

SALUD  
CIENCIAS SOCIALES  
HUMANIDADES



Fundación  
Letamendi  
Foms

2025, Vol. 5, núm 2

ISSN: 2462-2753

## SUMARIO

### TEMA DEL DIA

Pág.

#### **ENFOCAR Y DESENFOCAR. UNA PROPUESTA**

**1**

Torrell Vallespín G, Novoa Jurado AJ.

### PENSAMIENTO ACTUAL

#### **EL CINE COMO AULA EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

**31**

López García-Franco A, Álvarez Herrero C.

#### **UNA APROXIMACIÓN A LOS VALORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL**

**72**

Casado Buendía S.

### ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

#### **COMUNICANDO EN PATIO DE VECINAS**

**92**

Galindo Salmerón Z.

#### **EL ARTE DE VER LO QUE DUELE: CRÓNICA DE UN MÉDICO-FOTÓGRAFO**

**102**

Almendro C.

**Codirectores**

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)  
Alexandra Albarracín Castillo

**Responsable de Redacción**

Beatriz Gutiérrez Muñoz

**Consejo Editorial**

Francesc Borrell-Carrió  
Juan Carlos Hernández Clemente  
Juan Medrano Albéniz  
Vicente Morales Hidalgo

**Correspondencia**

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

[info@fundacionletamendi.com](mailto:info@fundacionletamendi.com)

Envío de manuscritos:

<http://www.fundacionletamendi.com/revista-folia-humanistica/envio-de-manuscritos/>

**Información editorial**

*Folia Humanística* publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

**Distribución**

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

***Folia Humanística*** es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

***Folia Humanística*** is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

## ENFOCAR Y DESENFOCAR. UNA PROPUESTA.

*Torrell Vallespín G, Novoa Jurado AJ.*

**Resumen:** Los profesionales que aplican un enfoque generalista llevan a cabo, ante cada paciente, un trabajo cognitivo y afectivo de alta complejidad. Este trabajo cognitivo y afectivo podría compararse con la utilización y selección de una lente u objetivo para tomar una fotografía de una persona: algunas lentes ponen de manifiesto los aspectos biomédicos, otras ayudan a comprender el contexto personal o biográfico, psicológico, social y ambiental. En este artículo describimos la acción de enfocar y desenfocar como una función específica del razonamiento clínico en la práctica generalista, y cómo la persona y su narrativa sirven de “toma de tierra” para este trabajo afectivo-cognitivo. La longitudinalidad y el vínculo, la organización del equipo en el que se trabaja o el compromiso del profesional influyen en el proceso. Este trabajo afectivo-cognitivo desarrollado a lo largo del tiempo puede generar fatiga. El lenguaje descriptivo tiene un rol relevante en el razonamiento clínico generalista. Disponer de una persona que guíe la reflexión en la práctica puede facilitar el aprendizaje de esta función.

**Palabras clave:** *Razonamiento clínico, Lente, Metacognición, Lenguaje, Atención Primaria.*

### **Abstract: FOCUSING AND DEFOCUSING. A PROPOSAL**

Professionals who apply a generalist approach carry out highly complex cognitive and affective work with each patient. This cognitive and affective work could be compared to the use and selection of a lens or objective to take a photograph of a person: some lenses highlight biomedical aspects, while others help to understand the personal or biographical, psychological, social and environmental context. In this article, we describe the action of focusing and defocusing as a specific function of clinical reasoning in generalist practice, and how the person and their narrative serve as a “grounding” for this affective-cognitive work. Longitudinality and bonding, the organization of the team in which one works, and the commitment of the professional influence the process. This cognitive and affective work developed over the time can generate fatigue. Descriptive language has a relevant role in generalist clinical reasoning. Having someone to guide the reflection in practice can facilitate learning to use this function.

**Key words:** *Clinical reasoning, Lens, Metacognition, Language, Primary Care.*

Artículo recibido: 1 julio 2025; aceptado: 7 julio 2025.

Los profesionales que aplican un enfoque generalista llevan a cabo, ante cada paciente, un trabajo cognitivo y afectivo de alta complejidad.

Se trata, en primer lugar, de una actividad cognitiva compleja, caracterizada por la incorporación constante de información heterogénea –de distinto nivel y naturaleza– que debe ser procesada e integrada de forma simultánea en la toma de decisiones.

Es también un trabajo afectivo que se despliega en el marco de una relación interpersonal (entre dos o más personas), donde el diálogo exige no solo presencia y atención, sino también, un compromiso ético ante la interpelación que supone la alteridad. La noción de **conocimiento encarnado** alude a este aspecto afectivo: el saber humano no se reduce a una representación abstracta y descontextualizada, sino que está indisolublemente ligado al cuerpo, a la acción y a la experiencia situada (1).

El trabajo afectivo-cognitivo requiere de capacidades mentales tales como *la concentración y suspensión de uno mismo* (en ese lugar, ante esa persona, en ese momento y durante un espacio de tiempo), *agilidad* (nos movemos de un conocimiento a otro constantemente), *adaptabilidad* (a las preferencias del paciente, a los recursos disponibles, a lo posible y a lo que no sabemos si es posible) y *flexibilidad* (porque aquello que formulamos inicialmente puede dar un giro diametralmente opuesto al final de la consulta). Se trata de un trabajo afectivo-cognitivo creativo puesto que se imaginan múltiples escenarios que puedan dar respuesta a la situación expuesta por la persona atendida, porque la interpretación realizada por el profesional –y matizada y/o complementada por la persona atendida– genera un conocimiento diferente y mayor al que se tenía al iniciar la consulta y, finalmente, porque trata de configurar, entre ambos actores, un sentido a lo que sucede (Tabla 1).

Este movimiento mental de un tipo de conocimiento a otro, del síntoma que presenta el paciente, por ejemplo, a su traducción biomédica o, al contrario, desde una categorización como es “enfermedad crónica” a los síntomas persistentes de un enfermo concreto funciona casi como el objetivo de una cámara. Constantemente enfocamos y desenfocamos de un lugar a otro, de un tipo de conocimiento a otro, de algo que nos dicen a lo recogido en la exploración física, de lo que vemos y oímos a lo que interpretamos. Para ello, ajustando el objetivo, probamos diferentes lentes (biomédica, social, psicológica, relacional, etc.), hasta construir una explicación que ofrezca sentido a aquello que sucede, es decir, hasta llegar a una imagen lo más nítida posible.

**Tabla 1**

Características del trabajo afectivo y cognitivo en la práctica clínica generalista.		
Tipo de trabajo mental	Característica	Definición
Cognitivo.	Concentración y suspensión de uno mismo.	Capacidad de estar plenamente presente en el lugar, ante esa persona, en ese momento y durante un espacio de tiempo determinado.
	Agilidad.	Habilidad para desplazarse rápidamente entre distintos conocimientos o planos de información.
	Adaptabilidad.	Capacidad para ajustarse a las preferencias del paciente, a los recursos disponibles, a lo posible y a lo incierto.
	Flexibilidad.	Capacidad para reformular lo inicialmente pensado cuando la consulta da un giro inesperado.
	Creatividad.	Capacidad para imaginar múltiples escenarios posibles y co-construir con el paciente una interpretación y un sentido compartido de lo que sucede.
	Abstracción.	Movimiento mental de enfoque y desenfoque entre datos sensoriales, interpretaciones clínicas, ideas previas y metacognición, para construir una narrativa coherente y significativa. Se asemeja al objetivo de una cámara que ajusta constantemente su enfoque.
Relacional – afectivo.	Conocimiento encarnado. Establecimiento de un espacio dialógico donde hay presencia consciente de ambos interlocutores. Este vínculo es condición de posibilidad del pensamiento clínico.	

En la práctica clínica generalista, se **enfoca** cuando se atiende a los detalles singulares del paciente –su relato, sus gestos, el contexto inmediato de la consulta–, permitiendo captar lo concreto y lo particular de la situación. Pero a la vez se necesita **desenfocar**, ampliando el campo de visión para integrar esa información en marcos más generales: aspectos psicosociales, conocimientos biomédicos, experiencias previas, categorías diagnósticas. Este vaivén entre la cercanía, más afectiva, del detalle (enfoque) y la distancia, más reflexiva, de lo general (desenfoque) constituye

la esencia misma del encuentro clínico en Atención Primaria: una oscilación constante de ida y vuelta que permite reconocer al individuo único sin perder la visión global que otorga sentido y orientación a la decisión médica. Se trata de un proceso, en su fundamento, que es epistémico ante el espacio infinito de problemas que presentan las personas en Atención Primaria.

Este artículo es una propuesta de conceptualización de esta función de enfoque y desenfoque, de sus consecuencias y del marco necesario para aplicarla.

## RESONANCIAS

El movimiento de enfocar y desenfocar no se produce de manera automática, sino que se apoya en determinadas operaciones intelectuales de control y soporte que articulan el trabajo clínico generalista. La primera es la *abstracción*, entendida como la capacidad de separar lo esencial de lo accesorio, situando los problemas singulares dentro de marcos conceptuales generales. Sin esta operación no sería posible reconocer patrones clínicos ni establecer categorías diagnósticas compartidas. En segundo lugar, la *metacognición* introduce un nivel de vigilancia reflexiva sobre el propio proceso de pensamiento: permite a la médica cuestionar si está cayendo en un sesgo, revisar la validez de sus inferencias y decidir cuándo es necesario abrir o cerrar el campo de hipótesis. Finalmente, la *conciencia subsidiaria*, en el sentido planteado por Polanyi (2), alude a ese conocimiento tácito que opera de manera implícita: la integración de señales corporales, contextuales y biográficas que no siempre se verbalizan, pero que orientan de forma decisiva la percepción clínica y la intuición diagnóstica.

De este modo, la oscilación entre enfoque e individualización y desenfoque y generalización se sostiene en un entramado afectivo-cognitivo complejo, donde cada operación cumple un papel específico: la *abstracción* abre la puerta a lo universal, la *metacognición* regula la calidad del razonamiento, y la *conciencia subsidiaria* aporta el trasfondo tácito que ancla la decisión en la experiencia vivida del paciente.

Epstein introduce en todo el proceso, con su concepto de *mindful practice* (3), una necesaria disposición afectiva-reflexiva, al enfatizar la importancia de contrarrestar la automatización de la práctica biomédica mediante la recuperación de la presencia consciente del profesional. Su propuesta sitúa en el centro de la clínica la capacidad del médico para atender no solo a los datos objetivos del paciente, sino también a su propio proceso cognitivo y emocional, cultivando una conciencia abierta, flexible y no reactiva. En este sentido, la *mindful practice* complementa la descripción del trabajo generalista como un proceso de enfocar y desenfocar sostenido en operaciones intelectuales específicas (abstracción, metacognición y conciencia subsidiaria), aportando la dimensión disposicional que hace posible que dichas operaciones se realicen con equilibrio y sensibilidad en el encuentro clínico.

## **FUNCIONAMIENTO. ¿CÓMO SABER DE DÓNDE PARTIMOS Y ADÓNDE VAMOS? RECOLECTA DE INFORMACIÓN**

Los procesos de abstracción, metacognición, conciencia subsidiaria y *mindful practice* o práctica consciente encajan de manera coherente en algunos modelos de razonamiento clínico propuestos en el generalismo, como el de Donner-Banzhoff (4), en el que se describe la interacción dinámica de diversas estrategias cognitivas: búsqueda inductiva, rutinas gatillo, interrogatorio descriptivo, generación y prueba de hipótesis (Tabla 2).

Tabla 2

Descripción y ejemplos de las estrategias cognitivas propuestas por Donner-Banzhoff (4), creando un espacio colaborativo de búsqueda y delimitación del espacio problemático.

Estrategia cognitiva	Descripción	Motivo	¿Quién guía?	Ejemplo
Búsqueda inductiva ( <i>inductive foraging</i> ).	Invitar al paciente a describir el problema sin interrupciones. Escucha atenta.	El paciente expresa el problema con sus palabras, realiza asociaciones, y proporciona explicaciones y preocupaciones alrededor del problema.	El paciente*.	Maribel explica que se siente más cansada últimamente, ha dejado de hacer tareas habituales y ha notado que la ropa le va más holgada y que ha dejado de ser un reloj a la hora de ir de vientre.
Interrogatorio descriptivo ( <i>descriptive questioning</i> ) y rutinas gatillo ( <i>triggered routines</i> ).	Una vez limitado el espacio problemático, lo intentamos definir y describir mejor el síntoma o el problema a través de preguntas cerradas acerca de ese espacio y disparados ( <i>triggered</i> ) por síntomas que hayamos recogido de la narración inicial.	Permite describir, y delimitar mejor ese espacio .	El profesional.	Ana, su médica, pregunta por síntomas asociados a cansancio (disnea, palpitaciones, debilidad muscular, falta de energía, p.ej.), por cómo es el cansancio (cuándo aparece, qué lo empeora, qué lo mejora...) y por la alteración deposicional (frecuencia, productos patológicos, dolor abdominal, etc.). Que la ropa le vaya más holgada también lo identifica como signo de alarma y activa otras preguntas para recabar más información sobre ese espacio que se ha abierto (¿astenia, anorexia, pérdida de peso, antecedentes familiares de cáncer de colon?).
Pruebas de hipótesis ( <i>hypothesis testing</i> ).	Elaboración y contrastación de hipótesis a través de preguntas cerradas acerca de una enfermedad en concreto (de una hipótesis o explicación en concreto).	Una vez acotado, descrito y delimitado el espacio problemático es donde el despliegue de esta estrategia es más eficiente.	El profesional.	Imaginemos que sí hay signos de alarma. Generamos una hipótesis a descartar que es la de un posible cansancio por anemia causada por un posible cáncer de colon.

\*el paciente en ese punto conserva la iniciativa. Si interrumpimos la narración con preguntas cerradas, es posible que perdamos contenido en ese relato, puesto que el paciente se dedicará a responder nuestras preguntas, de forma más pasiva.

Fuente: Tabla de elaboración propia a partir de los conceptos de Donner-Banzhoff (4).



En un lugar donde los pacientes no están seleccionados ni vienen referidos por otros profesionales y en el que la probabilidad de encontrar una enfermedad es baja, iniciar la consulta con una **búsqueda inductiva** (*inductive foraging*) es más eficiente que hacerlo directamente con una estrategia hipotético-deductiva. Esta búsqueda inductiva obtiene su mayor beneficio en un entorno como la Atención Primaria, ya que se ajusta a la ambigüedad y diversidad de los problemas de salud que allí se presentan, y se ve facilitada por el vínculo y la longitudinalidad de la relación clínica. Eso no quiere decir que sea exclusiva de la Medicina de Familia: también puede, y probablemente debe, formar parte del razonamiento clínico en otros entornos especializados, como las urgencias.

Conviene distinguir claramente entre los tres grandes modos de inferencia. La **inducción** en medicina se refiere a la inferencia de lo particular a lo general, es decir, a establecer conclusiones probabilísticas a partir de la repetición de observaciones. En la práctica clínica, los médicos reconocen patrones porque han visto a muchos pacientes con síntomas semejantes y conocen su desenlace; así, la inducción fundamenta juicios de probabilidad, como cuando se concluye que un dolor torácico típico en un paciente de riesgo probablemente será de origen isquémico.

La **abducción**, definida por Charles Sanders Peirce (5), ocupa un lugar anterior y más creativo: surge de la sorpresa ante un hecho inesperado o inespecífico, y consiste en proponer una explicación plausible (“quizá se trate de una pericarditis” o “quizá no sea nada”). Posteriormente, la inducción y la deducción permitirán valorar la probabilidad de esa hipótesis y verificarla con datos adicionales. En este sentido, la abducción es el primer salto explicativo (*qué podría estar pasando debido a este síntoma torácico*); la inducción acumula y organiza evidencia en términos de probabilidad (*la probabilidad de un infarto ante un dolor torácico opresivo e irradiado en un hombre con alto riesgo cardiovascular es elevada*), y la deducción aplica reglas generales al caso individual (*si es un infarto, entonces debería tener las troponinas elevadas*).

En un espacio de problemas poco definidos y a menudo atípicos, el paciente orienta la mirada del clínico hacia un motivo concreto. La médica, escuchando atentamente su relato, acota el espacio de indagación y, al mismo tiempo, lo otea desde lejos. Mientras se sigue atendiendo a la narrativa del paciente mediante esta búsqueda inductiva, se va realizando la anamnesis con preguntas cerradas para describir lo mejor posible los síntomas o problemas (interrogatorio descriptivo).

Este proceso interactivo nos sirve de brújula. Cada enfoque responderá a un set de preguntas relacionadas con esa zona enfocada, para delimitarla mejor. Por ejemplo, si el síntoma inicial pertenece al sistema digestivo, preguntaremos sobre otros síntomas relacionados con el sistema digestivo. Esto es lo que se conoce como *rutinas gatillo*, es decir, iniciar un set de preguntas relacionadas con, por ejemplo, signos de alarma. Si una persona nos cuenta que tiene una alteración del hábito deposicional y dice que ha perdido peso, en seguida sacaremos un set de preguntas orientadas a definir más esa posible gravedad (se hace más probable la posibilidad de cáncer) (6).

Si desde el principio generáramos una hipótesis y quisiéramos contrastarla, no acabaríamos nunca, sería un trabajo arduo y poco eficiente, puesto que nos encontraríamos teniendo que contrastar múltiples posibles diagnósticos en un espacio infinito de problemas y, a la vez, existiría el peligro de cerrar demasiado pronto el proceso. Nos arriesgaríamos a perder información relevante. Generar y contrastar hipótesis demasiado pronto podría reducir la información disponible, puesto que el paciente se limitaría a responder las preguntas que hiciéramos y habríamos tomado una dirección concreta que deberíamos contrastar, manteniéndonos “ciegos” a cualquier otra posibilidad.

A parte del lugar donde señala la persona que atendemos (enfoque), hay otras zonas legítimas donde podemos dirigir nuestra atención en ese espacio infinito (desenfoque). Por ejemplo, podríamos revisar si se requiere de alguna actividad preventiva relacionada o no con el motivo de consulta actual, o ampliar algún aspecto

que pueda estar asociado al problema que nos ha señalado el paciente (esfera emocional, relacional, social, laboral).

El objetivo no es el diagnóstico, sino el sentido: dar sentido a lo que sucede y, de entre aquello que sucede, ver cuánto nos acercamos a la posibilidad de que eso sea una enfermedad. La mayor parte de los problemas a los que nos enfrentamos o no lo serán, o serán leves, y muy pocos de ellos requerirán de un diagnóstico preciso o una derivación a un nivel secundario. Habremos explorado una parte de ese espacio infinito.

Los procesos afectivo-cognitivos de abstracción, metacognición, conciencia subsidiaria o *mindful practice* se distribuyen funcionalmente sobre las estrategias cognitivas generalistas, dotando a la Atención Primaria de una arquitectura cognitiva y disposicional capaz de responder al carácter abierto, incierto y singular de la consulta generalista. Así podríamos resumir que:

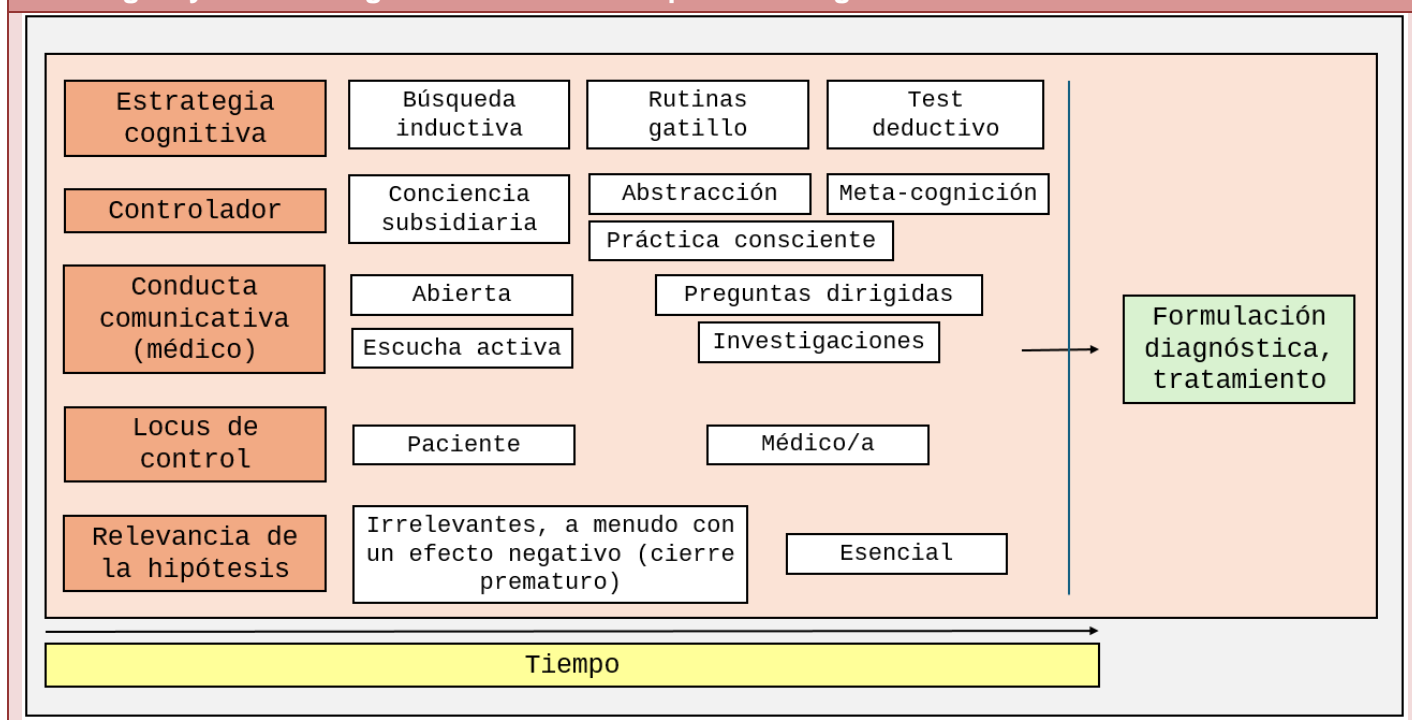
- La **conciencia subsidiaria** (Polanyi) actúa de manera temprana en la búsqueda inductiva y en las rutinas gatillo, ya que permite al clínico percibir de forma tácita patrones, señales corporales o contextuales que “llaman la atención” antes de ser formalizadas en hipótesis.
- La **abstracción** entra en juego sobre todo en la generación de hipótesis, al condensar datos particulares en categorías diagnósticas generales y reconocibles, posibilitando la transición del relato singular a un marco clínico compartido.
- La **metacognición** opera de manera transversal, pero cobra un papel decisivo en la prueba de hipótesis, donde permite al médico reflexionar sobre sus propias inferencias, detectar sesgos (p. ej. anclaje, disponibilidad) y reconsiderar diagnósticos alternativos.
- La **práctica consciente** (*mindful practice* de Epstein) atraviesa todo el proceso como disposición afectivo-reflexiva: sostiene la calidad de la

búsqueda inductiva (atención plena al relato del paciente), modera la automatización de las rutinas gatillo, facilita la escucha abierta en el interrogatorio descriptivo y promueve una prueba de hipótesis consciente, menos reactiva y más contextualizada.

Las estrategias y tácticas cognitivas usadas durante el proceso diagnóstico según Donner-Banzhoff (7) se resumen a continuación (Figura 1).

Figura 1

Estrategias y tácticas cognitivas usadas en el proceso diagnóstico.



## EN QUÉ CONSISTE EL TRABAJO DE ENFOCAR-DESENOFocar

La toma de decisiones clínicas, marcada por la hegemonía de, por seguir a Anne Marie Mol (8), la lógica médica, ha tendido a privilegiar el proceso de abstracción, en tanto mecanismo de generalización que permite inscribir los

problemas individuales en categorías diagnósticas universales. Este énfasis ha ido acompañado, sin embargo, de una subestimación de la conciencia subsidiaria, es decir, de aquellas formas tácitas de conocimiento que sostienen la percepción clínica y que rara vez se formalizan en guías o manuales. Del mismo modo, la metacognición –cuya función debería ser la vigilancia crítica sobre los propios procesos de razonamiento– se ha visto reducida en la práctica a un ejercicio limitado de verificación de la adherencia a protocolos, en lugar de operar como un recurso genuino para cuestionar supuestos, explorar sesgos y abrir alternativas diagnósticas. En este supuesto, la única realidad que subyace es la biomédica, con nuestra estructuración del caso clínico e interpretación de este. Este soliloquio en lenguaje biomédico permite mantener cierta sensación de control y de poder porque no interviene ningún otro actor. Hace que nos sintamos cómodos. Además, estamos entrenados a hacerlo, tal es la forma con la que aprendemos a hablar de “casos” en la facultad durante años. El resultado es un modelo decisional más seguro en apariencia, pero empobrecido en su capacidad de integrar lo singular y lo complejo que caracteriza a la práctica clínica generalista.

Sin embargo, la corporalidad de la persona que atendemos es necesaria, puesto que nos hace responder a una realidad compartida, demanda que estemos presentes y eso es más agotador, más riesgoso e incierto, pero también más apasionante. La persona es nuestra toma de tierra. Nos saca de esa abstracción (de nuestro soliloquio) con su narrativa y su cuerpo, añadiendo matices, perfilando la descripción de los síntomas, durante toda la consulta. Nos ayuda a focalizar en la persona.

Esta centralidad del cuerpo y de la experiencia del paciente conecta con la noción de **conocimiento encarnado** (1), según la cual el saber no es un repertorio abstracto de categorías, sino que se construye en la práctica, enraizado en la percepción, la acción y la interacción corporal. En la consulta generalista, este conocimiento se manifiesta en la forma en que el médico interpreta gestos, tonos de voz, silencios o posturas, integrándolos con el relato verbal y con los datos clínicos.

Lejos de ser un simple complemento, lo encarnado constituye el núcleo mismo de la comprensión clínica, pues recuerda que conocer en medicina no es aplicar esquemas universales, sino aprender a reconocer al otro en su corporeidad y singularidad y a reconocer la necesidad de situar el conocimiento recopilado y generado en esa persona en concreto, en ese momento, ante ese problema de salud.

Nos centramos en la persona (enfocamos), dejando de lado momentáneamente nuestra propia abstracción o soliloquio interno (desenfocamos) y viceversa (enfocamos en nuestro soliloquio y desenfocamos a la persona). Este soliloquio, sin embargo, sigue operando en segundo plano, moviéndose entre distintos conocimientos y temporalidades, para ayudarnos a ubicarnos mejor en ese espacio complejo e infinito. El objetivo principal no es necesariamente realizar un diagnóstico –pues muchos de los problemas que encontraremos no lo requerirán–, sino más bien delimitar y comprender el problema que la persona presenta: entender qué está sucediendo. Una vez que hemos logrado situarnos, entonces podemos preguntarnos qué podemos hacer al respecto y a la vez, qué no deberíamos hacer.

El trabajo de enfoque y desenfoque múltiple tiene lugar en el tiempo, aunque seamos sincrónicos con el paciente; es decir, estamos presentes en el ahora, nos tenemos que trasladar mentalmente a lo que ha sucedido anteriormente y proyectar a lo que puede suceder en un futuro.

Así, enfocamos y desenfocamos en el pasado –lo acumulado hasta el momento, tanto a nivel biográfico como biológico–, presente y futuro:

- Pasado: ¿Ha presentado este problema antes? ¿Qué recuerda de eso? ¿Qué han visto los demás antes sobre ese motivo y qué han hecho (exploraciones complementarias, derivaciones y en ese caso, quién le ha visto, qué ha hecho, qué se ha propuesto, qué se ha prescrito –para luego preguntar qué de lo prescrito ha servido, por cuánto tiempo, efectos secundarios, si se ha dejado por qué...–)? Intentaríamos recabar información precisa e integrarla desde el lugar

biomédico para luego enlazarla con aspectos biográficos del paciente que nos permitan generar una imagen en movimiento de lo que sucede. Incluso si no es paciente nuestro y no disponemos de ese conocimiento acumulado, desenfocamos el problema actual para realizar una apertura de foco que permita repasar aquellos problemas de salud (medicación, analíticas previas que pudieran tener relevancia con la situación expuesta por el paciente en la actualidad).

- Presente: enfocamos en lo que nos dice la persona y vamos, mientras habla, enfocando y desenfocando en cada síntoma y su periferia, para acotar el espacio infinito de posibilidades (búsqueda inductiva).
- Futuro: qué expectativas puede tener respecto a resolver su situación actual, qué escenarios podríamos plantear como posibles y cursos de acción plausibles de estos, que sería factible realizar o que podríamos revisar junto a la paciente como posibles propuestas terapéuticas.

No acaba aquí la tarea de enfocar y desenfocar. Veamos otros movimientos de enfoque y desenfoque:

- **Entre la persona y su contexto.** La desenfocamos para observar mejor el entorno en el que vive, ya sea a nivel relacional (familia, amistades, trabajo) o bien de condiciones (vivienda, comunidad, laborales). Detectamos posibles fuentes de estrés y opresión, aunque también de apoyo y sostén.
- **Entre lo que sucede y lo que pensamos que sucede.** Nos referimos a la metacognición, a estar atentos a nuestros propios procesos mentales, a qué está sucediendo y qué papel estamos representando cada uno de los actores, y qué dinámicas están teniendo lugar en la interacción. Permite reconducir la escena y detectar situaciones que pueden ayudarnos durante la consulta. Por ejemplo, nos damos cuenta, tras explorar varios síntomas con la anamnesis y la exploración

física, de que el paciente rehúye nuestra mirada y pese a haber dado por terminada nuestra tarea y hacerlo explícito, no se levanta de la silla; sospechamos que hay un motivo latente que no acaba de comentar y que es el que verdaderamente le ha traído a consulta. Correspondería al “supervisor de tareas” que propone Borrell (9), a la segunda cabeza propuesta por Roger Neighbour (10).

- **Entre la atención centrada en la enfermedad y la atención centrada en la persona.** Sobre todo, ante aquellos problemas de salud agudos que harán que focalicemos en lo biomédico más que en lo biográfico. Y al revés, cuando estamos valorando a personas con síntomas persistentes, con multimorbilidad, nos centramos en lo biográfico-contextual, pero desenfocamos para enfocar en lo biomédico, balanceando ambas estrategias.
- **Entre el síntoma y el relato.** Focalizamos en el síntoma y en los síntomas relacionados, pero no olvidamos desenfocar para valorar el relato en su conjunto. ¿Hay algún significado más allá de lo explícito en el relato que esté queriendo comunicar?
- **En la interfaz de lo que es una experiencia de enfermedad, un estrés o un malestar y lo que puede ser una enfermedad.** Enfocamos y desenfocamos. ¿Hay que hacer un diagnóstico?
- **Entre conocimientos.** Una vez acotado un problema, si se ha optado por medicalizarlo, ¿cuál es la mejor estrategia?, ¿qué guías o qué artículos pueden ayudarnos?, ¿desde qué punto de vista? Enfocamos en las guías y desenfocamos de nuevo para ver a esa persona en ese momento, ante ese problema de salud.
- **En lo individual y en lo poblacional.** Mover el foco de la persona individual a la población en la que está inserida puede ayudarnos a



detectar aspectos que afecten y enfermen a la población y no solo a un individuo.

En ese enfoque y desenfoque, además, podemos usar varias lentes. ¿Desde dónde vamos a mirar a este paciente y a su narrativa? Desde lo social, desde lo biomédico, lo psicológico, lo narrativo, etc. Cambiar de lente nos ayudará a enfocar y desenfocar mejor el problema y a buscar diferentes soluciones plausibles y posibles. Y nos va a hacer disponibles informaciones diferentes. Como si estuviéramos en el optometrista. ¿Lo vemos mejor así o así? El objetivo será hacerse una imagen dinámica de lo que sucede y compartirla con el paciente en la búsqueda de un sentido y de una mejora en su día a día.

## **ELEMENTOS QUE SOSTIENEN LA FUNCIÓN DE ENFOCAR Y DESENFOCAR. LA PERSONA, SU CUERPO Y SU NARRATIVA COMO TOMA DE TIERRA**

Decíamos que la persona, su cuerpo y su narrativa funcionan como una toma de tierra de nuestro soliloquio y permiten sostener la función de enfocar y desenfocar. ¿Qué ocurre en espacios donde no hay esa corporalidad? ¿O cuando el entorno organizativo no facilita la escucha de la narrativa? En efecto, se impone con mayor facilidad la lógica médica. Pensemos en un contacto telefónico, por ejemplo. Ocurriría lo mismo si prescindiéramos de la narrativa y de la exploración física (datos compartidos-interactivos) y decidiéramos apoyarnos solo en las pruebas complementarias (datos informativos), tanto en el contacto presencial como en el virtual. Generaríamos mayor distancia con el paciente, los contactos serían menos eficientes (no contrastaríamos nuestro soliloquio), esto promovería otros contactos con el sistema y aumentaría la probabilidad de yatrogenia. Será más probable que nos mantengamos en nuestro soliloquio biomédico sin incorporar al paciente.

El razonamiento clínico (y sus herramientas –la anamnesis, la exploración física, la integración y la interpretación–) requieren de interacción continua entre el paciente y el profesional. Son cosas que *se hacen* junto con el paciente (11).

En una práctica generalista no podemos prescindir de la exploración física ni adelgazar la anamnesis, porque es de lo que, en mayor parte, vamos a nutrir el razonamiento y los conocimientos que deberemos barajar. Además, tejemos con el paciente. El diagnóstico (en caso de ser necesario llegar a él) y el sentido se hacen junto con el paciente-persona. Si prescindiéramos de ellas, estaríamos indicando al paciente que no tienen relevancia para nosotros y que son prescindibles. Para quien observara nuestra práctica, estaríamos diciéndole que no nos dan ninguna información relevante a tener en cuenta enfrente de otras informaciones (pruebas complementarias, etc.), no las legitimaríamos como generadoras de conocimiento ni como generadoras de vínculo, las estaríamos relegando en la escala de jerarquía del conocimiento. Estaríamos promoviendo la pérdida de una competencia imprescindible para las nuevas generaciones de Médicos de Familia. Y como decía Sackett, estaríamos confiando más en las pruebas diagnósticas de laboratorio a sabiendas que estas producen una información diagnóstica y pronóstica que “*costs most and means less*” de aquella que obtendríamos de hablar más con el paciente y explorarle (12).

Tanto la anamnesis como la exploración física aportan información y generan otra mientras se realizan. Permiten que pongamos en acción esas estrategias cognitivas que describe Donner-Banzhoff (7) y que no perdamos el enfoque. Son puntos de enfoque en la persona. Son caminos, como los hilos que conectan un globo con la anilla pesante que lo sujeta al suelo, que nos llevan a tomar tierra (a la persona), a encarnar el conocimiento.

## **CUANDO HEMOS ENFOCADO Y DESENFOCADO... ENTONCES, ¿QUÉ?: INTEGRACIÓN POR RELEVANCIA. RELEVANCIA SITUADA**

¿Por qué en un paciente en un momento dado hacemos prevalecer más un conocimiento que otro? ¿Cómo identificamos aquello que es relevante y nos ayudará a valorar lo que sucede? Tendrá que ver el motivo por el cual consulte, el conocimiento acumulado que tengamos de él, la estabilidad clínica, nuestra percepción del estado

del paciente, nuestros conocimientos en ese momento y nuestro estado físico y emocional. La definición de salud que estemos utilizando también otorgará mayor relevancia a un conocimiento u otro. Por ejemplo, ante un problema agudo, si optamos por entender la salud como ausencia de enfermedad, se dará mayor relevancia a la lente biomédica. Ante un problema complejo, si optamos por entender la salud como capacidad de adaptación, daremos más relevancia a una lente generalista. La relevancia, también está situada: en este paciente, en este momento, para este motivo, ante este profesional.

Se trata más o menos de identificar el contenido relevante de un texto. En este caso tenemos diferentes textos en movimiento (lo que nos narra el paciente, la información que tengamos clínica, la información científica que tengamos sobre el motivo por el que consulta), junto con un nuevo texto que es el que resulta de esa interacción, de los hallazgos en la exploración física, de poner en común los hallazgos con el paciente, etc. Según el paciente, lo que nos plantee y los hallazgos, desecharemos una información y nos centraremos en otra. No se trata de nada que suceda antes o después de enfocar y desenfocar sino durante el proceso. Integramos e interpretamos a la vez que enfocamos y desenfocamos.

De nuevo, la relevancia la marca el paciente y está situada (en este paciente, en este momento, para este motivo), y la matiza el médico, puesto que habrá situaciones en que el profesional valorará como relevantes a nivel clínico aspectos de su narrativa, de la exploración o de las pruebas científicas que no lo serán para el paciente, y eso hará que tenga que volver a valorar qué conocimientos pone en juego y qué lentes tendrá que usar para enfocar y desenfocar. En este caso, también tendrá que recoger y atender aquello que es relevante para el paciente, aunque no dirija el razonamiento, para generar un sentido.

Si nos perdemos en el proceso, ¿qué hacemos? Volver a la persona. Principio y final de nuestro enfoque. Toma de tierra.

Si hay algún área de no conocimiento que nos impide enfocar y desenfocar, ¿qué hacemos? Ponerlo en conocimiento del paciente con el compromiso de volver a contactar cuando hayamos obtenido la información necesaria para cubrir esa área de desconocimiento. Y posteriormente, revisar y reflexionar sobre las causas. Si se trata de una falta de formación, la intentaremos solventar consultando bibliografía específica. Si se trata de una dificultad en el manejo, preguntaremos a otros compañeros que puedan aportar otras formas de manejo.

## **¿QUÉ LO FACILITA? MARCO NECESARIO PARA EJERCER LA FUNCIÓN DE ENFOCAR Y DESENFOCAR**

### **1. Afinadores de la lente: la longitudinalidad y el vínculo**

Tanto la longitudinalidad como el vínculo permiten afinar el movimiento de enfoque y desenfoque. Veamos cómo.

La longitudinalidad, entendida como el contacto en el tiempo con un mismo profesional (13), facilita la gestión de los diferentes conocimientos (sirve de vector epistémico) y la co-construcción de otros (los acumulados). Facilita pues, la realización de todo el trabajo cognitivo que supone el generalismo, hace que los conocimientos acumulados sean más accesibles en el razonamiento clínico y junto al vínculo, permite identificar cuáles de esos conocimientos son más relevantes en ese momento, ante esa persona, para ese problema. Alivia la carga que implica el trabajo cognitivo del profesional generalista.

Pensad en una visita a una persona de vuestro contingente, que conocéis desde hace varios años y, por el contrario, qué os supone mental y afectivamente hacer una consulta a una persona de otro contingente, que solo habéis visto esa vez. En el primer caso, el acceso al conocimiento biomédico y biográfico acumulados (el movimiento del objetivo) requiere de menor esfuerzo que en el segundo, donde hay

que recabar información, integrarla e interpretarla, tanto biomédica como biográfica, para construir una imagen mínimamente robusta y nítida de lo que está sucediendo y desplegar un enfoque generalista (el movimiento del objetivo es más lento y requiere de mayor número de movimientos de enfoque y desenfoque para llegar una imagen lo más nítida posible de lo que sucede). Diferente carga en el mismo tiempo asignado, ¿no?

El vínculo va ligado a la persona (al otro) y el otro genera un compromiso. El enfoque generalista proyecta nuestra atención a la persona (no a la enfermedad), por eso es un enfoque que vincula. El vínculo no puede desligarse del enfoque generalista. Si hay vínculo, el movimiento de nuestro objetivo hacia la toma de tierra (la persona que atendemos) es más corto y el movimiento se torna más ágil.

El vínculo, a la vez, es un catalizador de la práctica generalista. Dispone al paciente a explicar mejor lo que le preocupa (y a sus acompañantes), dispone al médico a prestar mayor atención a la narrativa del paciente (disponibilidad de escucha y epistémica) y a un uso más responsable de los conocimientos que baraja (responsabilidad epistémica). Hace más firme y visible para el profesional el camino hacia la toma de tierra. Hace más preciso el movimiento del objetivo de nuestra cámara.

La longitudinalidad y el vínculo son imprescindibles en una atención centrada en la persona, ya que potencian el enfoque generalista y hacen que el objetivo de nuestra cámara sea más ágil y preciso. Sin olvidarnos, sin embargo, de que también pueden constreñir la visión que tenemos del paciente y, por tanto, dificultar el proceso diagnóstico (“este paciente se queja por todo”). La mirada de otro profesional sobre esa persona puede funcionar como una mirada libre de ese constreñimiento creado por la repetición de contactos y puede hacer aflorar aspectos relevantes para el diagnóstico que se mantenían ocultos ante el profesional de referencia.

## **2. La organización del equipo. ¿Facilita, entorpece o es indiferente al generalismo?**

Para ejercer la práctica generalista se necesitan instituciones y equipos que entiendan la filosofía que contiene el generalismo y su práctica. A nivel institucional, diríamos que entender la filosofía significaría adecuar el presupuesto para la Atención Primaria y organizar el sistema alrededor de esta.

Si pensamos en los equipos, su organización debería facilitar el despliegue del enfoque generalista en las consultas, pero también a todos los niveles de la organización (personal administrativo, Enfermería, Trabajo Social...). Hablamos de que es necesario disponer de:

1. Equipos estables y bien dimensionados en los que todos los integrantes conozcan y entiendan el generalismo y lo que supone el enfoque generalista en la Atención Primaria y qué papel ocupa esta, dentro del sistema sanitario. Equipos en los que fluya el conocimiento, que sean comunidades de aprendizaje (14). La estabilidad promueve la longitudinalidad. Que estén bien dimensionados permite no ahogar a los profesionales en la asistencia y realizar tareas de coordinación (con el segundo nivel asistencial y otros actores), docencia, investigación, comunitaria (centrarse y organizarse para cubrir las necesidades de la comunidad), etc.
2. Organización interna del equipo que proteja los atributos de la AP y que permita el ejercicio del generalismo: autonomía en la gestión del tiempo (es decir, de las agendas), entender el equipo como un ecosistema dentro de otro ecosistema (la población donde da servicio) y de lo que cada uno puede aportar desde sus competencias y talentos desplegados al máximo. Agendas flexibles pueden permitir visitas más largas para atender en un tiempo razonable a la persona aplicando un enfoque generalista y otras con más cortas para aquellas personas que

requieran de una atención más inmediata. Esto requeriría trasladar al paciente el conocimiento necesario para solicitar qué tipo de cita y cuándo (15).

3. Formas de evaluación relacionadas con la práctica. Complementar los indicadores clínicos de resultado con otros indicadores que tengan que ver con la práctica generalista puede dar sentido a la evaluación del trabajo generalista.

### **3. Compromiso y conocimiento propio del profesional**

Es imprescindible para mover la lente que el profesional esté comprometido con ejercer un enfoque generalista. Un compromiso encarnado en la presencia del otro y en el rol de servicio en un sistema público y a la vez, que sea capaz de conocerse a sí mismo y de identificar cómo se encuentra, qué valores tiene, cómo reacciona ante los otros y ante el estrés, la angustia, la falta de sueño, el malestar propio, etc. Esta reflexión permitirá llevar a cabo el movimiento con mayor o menor precisión, velocidad o incluso llevarlo o no a cabo.

## **OTROS ASPECTOS RELEVANTES EN EL USO DE LA LENTE: EL LENGUAJE DESCRIPTIVO COMO PUNTO DE APOYO DEL TRABAJO GENERALISTA**

Partimos de la hipótesis que una causa de la desventaja epistémica que sufren los Médicos de Familia en su práctica generalista se debe al uso de un lenguaje más descriptivo y menos traducido al lenguaje biomédico. Esto, que tradicionalmente se ha podido atribuir a “tener menos conocimiento”, por parte de la comunidad científica, e incluso a menospreciar a la Medicina de Familia, no solo no es indicativo de debilidad epistémica si no que tiene un sentido en la práctica y en el razonamiento clínico generalista. Debemos disponer de un lenguaje descriptivo, próximo al paciente, por diferentes motivos.

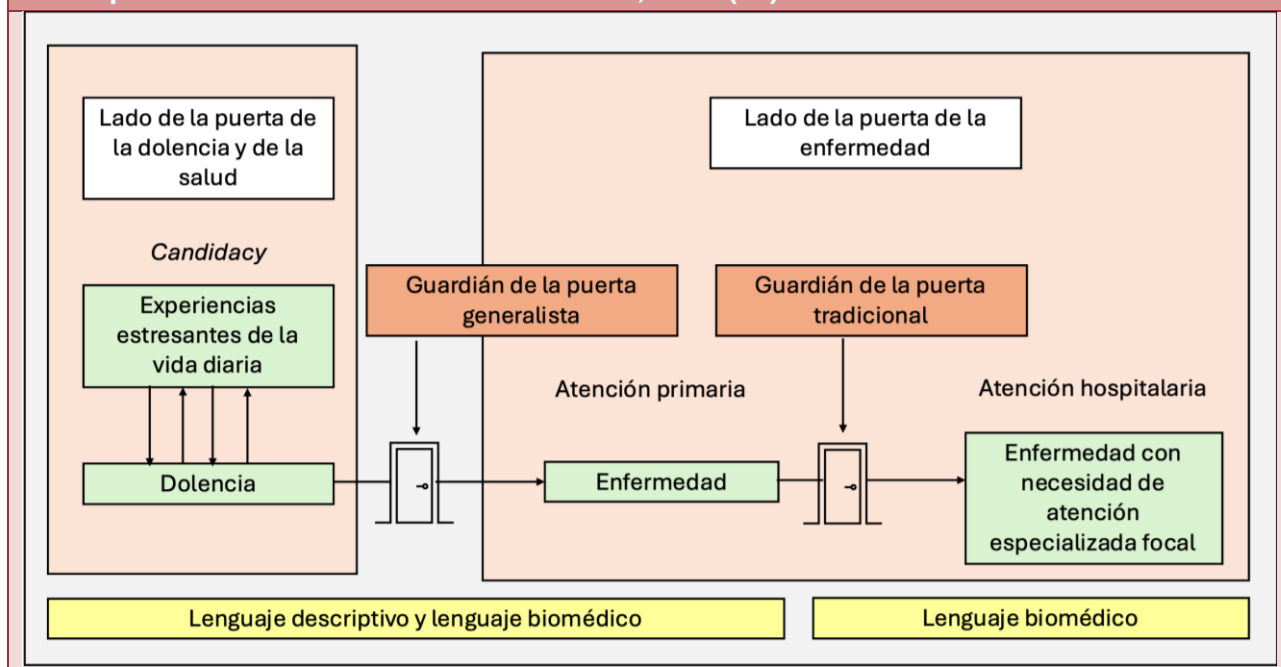
En primer lugar, porque tratamos con personas (cada una con su lenguaje y forma de explicarse) y no con enfermedades. Personas que sufren y padecen problemas diversos, indeterminados muchas veces e indefinidos a nivel taxonómico, difíciles de describir. Mantener la descripción sintomática tal y como la describen los pacientes usando su lenguaje, nos ayuda a evitar un cierre prematuro de la exploración/anamnesis y del razonamiento clínico, a tener una mayor apertura de foco. Traducir todo síntoma a lenguaje biomédico, une el camino de la consulta a lo biomédico, reduce la riqueza de la descripción sintomática y nos hace más proclives a identificar como enfermedad afecciones o síntomas que no lo son, con el consiguiente riesgo de sobrediagnóstico, sobretratamiento y sobreuso de servicios. Frenar esa traducción, ayuda al proceso de razonamiento generalista, a incluir en la integración otros conocimientos diferentes al biomédico. Permite llevar a cabo una exploración abductiva inicial hasta poder delimitar mejor el problema, valorando si se trata de una dolencia que no debe ser medicalizada o, por el contrario, se trata de una enfermedad. En este último caso, empieza a tener más sentido la utilización (la traducción, en el razonamiento) de un lenguaje biomédico.

Si revisamos la función de guardianes que realizan los Médicos de Familia, definidos por Iona Heath en su ponencia *Divided we fail*, observamos que entre la primera y la segunda puerta (Figura 2), cuando todavía nos estamos planteando si aquello que le sucede al paciente es o no es una enfermedad, el lenguaje tiene que ser prioritariamente descriptivo, usando las palabras que usa el paciente para describirlo (16). Necesitamos de ese lenguaje descriptivo para mantener la atención y el foco abierto, puesto que estamos intentando delimitar el problema. Si traducimos a lenguaje biomédico en la etapa de búsqueda inductiva, es más probable que rechacemos información relevante, que generemos hipótesis demasiado precozmente y que cerremos el diagnóstico prematuramente. El lenguaje descriptivo lo utilizaremos con el paciente, pero también en nuestras notas clínicas (veremos más adelante el porqué).



Figura 2

Las diferentes funciones del Médico de Familia y el uso del lenguaje descriptivo/biomédico. Modificado de Heath, 2011 (16).



Una vez hemos delimitado el problema y lo hemos orientado, si podemos hablar de enfermedad, o si tenemos que derivar a un segundo nivel, ya traduciremos a lenguaje biomédico, como lenguaje de comunicación entre profesionales y también como lenguaje que activa circuitos (“código ictus”, p.ej.).

Esto no significa que si hacemos una práctica generalista no debemos conocer el lenguaje médico ni que no lo debemos usar, sino que no lo necesitamos en todo momento, y tiene un sentido que no lo hagamos. Y eso no nos hace menos científicos. Eso nos hace más generalistas.

En segundo lugar, porque contribuye a generar vínculo. Indica que reconocemos, damos valor y estamos atentos a la narrativa del paciente. Permite incluir a la persona en el proceso de razonamiento, manteniendo un lenguaje que le sea comprensible y del que pueda participar, le da agencia en todo el proceso, le invita a participar. En sus términos, no en los nuestros.

Por otro lado, nos ayuda a hacer un seguimiento de lo que le sucede desde un lugar común. “¿Cómo sigue ese dolor en el pecho que explicaba la otra vez que le parecía que tuviera un gato sentado encima?” sirve para reconectar al paciente con aquello que explicó que le sucedía. Sería diferente decirle “¿Cómo sigue ese dolor torácico opresivo?” que quizás, el paciente no siente como propio y dificulta la continuidad de su expresión. Con razón, las notas clínicas del Médico de Familia se nutren de un lenguaje más descriptivo y menos biomédico.

En resumen, el lenguaje descriptivo nos acerca más a la persona y contribuye a generar vínculo, mantiene una mayor apertura de foco (necesaria para evitar cierres prematuros), invita al paciente a participar en el proceso de razonamiento y permite un seguimiento desde un lugar común.

## **COMPLICACIONES: TANTO GENERALISMO CANSA. FATIGA POR GENERALISMO**

La función de enfocar y desenfocar consume mucha energía y puede generar fatiga (mental y física). Cuanta mayor complejidad (social, emocional, biomédica) tenga la situación que nos presenta la persona a la que atendemos, cuanto menos vínculo tengamos con ella, cuanto más presión tengamos en el entorno laboral, más cansancio va a generar desarrollarla y más proclives vamos a ser a movilizar menos el objetivo de la cámara, esto es, a usar una sola lente o un solo enfoque (habitualmente, el biomédico), a centrarnos solo en el motivo de consulta actual y a no revisar qué ha ocurrido anteriormente, a generar y cerrar hipótesis de forma más prematura.

Sin embargo, no todas las consultas requerirán hacer tanto movimiento de enfoque y desenfoque. Habrá motivos de consulta que requerirán un único enfoque, por ejemplo, el biomédico. Otras requerirán de mayor apertura de foco, de mayor número de movimientos de enfocar y desenfocar, de mayor o menor trabajo cognitivo y afectivo. Dependiendo de nuestro estado (mental, físico), de las condiciones

externas (volumen de pacientes, retraso, etc.) tendremos mayor o menor capacidad de hacer ese movimiento de enfocar y desenfocar. En ese caso, siempre podemos emplazar a la persona a un momento más propicio para poder realizar ese movimiento con mayor seguridad (donde dispongamos de más tiempo, de un mejor estado cognitivo –menos cansancio–, o cuando la persona que atendemos esté disponible a lo que supone abrir el foco a situaciones complejas, también).

Podríamos referirnos aquí al cansancio por complejidad o fatiga mental por complejidad, término relacionado con la teoría de la carga cognitiva. Según esta teoría, para cualquier tipo de tarea existirían tres tipos de factores que influyen en la carga percibida: intrínsecos (interpretar resultados clínicos de pruebas, comprender la terminología médica), superfluos (navegar por la interfaz, gestionar notificaciones) y pertinentes (sintetizar la información existente en la historia clínica, por ejemplo, y establecer un plan de acción) (17).

Los médicos de Atención Primaria se enfrentan a escenarios de alta complejidad clínica y social, pero también de alta demanda emocional (ante el sufrimiento de los demás) que los hace más susceptibles a una sobrecarga cognitiva y moral. Los sistemas informáticos actuales que dan soporte a la historia clínica favorecen esta sobrecarga al dificultar la búsqueda de información del paso del paciente por el sistema, junto con los múltiples contactos que una persona puede hacer a diferentes dispositivos del sistema sanitario para un mismo problema de salud, engrosando así la información a revisar e integrar.

En el caso del enfoque generalista, la función de enfocar y desenfocar puede contribuir a esa sobrecarga. A su vez, la sobrecarga vinculada a las condiciones laborales, interrupciones, interfaces de historia clínica poco ágiles, etc. puede hacer que la función se vea reducida o distorsionada.

Síntomas relacionados con esta sobrecarga cognitiva son la sensación de agotamiento, la falta de energía y de concentración, la dificultad para tomar decisiones. Cuando la sobrecarga cognitiva se sostiene en el tiempo, aparece el burn-

out, ese estado de agotamiento emocional y físico que pueden experimentar los profesionales y que puede conllevar a no encontrar sentido al trabajo que se realiza y a la desprofesionalización.

La pérdida del monopolio del primer contacto de la Atención Primaria (por la tensión/rotura de la accesibilidad y la longitudinalidad) y la condición de la demanda (que no se destruye, sino que se transforma y busca quien le dé respuesta) hacen que el trabajo de integración sea mucho más arduo (a más contactos con otros dispositivos, más cursos clínicos y orientaciones, más pruebas realizadas y más datos a revisar y a valorar como relevantes o no e integrar). En la Medicina de Familia, atender a la parte afectiva, relacional y social, añade mayor complejidad y carga al trabajo cognitivo.

El trabajo cognitivo que supone el enfoque generalista y en particular la función de enfocar y desenfocar es complejo y requiere de unas condiciones óptimas para ejercerlo con toda su potencia. La Atención Primaria es el nivel asistencial garante del enfoque generalista por lo que debería tener en cuenta qué significa ejercer un enfoque generalista, qué beneficios reporta para el paciente que lo recibe, para el profesional que lo ejerce y para el sistema sanitario en el que se realiza.

## **APRENDER A MOVER EL OBJETIVO**

Dice Ronald M. Epstein que a una práctica consciente no se llega por un aprendizaje formal (teórico) sino a través de alguien que la guíe. De alguna forma, recuerda al aprendizaje socrático, a través de la generación de preguntas que promuevan la autorreflexión, en este caso, de la propia práctica y que movilicen el aprendizaje desde la experiencia de la propia práctica. ¿De qué forma, pues, podríamos guiar y promover esa función?

- Observando la consulta de otros y que otros observen la nuestra, para identificar diferentes etapas de la consulta (búsqueda inductiva, rutinas

gatillo, deducción) y la función de enfocar y desenfocar. Se promovería así la reflexividad sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos. Hacernos preguntas los unos a los otros.

- Fortaleciendo nuestros conocimientos base (sobre todo la anamnesis y la exploración) y practicándolos, que es una manera de difundirlos y enseñarlos.
- Promoviendo espacios para compartir cómo hemos actuado ante casos clínicos complejos y qué decisiones hemos tomado y en base a qué, lo que puede entrenar nuestra capacidad de enfocar y desenfocar, al compartir, no solo lo que ha sucedido sino también cómo hemos llegado a construir lo que ha sucedido, qué escenarios nos hemos encontrado mientras lo construíamos, qué escenarios hemos desechado y por qué. Entrenar en explicitar nuestro razonamiento con otros y en observar el razonamiento de otros.
- Promoviendo la capacidad imaginativa. En una misma situación entrenarnos imaginando diferentes cursos de acción y posibles consecuencias, lo que ayudaría a mejorar la adaptabilidad y flexibilidad. La literatura puede ser una buena aliada para conseguir este objetivo.
- Encontrando espacios y grupos donde compartir inquietudes, cuestionar la propia práctica, el sistema que la sustenta, y desde donde se puedan pensar acciones sobre la organización, sobre las políticas, etc. para conseguir las condiciones necesarias para poder realizar la mejor práctica generalista.

## **FINAL**

La capacidad de enfocar y desenfocar (en tiempo, conocimientos, sujetos y objetos, la persona, la enfermedad y su contexto, lo individual y lo poblacional, etc.) constituye una función específica del razonamiento clínico en la Medicina de Familia. La longitudinalidad y el vínculo afinan la función y permiten realizarla con mayor agilidad. Ese movimiento de enfoque y desenfoco es un movimiento de ida y vuelta, en el que la persona, su cuerpo y su narrativa sirven de toma de tierra. Este trabajo cognitivo y afectivo desarrollado a lo largo del tiempo puede generar fatiga. Requiere de unas condiciones de trabajo que permitan desplegarla y que sostengan y cuiden a los profesionales que desarrollan esa función. Tener una persona que guíe en el uso de esta función podría ser una forma de aprendizaje.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pozo JI. Aprendices y maestros. La psicología cognitiva del aprendizaje. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
2. Festré A, Østbye S. Michael Polanyi on creativity in science. 2020. Disponible en: <https://shs.hal.science/halshs-03036841v1/document>
3. Epstein RM. Mindful Practice. JAMA. 1999;282(9):833-839.
4. Donner-Banzhoff N, Seidel J, Sikeler AM, et al. The Phenomenology of the Diagnostic Process: A Primary Care-Based Survey. Med Decis Making. 2017 Jan;37(1):27-34.
5. Schleifer R, Vannatta J. The Logic of Diagnosis: Peirce, Literary Narrative, and the History of Present Illness. J Med Philos. 2006;31(4):363-384.
6. Oliva-Fanlo B. Paseo por las corazonadas en Medicina de Familia y cáncer: una revisión narrativa. Rev Clin Med Fam. 2024;17(3):188-95.
7. Donner-Banzhoff N. Solving the Diagnostic Challenge: A Patient-Centered Approach. Ann Fam Med. 2018 Jul;16(4):353-358.

8. Mol A. The Body Multiple: Ontology in Medical Practice. Duke University Press, 2002. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/j.ctv1220nc1>.
9. Borrell-Carrió F, Peguero E. Pensamiento crítico: cognición educada para la práctica clínica. En: Gensollen M, Mosqueda JA, Sans A. La Medicina en vivo: cuestiones filosóficas sobre la salud y la enfermedad. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2024. pp. 111-138.
10. Neighbour R. The Inner Consultation: How to Develop an Effective and Intuitive Consulting Style, Second Edition. Londres: CRC Press; 2005.
11. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice (1st ed.). Routledge; 2008.
12. Sackett DL. The science of the art of the clinical examination. JAMA. 1992 May;267(19):2650-2.
13. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
14. Gabbay J, Le May A. Practice-based Evidence for Healthcare: Clinical Mindlines (1st ed.). Routledge; 2010.
15. Park S, Leedham-Green K, Cohen T. Chapter 1: What is generalism and why is it important? En: Park S, Leedham-Green K (eds). Generalism in Clinical Practice and Education. London: UCL Press; 2024.
16. Heath I. Divided we fail. Clin Med (Lond). 2011 Dec;11(6):576-86.
17. Asgari E, Kaur J, Nuredini G, et al. Impact of Electronic Health Record Use on Cognitive Load and Burnout Among Clinicians: Narrative Review. JMIR Med Inform. 2024 Apr 12;12:e55499.

**Gemma Torrell Vallespín (a), Abel Jaime Novoa Jurado (b).**

(a) Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Les Indianes. EAP Montcada i Reixac (Barcelona).

(b) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS La Unión. Área II de Salud. La Unión (Cartagena).

**Cómo citar este artículo:**

Torrell Vallespín G, Novoa Jurado AJ. Enfocar y desenfocar. Una propuesta. *Folia Humanística*, 2025; 5(2):1-30. Doi: <http://doi.org/10.30860/0124>.

© 2025 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.