que él ya sabe…, oírselas a otra persona, para que le reafirme en que es una situación que él va a poder llevar y que va a poder con ella… Yo creo que ellos necesitan también necesitan un poco el oír a otra persona lo que ellos mismos piensan." ***GF2***

"Pienso que muchos de ellos es el único sitio que tienen para hablar de lo que sienten. Pienso que estamos en una sociedad de pose... Y luego si tienes ciertas estrategias para ir tirando del hilo y que ellas se oigan decir cosas, que estaban ahí pero que no se hayan dicho. ¿Ellos que piensan? Muchos, aunque lloren en ese momento, creo que salen mejor. Es como tocar una válvula. Es sacarle presión a la olla… El problema de coger un vaso con agua- que es la vida misma- es el tiempo que tienes tener extendido el brazo. Si estas así dos días, tres días, lo de menos es el peso, tu brazo está tenso…. se te queda paralizado, te hormiguea… El problema no es la carga, sino el tiempo que la tengas. Por eso es importante." ***E1***

"L: ¿Y qué piensas que esperan los pacientes de tí después de una consulta de estas?
X: Jo, eso no lo sabes, no lo sabes. En primer lugar escucharlos y comprenderlos. Y… no hacer juicios yo creo, escuchar y comprender. Y luego pues bueno, si puedes aliviar sus preocupaciones… pues bueno… Pero yo creo que cada una/o espera una cosa y por eso para mí son consultas, lo que haces, lo que dices… son cosas muy valiosas y para tí suponen un gran reto y por eso a veces aciertas y otras no. Y nos damos cuenta, a veces sí y otras no. Pero bueno, eso poco a poco lo vamos aprendiendo con la experiencia…" ***E2***

"A: Lo que ha dicho ella, salir de allí diciendo: "bueno, estaré todo lo fastidiado que esté, esto pinta muy mal, o muy bien, o regular, pero...a ella le importa lo que me pasa".
Y si sale con esas percepciones, (sería) el mejor médico del planeta, aunque en una auditoría externa fuera de los peores. (Risas del grupo) Sí, yo creo que sí." ***GF3***

. Las futuras relaciones médico-paciente

Sin dejar de constatar el carácter bidireccional de la relación y la variabilidad según las situaciones y las particularidades de cada paciente, la gestión de este tipo de consultas genera repercusiones, a veces impredecibles, en las futuras relaciones con ellas cuya importancia es reconocida por parte de las diferentes participantes especialmente en circunstancias donde se desvelan acontecimientos íntimos o se corresponden con fases trascendentales de la vida como es el caso de la atención paliativa.

"Encuentras seres humanos de muchos tipos. Y además tu tampoco tienes siempre el mismo registro. A veces son manipuladores. A veces tu también tienes tus estrategias. Esto es un continuo. ¿Puedes verme un momento? Y luego es a última hora de cualquier manera. Son listos. Ellos tienen sus estrategias. Es como un juego. No sé si un juego, pero no es indiferente. Si haces un corte transversal… pero si lo haces longitudinalmente, lo que parece que era luego no era.
… Creas un vínculo de la leche, eso es verdad. Pasa mucho en el tema de violencia, o cuando con alguien que ha pasado un duelo. Lo más habitual es que tengas un vínculo especial, más cercano, a veces cuando has estado en el acompañamiento de un hecho complicado de tu vida, cuando eso se supera, esas personas se alejan más de tí. Las dos cosas pueden pasar. Lo más habitual es el enganche, pero a veces puede pasar que no crees vínculo. El ser humano tiene todos los registros … A mí me ha pasado con personas con las que por lo que sea no has hecho más que lo justo y están eternamente agradecidas, y otras personas con las cual te has sobreimplicado y has hecho mil cosas, y después como si no hubieras hecho nada. Las dos cosas pueden pasar. Lo normal es que tengas mejor relación, pero eso no te asegura…
Creo que en primaria si eso lo gestionas bien desde el principio, haces el primer toque bien, tienes mucho ganado. Más que con medicamentos. Por ejemplo, con el tema de paliativos con algunos pacientes… ha costado mucho trabajo y mucho tiempo empleado, pero se ven los frutos. Normalmente con un paciente de este tipo, el vínculo aumenta,

En la mayoría de los casos mejoras los vínculos y quitas medicación, aumentan su calidad de vida, aumentan sus recursos personales que son herramientas para la vida…" ***E1***

"L: ¿Tú crees que después de una consulta de estas con un paciente, condiciona la relación de ahí en adelante?
X: Yo creo que… a ver… puede ser diferente, pero luego igual se abre y no ha conseguido de ti lo que esperaba y eso queda ahí y listo. Pero sí, si ahí nace una buena relación, empática, si los dos hemos bien las cosas, la relación pasa a otro nivel más profundo." ***E2***

"Con las familias con las que hemos compartido la pérdida de un ser querido que ha sido paciente nuestro, con esas personas algo ha cambiado en nuestra relación médico-paciente, pero mucho, ha cambiado muchísimo. El haber compartido esa vida de ellos, ese momento de sus vidas.
M ¿De qué manera dirías que ha cambiado? ¿De qué manera cambia esa relación?
Pues mira, cambia porque les permites mucho más y eres mucho más cercano. Te pasa como con los de casa, ¿no? Yo siempre digo lo mismo…son tuyos, tuyos… ¿pero por qué son tuyos, tuyos? Porque has convivido con ellos, has compartido muchísimas cosas, has compartido muchas confidencias, te has desnudado muchas veces física y psicológicamente y conocen tus manías… ¿no?" ***E3***

5) ¿Cómo mejorar?

En todos los casos las propuestas de mejora por parte de las participantes aparecen vinculadas a aquellos componentes que se han ido exponiendo como especialmente importantes para la buena conducción de este tipo de consultas y situaciones denominadas en principio como "sagradas". Resulta por tanto difícil separar unas de otros sobre todo teniendo en cuenta los contextos en que se han generado, es decir, en el transcurso de entrevistas individuales y grupales donde la interacción y la posibilidad de comunicar sin cortapisas las propias vivencias favorecen que se ponga de manifiesto la pluralidad y solapamiento de los componentes que intervienen al respecto.
Insistimos por tanto en la necesidad de tener en cuenta el conjunto de las aportaciones. No obstante, para finalizar y aun a riesgo, por tanto, de ser parciales, y posiblemente repetitivas, entendemos que podrían delimitarse dos vertientes principales de posibles intervenciones.

. Compromiso y formación en habilidades, valores y profesionalidad

La primera tendría que ver principalmente con la propio profesional, con su formación no sólo clínica, sino también en comunicación, entrevista clínica y otras habilidades que le faciliten gestionar correctamente situaciones emocionalmente complejas con la finalidad principal de ayudar de manera efectiva a la paciente y también para cuidarse ella misma como médica de familia. Pero tal y como hemos comprobado de manera repetida, el reto además de técnico es sobre todo de valores y de profesionalidad. Profesionalidad que en medicina de familia conlleva querer ver a la persona y no solo a la enfermedad, e implicarse en una asistencia integral y continuada. Cuando la médica de familia es además tutora docente, su responsabilidad, si cabe, es aún mayor. Los siguientes testimonios complementan lo expuesto al respecto en los apartados anteriores.

"L: ¿Si tuvieras que volver a tu época de estudiante o residente, meterías alguna asignatura de este tipo o cómo lo organizarías? ¿o qué crees que falta para trabajar estos temas?
*X: Bueno, mucha, mucha, comunicación. Yo eso lo he aprendido luego, mucha, mucha comunicación, gestión de las emociones, eso también y no nos lo enseñan. Y luego también la familia, no solamente la persona, también la familia, el entorno… En esos ámbitos yo he sentido carencias. Y luego vas aprendiendo por tu cuenta…"****E2***

"M: ¿Qué creéis que se puede hacer para que mejoren este tipo de consultas?
A: Que desde el día 1 de la carrera en todos los cursos se de una asignatura que se llame 'escuchar' o 'inteligencia emocional' y recordar que el humano tiene una historia y unas fantasías…para todos los profesionales…

D: Yo priorizaría a nivel social, antes que resolver también me parece asunto de las personas… nosotros podemos facilitar, resolver lo hará el paciente…
F: Familia es una de las especialidades más humanas, no somos el patito feo… Cómo van a querer ser Médico de Familia, yo entro y no sé cuando salgo, lo elegimos porque es bonito pero es algo que hay que cuidar entre todos. Si vamos a enfocar la Medicina como expertos en pulmón, corazón, tendríamos más caché…" ***GF1***

"PM: Si tuvierais que organizar vosotros, ahora, la residencia de medicina de familia, ¿qué habilidades eh, incluiríais dentro de ese plan de formación, para, de cara a poder trabajar adecuadamente este tipo de consultas?, ¿Qué habilidades y herramientas os parecen importantes?
P2: Yo creo que depende del tutor, que tengas
PM: Sí, pero sois vosotros el tutor, eh, vosotros lo organizáis
P2. Ya, ya, pero si el tutor no está abierto a hacer eso… ya puedes tú trabajar lo que quieras, que … igual no te da…" ***GF2***

"C: Yo pienso que son ese tipo de consultas, o ese tipo de personas, las que hacen que se diferencia un médico de otro. Porque al final tenemos una formación parecida, todos somos igual de buenos... tratando la diabetes, la hipertensión o tal. ¿Por qué hay diferencia entre unos y otros en estos temas, ¿no? Al final es algo en lo que no estamos formados, es algo, es la persona, ¿no? …
E: Honestidad, honestidad y confianza son como dos pilares, ¿no?
B: Sí,… creo que son algo como muy básico, ¿no?" ***GF3***

. Intervenciones en el contexto asistencial: tiempo, visibilización, reconocimiento

La segunda vertiente se corresponde principalmente con las condiciones del medio en que la profesional desarrolla su labor asistencial. Más allá de la pertinencia del término, todas las profesionales reconocen que la importancia para la paciente de dicho componente emocional, íntimo y complejo de gestionar, así como el sobreesfuerzo que requiere de la médica en cuanto a disponibilidad y compromiso, no se corresponden con la atención que se le presta por parte de los servicios de salud. Su visibilización y reconocimiento se plantean por tanto junto a la reivindicación de mejores condiciones de tiempo, espacio físico y dinámicas de equipo. También en este caso los testimonios siguientes vienen a complementar las numerosas e ilustrativas aportaciones de las profesionales en los apartados anteriores, corroborando a su vez la importancia de su identificación, evaluación y mejora para proporcionar al conjunto de la población una atención primaria de calidad.

"J: ... pero luego ¿cómo mides tú?, … Porque, ¿cómo mides la cantidad de mejora de salud de esa persona que viene a tu consulta? ¿Cómo mides tú eso? ¿Cómo lo mides?
… Porque es fácil decir … sí, nos miden muchas cosas en Atención Primaria, el porcentaje de bajas por médico, la prescripción como lo hacen, si prescriben mucho antiinflamatorio o no, cuánto gastas, si es adecuado el porcentaje de -es una manera de medir tu calidad- pacientes que envías a urgencias y que ingresan, pero igual por ir a urgencias…
… Yo creo que lo que teníamos que hacer en la consulta de Primaria es tener más tiempo por paciente. Es una cuestión de tiempo y nuestros jefes tienen que pensar que necesitamos más tiempo y necesitamos más médicos en Atención Primaria porque cada vez hay más patología, tenemos que tocar más palos y las consultas telefónicas llegan hasta donde llegan, pero no están preparadas para las consultas sagradas. …Pues poco de sagrado ahí, porque lo sagrado no se expresa por teléfono, si yo quiero algo sagrado tengo que estar a tu lado ¿o no? Bueno, yo defiendo eso. Entonces, creo que necesitamos menos número de pacientes al día…" ***E3***

"P1: …Pero nosotros también condicionamos las consultas con la calidez o no que demos, por la acogida que hacemos a los pacientes, nuestra manera de tratarlos. Yo creo que eso también da pie a que el paciente se suelte, se exprese o quiera desahogarse o contarte un problema, o que realmente sea una consulta muy encorsetada y no de pie a que lo emocional salga.
PM: ajá…
P1: O sea que nuestra manera de pasar consulta creo que también es un condicionante. Habrá gente que casi no tiene de este tipo de consultas; y estará contento porque no las tiene, probablemente; si es su manera de pasar la consulta. Y gente que tendrá más. Y que igual no le importa tanto.
P2: Sí, la manera de recibir, la manera de, incluso, hasta de sentarte, si te pones así…No dice lo mismo si estás alejado, o… cosas, detalles, ¡sí!...
… "P5: Y entonces es que el sistema tendría que ser equitativo para tener todos más o menos el mismo derecho a tener una atención integral, pues depende mucho de en qué barrio, en qué calle y en qué piso vives. Porque de eso

va a depender que tengas (un tipo de asistencia u otro) … Y eso a mí sí que, a veces, me irrita, ¿no? Tengo familiares cerca y ¡ugh!, ¡qué mala suerte, ¿no? Pues mira quién me ha tocado… Y no hay en el sistema, no hay un mecanismo que compense eso. A no ser que cambie de médico, que he oído que Juan, que escucha un poco y entonces me voy a cambiar porque aquí con éste no tengo nada de interacción..." ***GF2***

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación resultan de especial interés dada la escasez de estudios similares tanto en nuestro país como a nivel internacional y porque permiten dar respuesta a los objetivos iniciales de profundizar en la comprensión de las percepciones, actitudes y comportamientos de los profesionales de AP ante lo que de partida denominábamos como "consultas sagradas" y sugerir propuestas para su mejora.

En su interpretación y aplicación no se deben olvidar el contexto y los perfiles de los profesionales participantes que los han generado, ni tampoco la ausencia, por el propio diseño del estudio, de las voces de los pacientes. Se trata por tanto de un ámbito de la práctica clínica abierto a nuevas investigaciones, en el que entendemos que los resultados de este estudio cualitativo aportan, con la suficiente novedad y consistencia (15;25), posibles elementos a tener en cuenta para la mejora de una atención primaria centrada en las personas.

En el apartado anterior insistíamos en el solapamiento e interacciones dinámicas existentes entre los componentes de las diferentes áreas temáticas, solapamientos e interacciones que siguen estando presentes a propósito de los tres ejes principales que hemos identificado para su discusión. El primero de ellos se centra en el *contenido y significados* de este tipo de consultas, así como en las dificultades para su denominación y evaluación. En segundo lugar, trataremos algunas de las dimensiones de la *relación médico-paciente* y de las circunstancias en que se desarrollan en cuanto soporte necesario para su comprensión y buena práctica. Y a continuación, nos centraremos en la importancia de la *profesionalidad* y las dificultades y costes de su ejercicio en nuestra AP, para finalmente concretar los posibles *ámbitos de mejora* y *conclusiones* principales.

Más allá del término: de lo sagrado a lo profundamente humano

El componente emocional forma parte intrínseca de la comunicación médico-paciente (26;27) pero tal y como se constata por los MF participantes, su manifestación más o menos explícita depende en gran medida de los contenidos y circunstancias de dicha comunicación. En este sentido, los resultados confirman cómo su expresión se hace especialmente patente ante enfermedades como el cáncer, la atención paliativa, o situaciones de duelo y estrés, lo cual explicaría en cierta medida que gran parte de la literatura publicada en relación al tema proceda de áreas como la oncología o la salud mental (26;28).

Sin embargo, la relevancia asignada por los MF al componente emocional en la consulta no se limita a la presencia de determinadas patologías, sino que se vincula asimismo a una pluralidad de vivencias (separaciones, identidades sexuales, problemas económicos, roles de género, etc. etc.) que extienden el significado del término "sagrado" más allá del llanto o del grado de intensidad emocional expresada por el paciente (10).

Es decir, por un lado, la problemática se amplía en extensión ("…está ahí, en todas las consultas…") incorporando componentes biográficos, familiares y sociales de los pacientes (8) que no se presentan de forma aislada, sino que requieren ser valorados en su integralidad,

confirmándose la gran importancia, y también las dificultades, que conlleva la atención individualizada y centrada en las personas (29;30).

Y, por otro lado, la expresión de lo emocional pasa de ser una señal o síntoma a manifestarse como algo *construido* bidireccionalmente con la imprescindible complicidad del profesional y englobando tanto los "espacios" y "sitios" como las condiciones de "intimidad" y "confidencialidad" del encuentro con el MF. Dicho proceso de construcción se asentará, como veremos más adelante, sobre unas determinadas relaciones M-P. Pero aquí resulta importante subrayar cómo esa bidireccionalidad requiere de una determinada actitud por parte del MF ante la persona emocionalmente vulnerable que se manifiesta en la necesidad de "afinar el radar", o "ponerse las gafas" y que no puede quedar reducida a la aplicación de un determinado protocolo (31-33). Es decir, el papel activo del MF en saber "dirigir la mirada" conlleva no sólo a detección del malestar emocional del paciente, sino también la necesaria adecuación del espacio y el tiempo oportunos ("ese momento…") para "engancharlo", para favorecer que "se ponga encima de la mesa", y posibilitar de este modo una atención empática y compasiva (10;34) a consultas que en definitiva se nos revelan como profundamente humanas.

En su desarrollo práctico se constatan dificultades relacionadas con las circunstancias en que se lleva a cabo la labor asistencial (falta de tiempo, presión de la demanda o condiciones laborales de los MF -principalmente sustitutos-) ya señaladas previamente en nuestro medio (35), así como con carencias formativas que se inician desde la universidad y que requerirían además del aprendizaje de técnicas y habilidades de comunicación suficientemente fundamentadas, de aportaciones y debates pluridisciplinarios sobre su necesaria adecuación a la singularidad de cada paciente (2;36-38). Pero además llama la atención la percepción de "invisibilidad" de la especial dedicación y trabajo que generan este tipo de consultas en los vigentes sistemas de evaluación e incentivación. En consecuencia, el debate sobre la necesidad de asignarles un código identificatorio (ya que "si no se apuntan, no consta nada") afecta no sólo a la adecuación del término "sagrado", sino sobre todo a la factibilidad y justificación de reducir un fenómeno tan complejo como el que nos ocupa a un código diagnóstico simple y cerrado. El problema por tanto va más allá de la diversidad y limitaciones de las propuestas de codificación y medición publicadas (39;40), confirmándose la importancia de evitar la parcelación de los padecimientos humanos que necesitan ser comprendidos mediante la conexión y no mediante la división (41).

Las inquietudes de los MF al respecto resultan por tanto comprensibles teniendo en cuenta las tendencias crecientes de estandarización y cuantificación de actividades y tareas en la atención a la salud (42). Pero a su vez, no podemos olvidar que si se es consecuente en situar a la persona en el centro de atención resulta difícilmente cuestionable que deberían ser los "mapas" -incluidos los que sirven para medir y evaluar- los que se adecuaran a los "territorios" y no a la inversa (43;44). La necesidad de *conocer* y *reconocer* adecuadamente la dimensión emocional en las demandas de asistencia por parte de los pacientes se muestra por tanto como una labor pendiente e imprescindible en la mejora de la calidad de la AP.

El cómo y dónde de la interrelación médico-paciente

Continuidad y longitudinalidad son dos características que condicionan los tipos de relación profesional-paciente que se establecen a lo largo del tiempo y que por tanto están necesariamente presentes en el desarrollo de este tipo de consultas con alto contenido emocional. En general se considera de gran ayuda el "conocer a la gente y a los familiares a lo

largo de mucho tiempo", sin embargo, algunos de los participantes de nuestro estudio expresan cómo esta relación no dependería tanto de la mayor o menor permanencia en el mismo cupo, y por tanto de la longitudinalidad, sino más bien con el modelo de relación que se haya establecido principalmente por parte del profesional médico. De ahí que, en ocasiones, sea con el profesional sustituto con quien se dan las condiciones propicias para la expresión de este tipo de consultas con alto contenido emocional.

Como profesionales sanitarios construimos a través de la relación médico-paciente narrativas que reflejan y dan sentido a la complejidad entre el vivir y el enfermar. Las narrativas, como señala Onocko (45), pueden ser entendidas como mediaciones: entre discurso y acción; entre sucesos y estructuras; entre individuos y sociedad. Lo narrado se articula siguiendo las reglas del juego acerca de lo que puede ser contado, por lo que habitualmente lo que contamos viene condicionado por el entorno social del que formamos parte (45;46). El estudio reflexivo de las narrativas generadas en la consulta resulta por tanto una labor necesaria no sólo para que la intervención del MF resulte efectiva en las que denominábamos como "sagradas", sino también para comprender mejor el modelo de interrelación que ambos protagonistas (MF y paciente) configuran a lo largo del tiempo en contextos sanitarios y socio-culturales concretos (44).

El protagonismo y la responsabilidad del profesional en el desarrollo de este tipo de consultas se refuerza, por tanto, como condición previa respecto del mayor o menor tiempo de permanencia en el mismo cupo. Es más, es precisamente mediante ese "ponerse las gafas" o "afinar el radar" en que venimos insistiendo, como la longitudinalidad en la relación médico-paciente pasa a convertirse en un activo de importancia fundamental para hacer llegar al paciente la disponibilidad del MF a atenderle y entenderle como persona ante problemas de su vida que en muchas ocasiones no tienen "soluciones sanitarias" pero que son inseparables del malestar y sufrimiento expresados en la consulta.

Diferentes autores han señalado a partir de los testimonios de pacientes sobre su experiencia con profesionales sanitarios cómo la construcción de la relación M-P implica la habilidad del profesional de la salud para crear confianza, desplegar un diálogo y mostrar un interés genuino por la persona a quien cuidan, en oposición a un acercamiento estrictamente objetivo que restringe la relación a cuestiones clínicas (35;47). La atención compasiva, por tanto, ha sido descrita como la respuesta ética que intenta dirigirse al sufrimiento de una persona mediante la comprensión relacional y la acción (48). Es decir, se trata de un comportamiento que implica la profunda consciencia del sufrimiento del otro y el deseo de aliviarlo, y que, a diferencia de la simpatía y la empatía, incorpora el matiz de la acción, de involucrarse y de ir "más allá" (49). El énfasis en el modelo biomédico en la formación sanitaria conlleva, sin embargo, que los profesionales, inadvertidamente, vean al paciente como un organismo o una enfermedad antes que como una persona, lo cual contribuye a explicar las dificultades comentadas de operativizar y medir el ejercicio de la compasión (50).

La comunicación compasiva siempre tiene lugar en contextos y circunstancias determinados que condicionan tanto las actitudes del profesional como el propio discurrir de su interrelación con los pacientes. Por parte de los médicos entrevistados, la falta de tiempo, las condiciones de trabajo, las deficiencias formativas, el no reconocimiento y las dinámicas de los equipos de atención primaria, surgen como aspectos contextuales importantes a tener en cuenta.

El ejercicio de la compasión requiere tiempo. Tiempo para escuchar, para dejar que la persona termine de contarnos su vivencia, para que pueda llorar si lo necesita, para que perciba que le

importamos y para poder recuperarnos ante el siguiente paciente (51). Pero además, el exceso de demanda, la discriminación en su distribución según el tipo de contrato del MF (fijo, interino o temporal), y las dinámicas organizativas de los servicios de salud conforme a lógicas formales (mediante normas y protocolos explícitos orientados en ocasiones más a las demandas de la gestión que a la buena práctica asistencial) e informales (todo lo no escrito pero que frecuentemente contribuye a la resignación ante "lo que hay"), constituyen factores, reconocidos repetidamente y en diferentes medios (35;52), que dificultan sobremanera la cimentación de relaciones M-P centradas en la persona y estables en el tiempo.

Asimismo, la formación en habilidades de comunicación, reclamada por todos los participantes, no debería quedar reducida a formatos estandarizados que no tuvieran suficientemente en cuenta la necesidad del compromiso continuado por parte del MF para con todos y cada uno de sus pacientes y la importancia de contar con circunstancias de "tranquilidad" en el desarrollo de las relaciones humanas particularmente cuando una de las partes es especialmente vulnerable y se precisa trascender el conocimiento genérico, cultivando la curiosidad y la capacidad de indagar en la individualidad del paciente (37).

En definitiva, la interrelación M-P en cuanto soporte imprescindible de las consultas con gran componente emocional se encuentra impregnada de valores y requisitos éticos que afectan no sólo al profesional en cuanto individuo, tal y como veremos a continuación, sino también a la organización de la que forma parte. A pesar de su limitado desarrollo en la literatura (53), la ética y los valores de las organizaciones intervienen tanto en el nivel macro como en los niveles meso y micro (54), lo cual contribuye a explicar la necesidad percibida por parte de algunos de los participantes de contar con equipos y con profesionales cercanos con los que compartir las exigencias y dificultades que conllevan este tipo de consultas, así como el reconocimiento de dichas actitudes y actividades por los servicios de salud como parte imprescindible de la buena práctica profesional (55).

"Meterse en el fregado" y profesionalidad en el MF

Tal y como venimos comentando, la detección y respuesta a las expresiones emocionales del paciente se plantean como encuentros construidos bidireccionalmente, a partir de un conocimiento y modelo previos de relación médico-paciente, y condicionados a su vez por factores contextuales que intervienen favoreciendo u obstaculizando tal interrelación.

La naturaleza humana de dichos encuentros que avanzábamos al comienzo, ayuda a explicarnos la heterogeneidad de comportamientos reflejada por los MF participantes "según la actitud de cada cual", e incluso su variabilidad en el mismo profesional según "el momento" o las circunstancias. El MF se nos presenta en este sentido como la persona que es, con su propia biografía, sus creencias y valores y "sus muchos problemas".

Pero a su vez, en todos ellos se repiten las referencias a una identidad compartida como MF que les diferencia de otras especialidades (56), expresada en ocasiones como "esa visión integral ... que en el hospital no la tienen la mayoría de los profesionales", y de la cual formaría parte la capacidad/compromiso de identificar y dar respuesta al sufrimiento emocional de los pacientes. Entendemos que en ambas dimensiones -la individual y la profesional/identitaria- la presente investigación aporta hallazgos que merecen ser discutidos.

A nivel personal, comentábamos anteriormente cómo los MF son conscientes de su propia responsabilidad en el "enganchar" y "tirar del hilo" de la narrativa del paciente. Asimismo, llama la atención la riqueza de matices con que expresan sus "miedos" ante la incertidumbre y

angustia que les genera hacer frente a situaciones, a veces de gran sufrimiento emocional, que "quitan muchas energías" y para las cuales no siempre cuentan con las capacidades y/o actitudes necesarias (57). En consecuencia, no resulta infrecuente el establecimiento de "barreras" o "filtros" de defensa, o incluso el asumir de partida dichos problemas como algo que no debería corresponder necesariamente al MF y por lo tanto tendría que ser derivado o atendido fuera de la consulta.

Sin embargo, a la luz de los resultados sería erróneo establecer una simple relación directa entre el nivel de implicación por parte del MF y los efectos presumiblemente negativos en cuanto carga de trabajo. Aun teniendo en cuenta las escasas y controvertidas publicaciones al respecto (58;59), también en nuestro caso encontramos hallazgos que contribuirían a explicar la correlación inversa entre el grado de empatía y el burnout (60;61), siendo frecuentes –en ocasiones por los mismos MF- las manifestaciones de satisfacción personal, de "crecimiento" y de "lujo" profesional que genera "meterse en el a ella le importa lo que me pasa" de este tipo de consultas y percibir la grata sensación de haber ayudado al paciente y de mejorar los vínculos terapéuticos "al sentir que le importas". Dichas impresiones se ven además reforzadas en los casos en que el MF ha vivido "en carne propia el haber sido paciente" y constatado la asimetría de estatus que subyace en la consulta (62).

Es decir, si bien parecen innegables el esfuerzo y las repercusiones personales que conlleva gestionar la propia vulnerabilidad y la tolerancia a la incertidumbre en la atención a lo emocional (57;63), en general se reconoce el predominio de sus efectos favorables asumiéndose dicha implicación como un componente clave del "buen MF" (64-66). De este modo, la conexión del compromiso personal con lo que se consideran características identitarias de la MF, contribuiría asimismo a explicar la satisfacción generada por comportarse como MF "vocacionales" que han optado por la especialidad para ser "médicos de toda la persona" (56). Ello nos lleva a reflexionar brevemente sobre las vivencias de la profesionalidad, sus significados y sus exigencias.

Tal y como señalan diferentes autores quizás resulte oportuno no olvidar la variabilidad social e histórica del significado de términos como profesión, profesionalismo o profesionalidad y profesionalización, tanto en general como en lo que respecta a la medicina en particular (67;68). Así, por ejemplo, el ejercicio de la compasión y la empatía es considerado no sólo como un componente humanista del profesionalismo médico (junto a la experiencia, la responsabilidad y el altruismo) (69), sino también como expresión característica del enfoque holístico e integral que representa la MF, lo cual a su vez explica y justifica en gran medida su papel clave en el desarrollo de una AP de calidad (70;71).

Desde este punto de vista el profesionalismo, o profesionalidad, en el caso de la MF contemplaría también su faceta de deber, es decir, su asunción como requisito necesario para evitar la injusticia e inequidad que representan aquellas situaciones de pacientes o residentes a quienes "les toca la china" de un MF que "pasa en moto de estas cosas". Si por profesionalización se entiende el proceso de rutinización de las competencias e incorporación de los valores propios de cada profesión (72), los resultados del presente estudio corroboran la necesidad de intervenir sobre aquellos factores, tanto individuales como contextuales, que condicionan que "la experiencia" práctica de profesionalización del MF contribuya al fortalecimiento o, por el contrario, al debilitamiento de una profesionalidad realmente implicada en la atención y compasión con el sufrimiento emocional de los pacientes (12;72).

En cuanto a las limitaciones de las que somos conscientes, señalábamos al comienzo la imposibilidad práctica de incorporar las voces de los pacientes, por lo que desde su inicio el estudio se centró en los MF. Tampoco se incluyeron en el diseño las aportaciones de otros profesionales de AP cuyas experiencias habrían sido de indudable interés, como es el caso de la enfermería o de responsables de la gestión y evaluación de la calidad de la asistencia. Asimismo, en los textos de las entrevistas se advirtieron algunos aspectos relacionados con el género o el medio social no suficientemente consistentes, pero que también podrían ser objeto de futuras investigaciones. Y por último no deberíamos olvidar que el presente estudio es el resultado de un proyecto de investigación-aprendizaje llevado a cabo por un grupo pluridisciplinar con diferentes niveles de experiencia investigadora. Sin duda ello ha conllevado defectos procedimentales que se han intentado corregir a lo largo del proceso de investigación. Pero a su vez no es menos cierto que las enseñanzas formativas que todos hemos obtenido de esta investigación compartida confirman las aportaciones del enfoque participativo y la factibilidad e importancia que debería reconocerse a la labor investigadora como componente necesario de una AP de calidad.

Recorridos para mejorar

A lo largo de la discusión de los principales significados e interrelaciones identificados en el "mapa" interpretativo de los resultados del estudio, se han ido señalando determinados ámbitos de mejora donde se puede y se debe actuar.

La *formación en comunicación y en valores*, subrayando la importancia de la individualidad e integralidad del paciente y su medio familiar y social, constituye, como hemos visto, una de las carencias y demandas especialmente reclamadas, a partir incluso del periodo universitario. Las propuestas y modelos al respecto son muy numerosas y variadas tanto a nivel nacional como internacional. En este sentido, el papel del MF como tutor de médicos residentes o estudiantes de medicina es clave ya que su práctica constituye un ejemplo insustituible como educador -o deseducador- de actitudes y valores. Teniendo en cuenta el origen de la presente investigación también cabe señalar a modo de ejemplo la experiencia de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, especialmente los "satélites" en las que los propios estudiantes o residentes, con el apoyo de un tutor, trabajan y presentan "casos clínicos" enfocados desde una mirada humanista y centrada en la persona (73).

La *visibilización y reconocimiento de la dimensión emocional* como componente siempre presente en la asistencia -especialmente en AP- representa un terreno en el que queda mucho por hacer. Su expresión en la consulta necesita, como se ha mostrado repetidamente, la actitud y compromiso del MF. Pero el ver y actuar correctamente ante el padecimiento emocional requiere además de formación y actitudes, reconocimiento de dicha labor como parte importante y costosa de la buena práctica clínica y, por lo tanto, visibilización y valoración específica como tal. Sin duda no es fácil evaluar lo complejo -e incluso denominarlo-, pero ello no justifica que se ignore ni que se sustituya por lo fácilmente medible. Resulta necesario readecuar permanentemente los sistemas de información a la realidad contando para ello con recursos orientados a tal fin y con la participación activa de los propios profesionales y usuarios.

El compromiso y las actitudes necesarias para el ejercicio compasivo de la labor asistencial requiere *impulsar la Medicina de Familia como profesión*. Junto a los requisitos éticos individuales, la MF debería recuperar en el sistema de salud y en la población el prestigio inicialmente ganado como "especialidad de las personas". En un entorno de necesidades de salud más complejas y de incremento, por tanto, de los riesgos derivados del consumismo sanitario y creciente tecnificación de la asistencia, la profesionalidad de los MF debería ser especialmente promovida, reconocida y valorada. Profesionalidad entendida no como excusa de barreras de poder o de defensa sino como pivote de colaboración con los demás profesionales y de alianza continuada con los pacientes. Su inaceptable ausencia en la universidad y el llamativo descenso de la MF en el listado de especialidades priorizadas en las convocatorias MIR de los últimos años, son señales preocupantes de una realidad que necesita ser modificada.

Las mejoras en formación, en reconocimiento y evaluación y en la promoción de actitudes de compromiso con los pacientes como personas, no son posibles sin el necesario *fortalecimiento de la Atención Primaria* en nuestro sistema sanitario. A la falta de estrategias de futuro en los últimos años, se han añadido las consecuencias de una menor financiación y de su parcelación en OSIs gerenciadas desde los hospitales en el caso de Osakidetza. También aquí las tareas para evitar la tendencia al deterioro sin duda no son sencillas, pero no por ello menos urgentes. La integralidad, la longitudinalidad, la coordinación y en definitiva la calidad de la asistencia, difícilmente pueden ser puestas en práctica -y por tanto reconocidas y evaluadas- con agendas saturadas de pacientes, sin apenas tiempo para atender a cada persona y con cambios permanentes de profesionales. Componentes de la buena asistencia que se han señalado imprescindibles como el trabajo en equipo, la formación y la docencia de pre y postgrado o la investigación, corren el peligro de degradación si no se toman medidas que posibiliten una AP pública y de calidad.

Conclusiones

- El componente emocional está presente en todas las consultas de AP si bien en ocasiones la manifestación de su padecimiento afecta de modo especial al encuentro M-P, por lo que se han llegado a denominar como "consultas sagradas". Sin embargo, dicho término resulta cuestionable ya que en definitiva es la naturaleza humana de la consulta la que se pone de manifiesto, corroborando la importancia de la integralidad en la asistencia a todas las personas y en todas las circunstancias.

- La expresión del padecimiento emocional depende y se construye en la interrelación médica-paciente. Es decir, su manifestación tiene lugar en la medida en que ambas partes, médica y paciente, permiten que tenga lugar. Si una de las partes no quiere, no se da, aunque ello no implica que no exista.

- A pesar del impacto de dichas consultas tanto en la paciente como en la profesional, en las evaluaciones de la calidad de los servicios de salud no se reconoce ni se valora su frecuente presencia y las dificultades de su correcto tratamiento. Los problemas que conlleva la cuantificación y codificación del padecimiento emocional y de la atención compasiva no deberían ser excusa para ser ignorados, con el consiguiente riesgo de cosificación de la asistencia.

- El sufrimiento emocional y la respuesta por parte de la MF se manifiesta siempre en contextos de AP concretos que los condicionan. La importancia del tiempo, la longitudinalidad en la relación de la paciente con la misma profesional, el volumen de la demanda, la influencia del equipo y de la docencia, la necesidad de formación e investigación, son factores que influyen decisivamente en la integralidad de la atención y que refuerzan la necesidad de una AP de calidad.

- No obstante, dichos factores aisladamente se comportan como condiciones necesarias, pero no suficientes, para la buena respuesta al sufrimiento emocional. El compromiso ético y la profesionalidad de la MF son imprescindibles. La formación y reconocimiento de los valores en la buena práctica clínica resultan en este sentido fundamentales.

Contribuciones de autoría del equipo investigador Kuxkuxeroak

Mikel Baza (MB) y Elena Serrano (ES) coordinaron el estudio, el diseño fue realizado por MB, ES, Carlos Calderón (CC), Maria José Fernández de Sanmamed (FS). El trabajo de campo fue realizado por ES, Beatriz Aragón (BA), Ana Dosio (AD), Miren Urquiza (MU), Lorea Larrañaga (LL), Ana Uriarte (AU), y MB. La tarea de transcripción de las diferentes entrevistas fue realizada por AU, MU, Carmen López Fando(CL), LL, AD, MB, Nabil Diouri (ND), Cristina Cabrera y Sara Olariaga. CC fue el analista principal, análisis que fue triangulado con MB y ES. La redacción del manuscrito corresponde a MB, ES, AD, NB, FS y CC. Juan Gérvas , Maxi Gutierrez y Amaia Saez de Ormijana y todo el equipo investigador han participado en la revisión bibliográfica, en las sesiones de formación y trabajo, en la discusión y conclusiones, y en la comprensión y revisión del manuscrito (***Anexo 1***).

Experiencia participativa de investigación-aprendizaje

Dentro de los días en que transcurrió el SIAP en Bilbao, se produjo el primer encuentro de algunas personas interesadas en participar en el proyecto. Posteriormente se han sucedido cinco encuentros que forman parte de la propuesta participativa de investigación-aprendizaje (**Tabla 4**):

Tabla 4. Proceso de investigación-aprendizaje

Fecha	Temática docente	Tarea realizada
Primer encuentro. 4/03/2016	Bases teórico-metodológicas de la IC y aplicabilidad en AP. Las técnicas conversacionales de generación de información.	Revisión de tareas para elaboración de protocolo de investigación para la convocatoria de la Red Española de Atención Primaria (REAP). Selección de participantes y planificación y diseño de las entrevistas.
Segundo encuentro 16/05/2016	Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura.	Revisión de aspectos metodológicos y procedimentales de las entrevistas individuales realizadas y recomendaciones a tener en cuenta en las tareas pendientes de generación de información.
Tercer encuentro 21/10/2016	La transcripción de las grabaciones y el trabajo de análisis en la investigación cualitativa. Principales modelos de análisis, características del análisis temático y papel de los programas informáticos.	Recomendaciones y distribución de las tareas de transcripción. Delimitación de las fases principales del trabajo de análisis. Cronograma, distribución del trabajo y establecimiento de cauces y dinámicas participativas.
Cuarto encuentro 21/04/2017.	Avances en el trabajo de análisis del proyecto. Revisión del proceso de investigación, agrupaciones de códigos mendiante el programa MAXQDA, propuesta de mapas conceptuales y avance provisional de temas, subtemas y posibles ejes de discusión	Cronograma para la elaboración y discusión del informe de resultados previo a su envío a los participantes en las entrevistas. Reparto de tareas para la elaboración del poster Semfyc mayo 2017.
Quinto encuentro 24/11/2017	Presentación resumida del borrador del informe de Resultados y Discusión previamente compartido con el equipo. Propuestas de formatos para la escritura y difusión de la experiencia. Debate y acuerdos sobre el compromiso inclusivo y	Nueva triangulación y debate entre el equipo. Reparto de tareas para la elaboración de un informe completo de la investigación, un "cuaderno de bitácora" sobre el proceso seguido, un posible artículo y otras tareas de difusión y devolución de los resultados del estudio.

	evitación de sesgos de género.	Propuestas de solicitud de financiación para su publicación. Presentación del estudio en las jornadas en euskera.
Sexto encuentro	Avances en el "cuaderno de bitácora" y posibles reflexiones metodológicas y epistemológicas a partir de la experiencia de investigación-aprendizaje. Debate y acuerdos sobre las autorías en los diferentes formatos e iniciativas de difusión de la investigación.	Distribución de tareas para la elaboración de un artículo para la revista Atención Primaria, otros dos posibles sobre ética e IC y reflexiones metodológicas y epistemológicas, presentación en las próximas jornadas SIAP, oferta de un taller en las Jornadas Osatzen 2019. Convocatorias para la presentación-devolución de los resultados a los participantes.

Bibliografía

(1) Sierpina VS, Kreitzer MJ, Mackenzie E, Sierpina M. Regaining our humanity through story. Explore (NY) 2007 Nov;3(6):626-32.

(2) Petricek G, Vrcic-Keglevic M, Lazic D, Murgic L. How to deal with a crying patient? A study from a primary care setting in Croatia, using the 'critical incident technique'. Eur J Gen Pract 2011 Sep;17(3):153-9.

(3) Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? BMJ 1999 Jan 2;318(7175):48-50.

(4) Delgado A, Távora A, Ortiz T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. Estudios de Sociolingüística 2003;4(2):589-611.

(5) Elwyn G, Gwyn R. Narrative based medicine: stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. BMJ 1999 Jan 16;318(7177):186-8.

(6) Peabody FW. The Care of the Patient. JAMA Revisited. JAMA 2015;313(18):1868.

(7) Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I): Definitions and literature review. Br J Gen Pract 2000 Apr;50(453):313-8.

(8) Gérvas J, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M. Crying patients in General/Family Practice: incidence, reasons for encounter and health problems. Rev bras med fam comunidade 2012;7(24):629-34.

(9) Equipo CESCA. Pacientes que lloran y otras consultas sagradas. 2016. Bilbao. Seminario de Innovación en Atención Primaria nº 31.

(10) Gérvas J, Pérez FM, Gutierrez PB. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. Aten Primaria 2009 Jan;41(1):41-4.

(11) Holmes J. Good doctor, bad doctor—a psychodynamic approach. BMJ 2002;325:722.

(12) West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. BMC Med Educ 2007 Aug 30;7:29.

(13) Murphy E, Dingwall R. Qualitative Methods and Health Policy Research. New York: Aldine de Gruyter; 2003.

(14) Pope C, Mays N. Qualitative Research in Health Care. Third ed. London: BMJ Books; 2006.

(15) Calderón Gómez C, Fernández de Sanmamed Santos MJ. Investigación Cualitativa. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J, editores. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 193-216.

(16) Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage; 1999.

(17) Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014. Disponible en: https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf. [Consultado 20/01/2018].

(18) Minayo MCS. Amostragem e saturaçao em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa 2017;5(7):1-12.

(19) Monistrol O. Técnicas de generación de información en Investigación Cualitativa (I). In: Calderón C, Conde F, Fernández de Sanmamed MJ, Monistrol O, Pons M, Pujol E, et al., editors. Curso de Introducción a la Investigación Cualitativa. Máster de Investigación en Atención Primaria.Barcelona: semFYC. Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Doctor Robttr, 2016. Disponible en: https://www.semfyc.es/biblioteca/ud4-curso-de-introduccion-la-investigacion-cualitativa-en-atencion-primaria/. [Consultado 07/02/2018].

(20) Braun V, Clarke V. What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? Int J Qual Stud Health Well -being 2014;9:26152.

(21) Crabtree BF, Miller WL. Doing Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.

(22) Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3:77-101.

(23) Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2009;10(2):Art. 17, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902178. [Consultado 07/02/2018].

(24) Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. IJQM 2002;1(2):Article 2- Retrieved from http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4603/3756. [Consultado 07/02/2018].

(25) Shlonsky A, Mildon R. Methodological pluralism in the age of evidence-informed practice and policy. Scand J Public Health 2014 Mar;42(13 Suppl):18-27.

(26) King A, Hoppe RB. "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. J Grad Med Educ 2013 Sep;5(3):385-93.

(27) Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. Soc Sci Med 2005 Oct;61(7):1516-28.

(28) Finset A. "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. Patient Educ Couns 2012 Sep;88(3):359-63.

(29) Martin CM, Felix-Bortolotti M. Person-centred health care: a critical assessment of current and emerging research approaches. J Eval Clin Pract 2014 Dec;20(6):1056-64.

(30) Greenhalgh T, Heath I. Measuring quality in the therapeutic relationship. London: The King's Fund; 2010.

(31) Cayley WE, Jr. Comfort always. Fam Pract Manag 2006 Oct;13(9):74.

(32) Heath I, Nessa J. Objectification of physicians and loss of therapeutic power. Lancet 2007 Mar 17;369(9565):886-8.

(33) Derksen FA, Olde Hartman TC, Bensing JM, Lagro-Janssen AL. Managing barriers to empathy in the clinical encounter: a qualitative interview study with GPs. Br J Gen Pract 2016 Dec;66(653):e887-e895.

(34) Gelhaus P. The desired moral attitude of the physician: (II) compassion. Med Health Care Philos 2012 Nov;15(4):397-410.

(35) Girón M, Beviá B, Medina E, Simón M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública 2002;76(5):561-76.

(36) Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. Acad Med 2013 Aug;88(8):1171-7.

(37) Salmon P, Young B. A new paradigm for clinical communication: critical review of literature in cancer care. Med Educ 2017 Mar;51(3):258-68.

(38) Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am 2003 Sep;87(5):1115-45.

(39) Piccolo LD, Finset A, Mellblom AV, Figueiredo-Braga M, Korsvold L, Zhou Y, et al. Verona Coding Definitions of Emotional Sequences (VR-CoDES): Conceptual framework and future directions. Patient Educ Couns 2017 Jun 21.

(40) Lelorain S, Bredart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. Psychooncology 2012 Dec;21(12):1255-64.

(41) Sturmberg JP, Martin CM. Diagnosis - the limiting focus of taxonomy. J Eval Clin Pract 2016 Feb;22(1):103-11.

(42) Timmermans S, Almeling R. Objectification, standardization, and commodification in health care: a conceptual readjustment. Soc Sci Med 2009 Jul;69(1):21-7.

(43) Heath I, Sweeney K. Medical generalists: connecting the map and the territory. BMJ 2005 Dec 17;331(7530):1462-4.

(44) Greenhalgh T. Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

(45) Onocko Campos RT, Furtado JP. Narratives: use in qualitative health-related research. Rev Saude Publica 2008 Dec;42(6):1090-6.

(46) Brownlie J. Not 'going there': limits to the professionalisation of our emotional lives. Sociol Health Illn 2011 Jan;33(1):130-44.

(47) Sinclair S, Torres MB, Raffin-Bouchal S, Hack TF, McClement S, Hagen NA, et al. Compassion training in healthcare: what are patients' perspectives on training healthcare providers? BMC Med Educ 2016 Jul 11;16:169.

(48) Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, et al. Compassion in Health Care: An Empirical Model. J Pain Symptom Manage 2016 Feb;51(2):193-203.

(49) Sinclair S, Beamer K, Hack TF, McClement S, Raffin BS, Chochinov HM, et al. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. Palliat Med 2017 May;31(5):437-47.

(50) Strauss C, Lever TB, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F, et al. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. Clin Psychol Rev 2016 Jul;47:15-27.

(51) Nolan T. Compassion, continuity and caring: a new GP's perspective. Br J Gen Pract 2016 Feb;66(643):93.

(52) Saavedra NI, Berenzon S, Galvan J. "This Is How We Work Here": Informal Logic and Social Order in Primary Health Care Services in Mexico City. Qual Health Res 2017 Jul;27(9):1359-69.

(53) Suhonen R, Stolt M, Virtanen H, Leino-Kipi H. Organizational ethics: A literature review. Nursing Ethics 2011;18(3):285-303.

(54) Román B. Bioètica & debat: tribuna oberta de l'Institut Borja de Bioètica 2006;14(45):101-3.

(55) Fernandez LA, Martin JM, del Castillo JD, Gaspar OS, Millan JI, Lozano MJ, et al. Sources of influence on medical practice. J Epidemiol Community Health 2000 Aug;54(8):623-30.

(56) McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. Br J Gen Pract 1996 Jul;46(408):433-6.

(57) Malterud K, Fredriksen L, Gjerde MH. When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients: a focus-group study from general practice. Scand J Prim Health Care 2009;27(2):85-90.

(58) Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. J Nurs Scholarsh 2016 Sep;48(5):456-65.

(59) Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. Int J Nurs Stud 2017 Apr;69:9-24.

(60) Yuguero O, Ramon MJ, Esquerda M, Vivanco L, Soler-Gonzalez J. Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. Eur J Gen Pract 2017 Dec;23(1):4-10.

(61) Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. Burn Res 2017 Sep;6:18-29.

(62) Fox FE, Rodham KJ, Harris MF, Taylor GJ, Sutton J, Scott J, et al. Experiencing "the other side": a study of empathy and empowerment in general practitioners who have been patients. Qual Health Res 2009 Nov;19(11):1580-8.

(63) Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD, Smets EM, Han PK. Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. Soc Sci Med 2017 May;180:62-75.

(64) White D. What does it take to be a good GP? Can Fam Physician 2017 Mar;63(3):253.

(65) Perez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. Int J Palliat Nurs 2016 Dec;22(12):599-606.

(66) Stange KC. The generalist approach. Ann Fam Med 2009 May;7(3):198-203.

(67) Evetts J. Professionalism: Value and ideology. Current Sociology Review 2013;61(5-6):778-96.

(68) Brennan MD, Monson V. Professionalism: good for patients and health care organizations. Mayo Clin Proc 2014 May;89(5):644-52.

(69) Profesionalismo en Salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017.

(70) Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit 2012 Mar;26 Suppl 1:20-6.

(71) Starfield B. The hidden inequity in health care. Int J Equity Health 2011 Apr 20;10:15.

(72) Phillips SP, Dalgarno N. Professionalism, professionalization, expertise and compassion: a qualitative study of medical residents. BMC Med Educ 2017 Jan 23;17(1):21.

(73) Gérvas J. Seminarios de Innovación en Atención Primaria. Un mundo en ebullición. Acta Sanitaria. El mirador: 20 de septiembre de 2015. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/seminarios-de-innovacion-en-atencion-primaria-un-mundo-en-ebullicion. [Consultado 10/02/2018].

ANEXOS

Anexo 1

Composición del equipo investigador

Mikel Baza (MB)	Médico de Familia en Bilbao
Elena Serrano (ES)	Médica de Familia en Sabadell (Barcelona)
Beatriz Aragón (BA)	Médica de Familia en Madrid
Cristina Cabrera	Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Galdakao
Carlos Calderón (CC)	Médico de Atención Primaria. Jubilado. Donostia
Nabil Diouri (ND)	Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Madrid
Ana Dosio (AD)	Médica de Familia en Galdakao
Carmen Fando (CF)	Médica de Familia en Madrid
Mª José Fernández de Sanmamed (FS)	Médica de Atención Primaria. Jubilada. Barcelona
Juan Gérvas	Médico de Atención Primaria. Jubilado. Madrid
Maxi Gutiérrez (MG)	Médico de Familia en Vitoria
Lorea Larrañaga (LL)	Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Atxondo
Sara Olariaga (SO)	Residente de Medicina Familiar y Comunitaria en Bilbao
Amaia Saenz de Ormijana	Enfermera en Vitoria
Ana María Uriarte (AU)	Trabajadora social en Bilbao
Miren Urquiza (MU)	Enfermera en Vitoria

Anexo 2

Carta-mensaje de convocatoria:

Estimado/a _____:

Se pone en contacto contigo KUXKUXEROAK (esta palabra que en euskera significa ser curiosos/as). Y eso somos, un grupo de curiosos/as con interés por todo lo que nos rodea en el día a día de la práctica clínica, del encuentro con los pacientes, sus familias y su entorno y por investigar sobre ello. Ahora nos planteamos un estudio de investigación cuya idea surgió en el debate virtual del Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) titulado "Pacientes que lloran y las consultas sagradas" y que culminó con un encuentro presencial en Bilbao el pasado 11-12 de Febrero de 2016.

Nuestro objeto de investigación son la importancia de los encuentros con gran intensidad/contenido emocional, que han sido denominados como "consultas sagradas". Y que se dan en el cotidiano de las consultas de los médicos/médicas de Atención Primaria (AP). Una de las conclusiones sobre lo revisado y compartido en el debate virtual del seminario es que la realidad de nuestras carencias y diversidades a la hora de definir, identificar y abordar estas consultas, junto con la escasez de estudios y bibliografía sobre el tema, a pesar de su frecuencia y de su relevancia.

Nuestro estudio pretende conocer las percepciones, actitudes y conductas de los/las profesionales de atención primaria, asi como identificar posibles aspectos de mejora, tanto para los pacientes como para los/as profesionales. Para ello se va a realizar un encuentro con diferentes médicos de atención primaria que ejercen en el País Vasco, en un centro de atención primaria aún pendiente de concretar fecha y lugar. El encuentro durará aproximadamente tres horas y serán grabadas en forma de audio, para facilitar después la escucha y la reflexión sobre el contenido original de los /as participantes.

Tras el análisis de la información se compartirá a todos/as los/as participantes un resumen anonimizado de los ideas más relevantes generadas a partir de la escucha del material que podrán ser matizadas, ampliadas por cada participantes antes de la publicación final del estudio.

Con esta carta te hacemos llegar una invitación a participar al considerarla de interés desde KUXKUXEROAK. Te agradeceríamos que nos respondieras a esta misma dirección de correo electrónico sobre si te interesa participar. Quedamos a tu disposición ante cualquier duda.

Un saludo
Mikel Baza y Elena Serrano
Coordinadores del grupo Kuxkuxeroak

Anexo 3

Hoja de información para los participantes

Bienvenidos/as al encuentro presencial de esta investigación.

Somos KUXKUXEROAK (esta palabra en Euskera significa es curiosos/as) y eso somos, un grupo de curiosos/as con ganas de trabajar a fondo la metodología cualitativa que comenzó en el debate virtual del Seminario de Innovación en Atención Primaria (SIAP) " Los pacientes que lloran en la consulta", que culminó con el encuentro presencial en Bilbao el 11-12 de Febrero de 2016.

Como ya os adelantamos en la carta de invitación al proyecto hoy vamos a realizar una entrevista grupal, que va a ser grabada para así asegurar a posteriori un trabajo fiel y concreto con toda la información surgida del debate, sin que vaya a ser utilizada para otros fines que no sean los del estudio y se asegura que no será difundida.

La duración estimada de esta reunión será de tres horas. Somos conscientes que durante la entrevista puedan haber algunos momentos de más intensidad emocional, puede que haya silencios, puede que haya risas o enfados: todas las emociones serán bienvenidas y trataran de ser acogidas y recogidas. Sentiros libres de expresar y contarnos, todo nos aporta.

Tras la escucha y transcripción de las grabaciones KUXKUXEROAK elaboraremos unos resúmenes que serán compartidos con cada uno de los participantes del grupo. Aseguramos la anonimización de las transcripciones y esperamos vuestras aportaciones/sugerencias, si lo consideráis oportuno. Desde el grupo dejamos abierta la posibilidad de convocar alguna otra entrevista adicional si es necesario por aclarar o ampliar algún aspecto relevante de la investigación.

Esperemos que este encuentro nos enriquezca a ambas partes y disfrutemos del camino que recorramos juntos/as.

A continuación os proponemos la firma del siguiente documento como aceptación de participación en el proyecto comentado.

Nombre y apellidos:
DNI:

En Bilbao a ____, de _____ del 2016.

Anexo 4

Guía de las entrevistas individuales y grupales

Presentación a los/as entrevistados/as*: En la asistencia diaria se presentan personas que consultan por diferentes circunstancias con una gran carga emocional, que muchas veces se suelen acompañar de llanto. Son consultas que requieren un máximo respeto y en las que el tiempo debería detenerse, sin permitir interrupciones, por lo que las hemos calificado como "consultas sagradas".*

• Qué pensáis vosotros de este tipo de consultas? ¿Puedes darnos algún ejemplo de lo que son este tipo de consultas para ti?

• ¿Las dominaríais como consultas sagradas? ¿Por qué?¿Cómo las denominaríais?

• ¿Cómo identificas este tipo de consulta? ¿Algún elemento o señal que te ponga sobre aviso de que estás ante una consulta sagrada?

• El que el/la paciente llore creéis que hace que la consulta sea especial o diferente a otro tipo de encuentros con los pacientes? Por qué?

• ¿Pensáis que son frecuentes? ¿Se podrían cuantificar?

• Creéis que estas consultas están condicionadas por algunas circunstancias? Cuáles serían esas circunstancias según vuestra experiencia?

• ¿Crees que algunos profesionales tienes más consultas sagradas que otros? ¿De qué crees que depende esta variabilidad? ¿Dónde suelen presentarse este tipo de consultas: en nuestra consulta, en el domicilio, en los pasillos, en la calle...?

• Qué creéis que esperan los pacientes de vosotros en estas situaciones?

• Y vosotros qué hacéis? Por qué?

• ¿Cómo os sentís cuando se producen este tipo de consultas? ¿Y cómo os sentís después de que se haya producido?

• Relata la experiencia de comunicación con el paciente ante una consulta sagrada, qué hiciste y cómo te sentiste.

• ¿Pensáis que lo hacéis bien? ¿Podríais mejorar? ¿En qué se podría mejorar? ¿Cómo?

• ¿El hecho de que se haya producido una consulta sagrada, cambia tu relación posterior con el paciente?

• ¿Creéis que lo que habéis contado es compartido por el resto de los médicos de familia de vuestros centros?

• Si tuvierais que elaborar un programa de formación para un estudiante o residente de medicina de familia, ¿qué incluirías en referencia a las competencias y habilidades necesarias para este tipo de consultas?

• ¿Consideráis que este tipo de consultas también se producen con otros profesionales sanitarios de atención primaria? ¿y de la atención hospitalaria?

• ¿Queréis hacer alguna aportación más sobre lo que se ha estado comentando o algo que consideréis que aún no ha surgido y sea relevante?

Anexo 5

Carta a los participantes tras la realización de la transcripción

Estimado/a _____:

Se pone en contacto contigo KUXKUXEROAK (esta palabra que en euskera significa ser curiosos/as), el grupo de investigación que te propuso colaborar el pasado año en las entrevistas que realizamos para el proyecto de investigación sobre las consultas sagradas. Recorte que nuestro objeto de investigación se centra en la importancia de los encuentros con gran intensidad/contenido emocional, que han sido denominados como "consultas sagradas". Y que se dan en el cotidiano de las consultas de los médicos/médicas de Atención Primaria (AP).

Tras la transcripción de las entrevistas realizadas, acabamos de finalizar el análisis de las mismas y te hacemos llegar un resumen un resumen anonimizado de las ideas más relevantes generadas a partir de la escucha de dicho material. Nos interesaría si pudieras leerlo y hacernos llegar las consideraciones que encuentres oportunas, dado que estas conclusiones pueden ser matizadas, ampliadas por cada participantes antes de la publicación final del estudio.

Te agradeceríamos que nos respondieras a esta misma dirección de correo electrónico, con fecha límite hasta el 21 de agosto. Quedamos a tu disposición ante cualquier duda.

Un saludo
Mikel Baza y Elena Serrano
Coordinadores del grupo Kuxkuxeroak

Anexo 6

Comunicación Oral por Ana Dosío en Congreso Comunicación y Salud - Donosti 2016
Publicación en Gaceta Sanitaria Semfyc:

Título: Percepciones, actitudes y conductas de médicos de atención primaria (AP) del País Vasco ante las "consultas sagradas"

Autores: Grupo Kuxkuxeroak

Bea Aragón Martín (médica de familia, Madrid); Mikel Baza Bueno (médico de familia, Bilbao);Cristina Cabrera Brufau(residente de medicina de familia,Galdakao); Carlos Calderón Gómez (médico de familia, Donostia); Nabil Diouri (Residente de medicina familiar y comunitaria, Madrid); Ana Dosio Revenga (médica de familia, Galdakao); Ainhoa Dosío Revenga (farmacéutica comunitaria, Algorta); Carmen Fando Lavalle (médica de familia, Madrid); Mª José Fernández de Sanmamed Santos (médica de familia, Barcelona); Juan Gérvas Camacho (médico general, Madrid); Virginia Guillén Cañas (psicóloga docente en facultad de Medicina País Vasco); Maxi Gutiérrez Jodra (médico de familia, Vitoria); Lorea Larrañaga Azpiazu (residente de medicina familiar y Comunitaria, Galdakao); Sara Olariaga Arrazola (residente de medicina familiar y comunitaria, Bilbao); Sonia Rojo Grande (enfermera, Donostia); Amaia Saenz de Ormijana (enfermera,Vitoria); Elena Serrano Ferrández (médica de familia, Sabadell); Ana María Uriarte (trabajadora social, Bilbao); Miren Urquiiza Bengoa (enfermera, Vitoria)

Correo-e de contacto: mikelbaza@gmail.com, elenasf7@gmail.com

Fuente/s de financiación (si procede), y Autorización del CEIC correspondiente.

Actualmente no disponemos de fuentes de financiación pública ni privada. Las reuniones del grupo para formación y trabajo se realizan en la Sede De Osatzen en Bilbao, gracias a la cesión del espacio y el soporte técnico de la sociedad vasca de medicina familiar y comunitaria.

Breve introducción al tema de interés y valoración de la pregunta de investigación.

La preponderancia del modelo biomédico ha limitado progresivamente el abordaje integral de los procesos de salud en los encuentros profesional-paciente. Así, encuentros en los que prima el contenido emocional, y cuyo buen desarrollo no sólo mejora la relación profesional-paciente sino que tiene un impacto claro y directo en la salud de las personas, son ahora relativamente anecdóticos entre las prácticas cotidianas de los profesionales del sistema. Considerando que el concepto de "consultas sagradas" y su implicación en la práctica clínica es un escenario por explorar, nos hemos planteado este estudio cualitativo a través del cual descubrir el significado que atribuyen los/as médicos/as de AP a este tipo de encuentros y precisar mejor así su definición y manejo en el futuro. Por un lado, la elección de la metodología cualitativa tiene relación con su potencial para investigar acerca de emociones, aspectos subjetivos y relacionales en profundidad. Por otro lado, consideramos relevante iniciar este estudio en un ámbito como la AP donde la relación médico-paciente y la longitudinalidad son características de valor en la aproximación al tema que nos planteamos, proponiéndonos en un futuro

ampliar este estudio a otros profesionales de AP, a otros contextos sanitarios y en particular a los propios pacientes.

Objetivo/s del estudio e Hipótesis, si procede (estudios analíticos/experimentales)

- Conocer las percepciones y actitudes de los/as médicos/as de familia ante las consultas con gran componente emocional.
- Describir cuáles son los principales aspectos que hacen que los profesionales puedan considerar la consulta como "sagrada".
- Identificar los posibles condicionantes y vínculos de dichas consultas con las características de los/as médicos/as de familia y los contextos de su labor asistencial en atención primaria.
- Conocer las distintas estrategias y mecanismos empleadas por los/as médicos/as de familia para manejar la complejidad asistencial y la carga emocional que conllevan las "consultas sagradas" en sus condiciones habituales de trabajo.
- Identificar los posibles ámbitos de mejora para la atención a los pacientes y para los propios profesionales en el desarrollo de este tipo de consultas.

Métodos a emplear y técnicas a desarrollar

Estudio cualitativo desde una aproximación socio-subjetiva y con un diseño descriptivo-interpretativo. La información se genera a través de tres grupos de discusión y tres entrevistas piloto individuales con médico/as de AP de Bizkaia y Araba.

Se ha realizado un muestreo intencional con representación teórica a médicos de AP que intenta captar la máxima diversidad discursiva de este colectivo profesional. Las características elegidas para la búsqueda de la variedad discursiva fueron : género, edad, tiempo de ejercicio profesional, estabilidad en el empleo, estabilidad en el cupo, nivel de implicación docente, ámbito de ejercicio rural/urbano.

Posteriormente se realizará un análisis temático del corpus textual transcrito y que se validará mediante triangulación con investigadores y participantes.

Aplicabilidad del proyecto

Los resultados permitirán conocer mejor la resolución de las " consultas sagradas" que realizan los médicos de familia en el País Vasco y orientar en la construcción de programas de formación y estrategias de mejora de la atención hacia un abordaje de la salud desde una perspectiva integral en el ámbito de la AP. Por razones de factibilidad, el proyecto se inicia con profesionales médicos vascos, con la intención de ampliarse posteriormente a otros contextos, a otros profesionales y especialmente a la participación de los propios pacientes.

Además, y en la medida en que para muchas de las personas integrantes del equipo ésta es su primera incursión en el mundo de las metodologías cualitativas, este proyecto representa una oportunidad extraordinaria de aproximarse a este ámbito desde un rol activo y con un alto nivel de implicación.

Bibliografía (máximo 6 citas)

1.- Gérvas J, Pérez-Fernández M, Gutiérrez B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. Aten Primaria. 2009; 41(1): 41-4.

2.- Gérvas J, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M. Crying patients in General/Family Practice: incidence, reasons for encounter and health problems. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2012; 7(24): 171-6.

3.- Petriček G, Vrcić-Keglević M, Lazić D, Murgić L. How to deal with a crying patient? A study from a primary care setting in Croatia, using the 'critical incident technique'. Eur J Gen Pract. 2011; 17(3): 153-9.

4.- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? BMJ. 1999; 318(7175): 48-50.

5.- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.

6.- Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2009;10(2):Art. 17. [Consultado 28/03/2016].

Anexo 7

Póster Semfyc 2017 (Bea Aragón, Carmen Fando y Carlos Calderón)

Kuxkuxeroak: Una Experiencia De Investigación-Aprendizaje
(o cómo aprender haciendo)

Bea Aragón Martín (MFyC, Madrid); Mikel Baza Bueno (MFyC, Bilbao); Cristina Cabrera Brufau (MIR MFyC,Galdakao); Carlos Calderón Gómez (médico de familia, Donosti): Nabil Diouri (MIR MFyC, Madrid); Ana Dosio Revenga (MFyC, Galdakao); Ainhoa Dosio Revenga (farmacéutica comunitaria, Algorta); Carmen Fando Lavalle (MFYC, Madrid);Mª José Fernández de Sanmamed Santos (MFyC, Barcelona);Juan Gérvas Camacho (médico general, Madrid); Virginia Guillén Cañas (psicóloga facultad de Medicina País Vasco); Maxi Gutiérrez Jodra (MFyC, Vitoria); Lorea Larrañaga Azpiazu (MIR MFyC, Galdakao);Sara Olariaga Arrazola (MIR MFyC, Bilbao); Sonia Rojo Grande (enfermera,Donostia); Amaia Saenz de Ormijana (enfermera,Vitoria); Elena Serrano Ferrández (MFyC, Sabadell); Ana María Uriarte (trabajadora social, Bilbao);Miren Urquiiza Bengoa (enfermera, Vitoria)

¿Qué es Kuxkuxeroak?

Kuxkuxeroak (curiosxs) surgió como una **aventura colectiva** del SIAP Bilbao (Febrero 2016) sobre "Consultas sagradas", moviéndonos a conocer y aprender **metodologías cualitativas** investigando sobre el significado de las "consultas sagradas" (Gérvas, Pérez, Gutiérrez 2009) en el ámbito de atención primaria (AP).

Kuxkuxeroak somos un grupo heterogéneo, intergeneracional y disperso geográficamente: los más experimentados guían y acompañan en el **proceso de investigación,** que a su vez es **de aprendizaje**, potenciando la **reflexividad** tanto teórico-metodológica como sobre el rol de lxs investigadorxs.

¿Por qué en grupo?

Siendo conscientes de los territorios desconocidos que podrían parecer "pantanosos" en la investigación cualitativa (por la diversidad de referentes teóricos, de enfoques metodológicos…) y de los temores e incertidumbres que suscita, consideramos se podían superar, de una forma más **asequible y enriquecedora** al hacerlo acompañadxs y reflexionxando juntxs.

De esta forma se favorece la integración de la **flexibilidad**, la **circularidad** del proceso investigador y la reflexividad propias de la investigación cualitativa en el trabajo de grupo. Una aventura investigadora cualitativa **con rigor y de calidad**.

¿Qué hemos hecho hasta ahora?

Trabajo colectivo mediante 4 encuentros presenciales en Bilbao, con contenidos de teoría, metodología y reflexiones en común sobre las distintas fases del trabajo realizado, con reparto de tareas y propuestas de pasos a seguir.

Trabajo de campo con 3 grupos focales, 3 entrevistas individuales con profesionales de AP del País Vasco, transcripciones, análisis preliminar de los datos y análisis en proceso.

¿Por qué investigación Cualitativa?

Por las características del tema a investigar ("consultas sagradas") como ejemplo de la **complejidad de la interrelación médico-paciente** en una AP condicionada a su vez por las circunstancias organizativo-sanitarias y sociales.

Por la importancia de buscar preguntas y respuestas **más allá de lo cuantificable**.

Por aprender a **integrar evidencias** y para ampliar los márgenes de las ciencias biomédicas hacia territorios comunes con otras disciplinas.

Ordenación jerárquica vs. Integración de "evidencias" en APS

Extraído de Calderón, Fernández de Sanmamed (2014)

¿Por qué queremos compartirlo? ¿Qué hemos aprendido hasta ahora?

Nuestra experiencia puede servir de **ejemplo** y **de estímulo** para desarrollar otros proyectos de investigación en el mar de las **complejidades** de la AP. El aprendizaje de metodologías cualitativas nos permite vencer los miedos a navegar haciendo **ciencia más allá de lo ya conocido**

En las condiciones actuales de nuestros servicios de salud es difícil investigar. A través de nuestra experiencia como grupo pretendemos mostrar que es posible –y recomendable- investigar aprendiendo y compartiendo, sin dejar de reclamar un mayor **apoyo a la investigación como componente imprescindible de una AP de calidad**

Queremos destacar la importancia de la investigación cualitativa, clave para el **análisis de la complejidad en atención primaria**

Anexo 8

Convocatoria OSI Barrualde Galdakao 2017

1 de diciembre de 2017

Estimadas/os integrantes de la Comisión de Investigación de OSI Barrualde -Galdakao,

Os escribo en nombre del grupo "Kuxkuxeroak" (curiosos en euskara), un grupo interdisciplinar e intergeneracional, compuesto por personas con amplia experiencia para guiar y acompañar en el proceso de investigación, que, a su vez, es de aprendizaje, potenciando la reflexividad tanto teórico-metodológica como sobre el rol de las/os investigadores.

A través de esta carta nos gustaría pediros ayuda dentro de la convocatoria de ayudas, bajo el punto 2. *Actividades de edición y traducción para publicación de artículos científicos en revistas de impacto*, para la publicación de nuestro trabajo de investigación cualitativa sobre "Consultas sagradas" que hemos ido desarrollando en los dos últimos años.

Nos gustaría publicar el trabajo en la revista Atención Primaria (ISSN: 0212-6567. Open Access. Factor de Impacto: 1,042), ya que creemos que puede ser de gran interés para los profesionales de este ámbito que es donde hemos desarrollado nuestro estudio.

Creemos que esta realidad que algunos denominan "consultas sagradas" es un fenómeno muy frecuente en la práctica habitual, no sólo en el ámbito de la atención primaria, y precisamente, de ahí su relevancia. Además, creemos que a través de la mirada cualitativa se puede llegar a entender mejor la complejidad de la relación asistencial médica-pacientes, tan necesaria para una atención sanitaria de calidad.

Como esta revista es de Open Access, y requiere pagar 500 EUR para su publicación, nos gustaría participar en esta convocatoria para conseguir ayuda para su financiación.

Esta carta se acompaña con el resumen el artículo que proponemos publicar.

Gracias por vuestra atención.

Atentamente.

Equipo Kuxkuxeroak

Título: Percepciones, actitudes y conductas de médicos de atención primaria (AP) del País Vasco ante las "consultas sagradas"

Autores: Grupo Kuxkuxeroak : Bea Aragón Martín (médica de familia, Madrid); Mikel Baza Bueno (médico de familia, Consultorio de Dima, UAP Arratia); Cristina Cabrera Brufau (residente de medicina de familia, Galdakao); Carlos Calderón Gómez (médico de familia, Donosti); Nabil Diouri (Residente de medicina familiar y comunitaria, Madrid); Ana Dosio Revenga (médica de familia, Galdakao); Carmen Fando Lavalle (médica de familia, Madrid); Mª José Fernández de Sanmamed Santos (médica de familia, Barcelona); Juan Gérvas Camacho (médico general, Madrid); Maxi Gutiérrez Jodra (médico de familia, Vitoria); Lorea Larrañaga Azpiazu (residente de medicina familiar y Comunitaria, Galdakao); Sara Olariaga Arrazola (residente de medicina familiar y comunitaria, Bilbao); Amaia Saenz de Ormijana (enfermera ,Vitoria); Elena Serrano Ferrández (médica de familia, Sabadell); Ana María Uriarte (trabajadora social, Bilbao); Miren Urquiza Bengoa (enfermera, Vitoria)

Coordinadores: mikelbaza@gmail.com, elenasf7@gmail.com

Correo-e de contacto: Ana Dosío

Fuente/s de financiación y Autorización del CEIC correspondiente.

Actualmente no disponemos de fuentes de financiación pública ni privada. Las reuniones del grupo para formación y trabajo se realizan en la Sede de Osatzen en Bilbao, gracias a la cesión del espacio y el soporte técnico de la sociedad vasca de medicina familiar y comunitaria.

Se solicitó valoración por el CEIC Euskadi obteniendo como respuesta que el estudio no presentaba conflictos éticos y no requería ser evaluado por este motivo. El equipo investigador Kuxkuxeroak había solicitado valoración por CEIC porque revisando los criterios evaluación de un estudio realizado por Emmanuel consideramos, en cualquier tipo de investigación se ha de valorar: el interés científico o social, la validez científica de la investigación, la razón riesgo/beneficio; la selección justa de los participantes, el respeto por los participantes y por su autonomía (con el consentimiento informado como parte de ella) y la evaluación independiente del mismo

Breve introducción al tema de interés y valoración de la pregunta de investigación.

La preponderancia del modelo biomédico ha limitado progresivamente el abordaje integral de los procesos de salud en los encuentros profesional-paciente. Según un estudio de Gérvas et al [1], un 8,4 por mil de los pacientes atendidos por el/la médico/a de familia o general lloran y, aunque todo encuentro es sagrado definiríamos como "consultas sagradas aquellos encuentros con especial componente emocional en torno a la muerte/el inicio de la vida, cambios de estado/vida, tras un error médico, cuando el paciente llora, al principio/final de una baja laboral, etc., y que por tanto exigen el máximo respeto. No obstante, no todo encuentro con alta carga emocional o en la que el paciente llora es una consulta sagrada, y el concepto no está claro ni en la práctica clínica ni en la investigación[2,3].

Considerando que el concepto de "consultas sagradas" y su implicación en la práctica clínica es un escenario por explorar, nos hemos planteado este estudio cualitativo a través del cual descubrir el significado que atribuyen los/as médicos/as de la atención primaria (AP) a este tipo de encuentros y precisar mejor así su definición y manejo en el futuro. Por un lado, la elección de la metodología cualitativa tiene relación con su potencial para investigar acerca de emociones, aspectos subjetivos y relacionales en profundidad[4,5,6]. Por otro lado, consideramos relevante iniciar este estudio en un ámbito como la AP donde la relación médico-paciente y la longitudinalidad son características de valor en la aproximación al tema que nos planteamos, proponiéndonos en un futuro ampliar este estudio a otros profesionales de AP, a otros contextos sanitarios y en particular a los propios pacientes.

Objetivos del estudio

a) Conocer las percepciones y actitudes de los/as médicos/as de familia ante las consultas con gran componente emocional, que generalmente trascienden el modelo biomédico, y que algunos autores denominan "Consultas sagradas".
b) Conocer si para las/os médicas/os de familia el término "consultas sagradas" conceptualiza y engloba estas consultas y describir cuáles son los principales aspectos que hacen que los profesionales puedan reconocer dichas consultas
c) Identificar los posibles condicionantes y vínculos de dichas consultas con las características de los/as médicos/as de familia y los contextos de su labor asistencial en atención primaria.

d) Conocer las distintas estrategias y mecanismos empleadas por los/as médicos/as de familia para manejar la complejidad asistencial y la carga emocional que conllevan las "consultas sagradas" en sus condiciones habituales de trabajo.
e) Identificar los posibles ámbitos de mejora para la atención a los pacientes y para los propios profesionales en el desarrollo de este tipo de consultas.

Aplicabilidad del proyecto

Los resultados permitirán conocer mejor la resolución de las "consultas sagradas" que realizan los médicos de familia en el País Vasco y orientar en la construcción de programas de formación y estrategias de mejora de la atención hacia un abordaje de la salud desde una perspectiva integral en el ámbito de la AP. Por razones de factibilidad, el proyecto se inicia con profesionales médicos vascos, con la intención de ampliarse posteriormente a otros contextos, a otros profesionales y especialmente a la participación de los propios pacientes.

Métodos a emplear y técnicas a desarrollar

Estudio cualitativo desde una aproximación socio-subjetiva y con un diseño descriptivo-interpretativo. La información se ha generado a través de tres grupos de discusión y tres entrevistas piloto individuales con médico/as de AP de Bizkaia y Araba, realizado en los meses entre mayo y junio de 2016.

Se ha realizado un muestreo intencional con representación teórica a médicos de AP que intenta captar la máxima diversidad discursiva de este colectivo profesional. Las características elegidas para la búsqueda de la variedad discursiva fueron: género, edad, tiempo de ejercicio profesional, estabilidad en el empleo, estabilidad en el cupo, nivel de implicación docente, ámbito de ejercicio rural/urbano.

Inicialmente se ha llevado a cabo un análisis temático del corpus textual transcrito y, posteriormente, la validación mediante triangulación con investigadores y participantes.

Resultados y Discusión

Los hallazgos de la presente investigación resultan de especial interés no sólo por la escasez de estudios similares tanto en nuestro país como a nivel internacional, sino, sobre todo, porque posibilitan profundizar en la comprensión del comportamiento de los profesionales de AP ante lo que de partida denominamos como "consultas sagradas" y sugerir propuestas para su mejora.

Dentro de los puntos que aportaría nuestra investigación, nos parece relevante:

1. Cuestionamiento del término de "consultas sagradas" y la dificultad para su codificación. Se plantea hacer extensible el término de "consultas sagradas" a todos los encuentros profesional-paciente, entendiendo que el componente humano es intrínseco a todas ellas (aunque en algunas su expresión sea variable), siendo conscientes del riesgo de cosificar/tecnificar "lo humano, lo emocional".

2. La existencia de una "consulta sagrada" depende de la interrelación médico-paciente. Es decir, la expresión de este componente humano se da en la medida en que ambas partes, médico y paciente, permiten que éste tenga lugar. Si una de las partes no quiere, no se da, aunque esto no implica que no exista.

3. Este componente intrínseco a todas las consultas se da en el contexto de una continuidad de cuidados, entendiendo la temporalidad tanto en su vertiente horizontal (la longitudinalidad)

como vertical (la duración de la consulta). Esta longitudinalidad-continuidad-tiempo son, por tanto, necesarias, pero no suficientes.

4. Si lo humano/emocional es intrínseco a la profesión (al qué hacer del/ de la médico, a su ejercicio profesional), lo es también al profesionalismo. Supone la a sunción de una visión de la Atención Primaria que incluya los componentes psicosociales. Reconocer lo emocional y humano implica una empatía y compasión activas y una mayor calidad asistencial.

5. Tener en cuenta estas construcciones implica reconocer la narrativa del paciente (y del profesional) y su conformación de evidencia.

6. Para implicarse y comprometerse en una medicina de calidad, es también necesaria una formación ética y en valores.

7. Es necesario no sólo un reconocimiento de lo emocional/psicosocial/humano, sino también su representación. Es decir, materializarlo para identificarlo, practicarlo, evaluarlo y mejorarlo. Riesgo de protocolización.

8. Se plantea la necesidad de líneas de mejora tanto en formación como en investigación.

En su interpretación y aplicación no se deben olvidar el contexto y los perfiles de los profesionales participantes que los han generado, ni tampoco la ausencia, por el propio diseño del estudio, de las voces de los pacientes. Hemos identificado tres ejes principales para la estructuración de los resultados y su discusión. El primero de ellos se centra en el contenido y significados de este tipo de consultas, así como en las dificultades para su denominación. En segundo lugar, trataremos de algunas de las dimensiones de la relación médico-paciente especialmente pertinentes para su comprensión y buena práctica. Y a continuación, nos centraremos en la importancia de la profesionalidad y las dificultades y costes de su ejercicio en nuestra AP, para finalmente concretar las principales conclusiones y propuestas de mejora.

Limitaciones: La limitación principal de esta primera fase del estudio es la delimitación geográfica ya que se trata de un estudio centrado en un contexto geográfico muy concreto. Además, el perfil de los informantes corresponde exclusivamente al colectivo médico. Ambos aspectos restan validez externa al estudio por lo que en una segunda fase se ampliará a otras áreas geográficas y a otros colectivos profesionales.

Presupuesto Publicación en Open Access: 500-700* EUR Traducción al inglés del resumen: 100 EUR

Revista en la que publicar: **Atención Primaria**. ISSN: 0212-6567. Open Access. Factor de Impacto: 1,042.

Bibliografía

1.- Gérvas J, Pérez-Fernández M, Gutiérrez B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. Aten Primaria. 2009; 41(1): 41-4.

2.- Gérvas J, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M. Crying patients in General/Family Practice: incidence, reasons for encounter and health problems. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2012; 7(24): 171-6.

3.- Petriček G, Vrcić-Keglević M, Lazić D, Murgić L. How to deal with a crying patient? A study from a primary care setting in Croatia, using the 'critical incident technique'. Eur J Gen Pract. 2011; 17(3): 153-9.

4.- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? BMJ. 1999; 318(7175): 48-50.

5.- Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.

6.- Calderón C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 2009;10(2): Art. 17. [Consultado 28/03/2016].