



# ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at  
www.actasdermo.org



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

### La agenda oculta

### The Hidden Agenda



E. Martínez-García<sup>a,\*</sup> y A. Buendía-Eisman<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

La búsqueda de atención médica está motivada por múltiples razones. A primera vista puede parecer que la motivación de los pacientes para acudir a una consulta médica resulta evidente: la presencia de signos o síntomas de enfermedad. Del mismo modo, las expectativas del paciente al visitar al médico también parecen obvias: obtener un diagnóstico y un tratamiento. Sin embargo, al estudiar las motivaciones y expectativas de los pacientes en profundidad, este tema, aparentemente sencillo, se torna mucho más complejo de lo que pudiera parecer en un primer momento.

Los pacientes acuden a nuestras consultas con múltiples dudas, temores y expectativas, que pueden permanecer silentes si no son pertinentemente investigadas. Las preguntas e inquietudes de los pacientes que no son manifestadas abiertamente constituyen lo que Barsky denominó en 1981 la «agenda oculta»<sup>1</sup>. Estas cuestiones pueden no salir a la luz durante la consulta, pero no serán olvidadas por el paciente, y su omisión por el dermatólogo puede tener una gran repercusión en la satisfacción del paciente con la atención recibida y en la eficacia de los tratamientos prescritos.

Al inicio de una consulta médica los pacientes nos comunican su motivo (o motivos) de consulta (en el caso de la medicina pública, solemos contar con el informe de derivación de otro colega), siendo esto lo que entendemos como agenda visible. Sin embargo, las dudas, temores, preocupaciones y expectativas de los pacientes pueden

no manifestarse si no son adecuadamente investigadas, y constituirían la agenda oculta del paciente.

Cuando una persona nota la aparición reciente de un síntoma grave e incapacitante, casi invariablemente buscará atención médica. En estos casos, el motivo principal de la consulta resulta obvio. Sin embargo, la mayoría de nuestros pacientes presentan síntomas leves o moderados y, en muchos casos, de meses o años de evolución. Es en esta última situación donde los motivos que originan la consulta pueden resultar más ambiguos y esquivos.

En dermatología existen varios ejemplos en los que puede observarse que una importante proporción de personas afectadas no consultan al médico. Es el caso del acné, un problema frecuente, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, para el que la mayoría de los afectados (90%) no realizan tratamiento alguno<sup>2,3</sup>. Del mismo modo, una proporción significativa de pacientes con eccema crónico de manos (66%) no llegan a visitar al dermatólogo<sup>4</sup>. Así, puede establecerse que el padecimiento de ciertos síntomas no es el único elemento que influye a la hora de buscar asistencia médica. Entre los elementos que favorecen la búsqueda de atención médica se encuentra un mayor nivel educativo y socioeconómico<sup>5</sup>.

Además de la presencia de síntomas de enfermedad, y del estatus socioeconómico, existen aspectos psicológicos que promueven pedir cita con el dermatólogo en un momento particular. Entre estos elementos psicológicos se encuentran el estrés emocional y las crisis vitales. Esto sucede por 2 motivos. Por un lado, el estrés puede inducir la aparición o el empeoramiento de numerosas enfermedades<sup>6</sup>. Por otra parte, el estrés amplifica, incrementa, las

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eliseo3@gmail.com](mailto:eliseo3@gmail.com) (E. Martínez-García).

preocupaciones sobre síntomas corporales que de otro modo serían ignorados<sup>7</sup>.

Los trastornos psicológicos de los pacientes cobran particular importancia en la dermatología, ya que se estima que aproximadamente el 30% de nuestros pacientes sufren alguna comorbilidad psicológica o psiquiátrica<sup>8</sup>. En algunos casos estas comorbilidades pueden ser leves y no tener relación con el problema dermatológico. Sin embargo, en otros pacientes los síntomas psicológicos son predominantes y condicionan la evolución de su enfermedad cutánea y la eficacia del tratamiento. Los ejemplos son numerosos, entre ellos: el acné exoriado, la tricotilomanía o la onicofagia<sup>9</sup>. La habilidad del dermatólogo para detectar estos trastornos psicológicos ocultos puede ayudar a aliviar el sufrimiento del paciente y a mejorar su pronóstico.

Otro motivo oculto que contribuye a la búsqueda de atención médica es el aislamiento social. Las enfermedades dermatológicas, en parte por su importante impacto visual, pueden causar problemas de autoestima y dificultar la interacción con otras personas<sup>10</sup>. Algunas personas con insuficiente soporte social acuden al dermatólogo en búsqueda de consejo y consuelo, así como para sentir que alguien las cuida y se preocupa por ellas. Esto se debe, en parte, a que incluso las personas con aislamiento social pueden establecer una relación médico-paciente de forma relativamente sencilla. Los pacientes confían en que el médico los verá de forma comprensiva y sin prejuicios, y sus quejas no serán ridiculizadas.

La necesidad de información sobre síntomas es también un importante estímulo para la búsqueda de atención médica. Cuando un síntoma físico no tiene un diagnóstico obvio, una causa aparente ni un mecanismo claro, el paciente puede tener sensación de incertidumbre, ansiedad e impotencia. Ante la ausencia de información clara y fiable, las personas frecuentemente sospechamos que el síntoma pueda estar causado por aquella enfermedad que más tememos<sup>11</sup>. Cuando un paciente se encuentra frente a una amenaza para su salud, como un síntoma o un diagnóstico, construirá activamente modelos cognitivos para comprender el mecanismo de la enfermedad. La representación mental que el paciente tiene de su enfermedad condicionará el modo en que se enfrentará a la misma. Resulta interesante que pacientes con la misma enfermedad pueden tener una percepción distinta de la misma, y esto condicionará las estrategias de afrontamiento y los comportamientos relacionados con la enfermedad, influyendo en factores pronósticos como la adherencia terapéutica<sup>12</sup>. Esto enfatiza el alto valor de revelar el punto de vista del paciente respecto a su enfermedad.

El temor y las preocupaciones también juegan un importante papel en cada visita al dermatólogo. Los pacientes dermatológicos acuden a la consulta con múltiples preocupaciones, entre las cuales se cuentan el temor: al cáncer, a los síntomas y a la persistencia de los mismos, a un posible empeoramiento y a la fealdad<sup>13</sup>. Los pacientes pueden no manifestar abiertamente sus miedos, pero el dermatólogo debe buscarlos de forma activa.

Es normal tener miedo o preocupación ante un problema de salud, pero el miedo irracional y excesivo puede conducir al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión, que pueden ser más peligrosos que el problema original que

los motivó. Los temores del paciente han de ser tenidos en cuenta ya que, de lo contrario, tienden a amplificarse y multiplicarse, bloqueando el proceso terapéutico (los pacientes pueden rechazar tratamientos o pruebas diagnósticas por miedos no fundados)<sup>14</sup>. En muchos casos los temores y las preocupaciones del paciente pueden ser resueltos en una única visita. En los casos más graves, el de los temores fuertemente arraigados y las fobias, puede ser preciso recurrir a terapeutas especializados.

Junto a los temores, uno de los aspectos más importantes de la agenda oculta de los pacientes son sus deseos o, dicho de otro modo, las expectativas que el paciente tiene de la consulta médica. Estas expectativas pueden ser genéricas (por ejemplo: ser escuchado y sentirse atendido) o específicas (la realización de una prueba diagnóstica o un procedimiento concreto). Ciertos pacientes expresan abiertamente sus expectativas desde el primer momento, y a veces formulan sus deseos de un modo que puede resultar incómodo al dermatólogo, solicitando desde el primer momento la realización de pruebas o tratamientos que, dependiendo de la anamnesis y de la exploración, podrían estar indicados o no. Sin embargo, ya sea para bien o para mal, la mayor parte de los pacientes no son tan explícitos, y en algunos casos pueden incluso ser reticentes a expresar qué esperan obtener de su visita al dermatólogo<sup>13</sup>.

La satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria recibida viene determinada por la capacidad del profesional para colmar sus expectativas<sup>15</sup> y, evidentemente, para ello el primer paso ha de ser descubrir cuáles son las expectativas del paciente. Incluso en los casos en que estas expectativas no puedan ser satisfechas por el dermatólogo, su discusión en consulta puede ser beneficiosa, ya que permite explicar al paciente los motivos por los que ese objetivo no puede ser alcanzado, pudiendo originar una discusión productiva a partir de la cual buscar alternativas que puedan resultar satisfactorias para el paciente.

Una vez reconocida la existencia de una agenda oculta (dudas, miedos, temores, expectativas...), el reto para el dermatólogo resulta claro: sacarla a la luz. Lamentablemente, alcanzar este objetivo no es sencillo. La dificultad para explorar la agenda oculta es la mayor parte de las veces atribuida exclusivamente al paciente, que puede ser reticente a compartir sus problemas psicosociales, sus preocupaciones y sus expectativas con el médico. La comunicación de ciertos síntomas puede ser embarazosa para los pacientes, lo que puede hacer que retrasen mencionarlos o no los mencionen en absoluto. Sin embargo, y reconocidas estas dificultades, la actitud del dermatólogo y una buena comunicación médico-paciente son la base fundamental para desgranar los motivos (no aparentes en un primer momento) por los que el paciente solicita ayuda<sup>16</sup>.

No existe una guía que establezca de forma clara la metodología para conocer la agenda oculta de nuestros pacientes. Sin embargo, disponemos de estrategias que pueden ser beneficiosas para este fin. El primer paso es escuchar a nuestros pacientes, y hacerlo de manera activa.

Los médicos interrumpimos el relato inicial de nuestros pacientes tras una media de 23 segundos<sup>17</sup>. Normalmente, tras la primera consulta o preocupación que manifiesta el paciente tendemos a redirigir la conversación, centrandolo en la anamnesis y la exploración en este problema. Esta forma de

actuar, en la que el médico toma el protagonismo, dificulta conocer la agenda oculta del paciente, que en esta situación adopta un papel pasivo. Una vez interrumpido, el paciente rara vez completará su relato inicial.

Los motivos que llevan al dermatólogo a interrumpir precozmente al paciente, lanzándose a la búsqueda de síntomas o signos clave, son bien conocidos por todos nosotros. El tiempo establecido para cada consulta es ajustado, por lo que dirigimos al paciente por el camino que, entendemos, será más productivo para conocer y resolver sus síntomas. Sin embargo, existen buenas razones por las que considerar un abordaje alternativo.

Cuando al paciente no es interrumpido, completa su relato sobre el motivo de consulta tras 28 segundos (solo 5 segundos más que cuando son interrumpidos), y mientras más tiempo habla el paciente, más preocupaciones y temores son puestos sobre la mesa<sup>17</sup>. Tendemos a asumir que el paciente mencionará primero el problema más importante o más molesto, pero muchas veces no es así<sup>18</sup>. Si nos centramos inmediatamente en la exploración del primer problema que menciona el paciente, corremos el riesgo de encontrarnos con que el resto de problemas afloran al final de la consulta en forma del temido «pues ya que...». Favorecer que los pacientes expongan sus ideas, preocupaciones y expectativas no consume necesariamente más tiempo. El problema es precisamente el contrario: la falta de comprensión mutua entre el dermatólogo y el paciente dificulta establecer objetivos comunes para la consulta y, por tanto, genera una relación médico-paciente improductiva que acaba requiriendo más tiempo<sup>19</sup>.

Los cuestionarios pre-consulta pueden ser de gran ayuda a la hora de explorar la agenda oculta del paciente<sup>13</sup>. En nuestro grupo de investigación hemos usado estos cuestionarios pre-consulta y nuestros resultados, actualmente en trámite de publicación, apoyan su uso como un método costo-efectivo para favorecer la comunicación dermatólogo-paciente. Además, estos cuestionarios promueven que los pacientes adopten una posición activa y les ayudan a poner en orden sus ideas.

En algunos casos el paciente puede tener dolencias, preocupaciones o expectativas inabarcables en el tiempo preestablecido para la consulta. En tal caso, es conveniente negociar con el paciente para, conjuntamente, decidir en qué problema centrarnos en ese momento, proponiendo si lo precisa programar otra cita para valorar de forma apropiada el resto de las cuestiones.

Al preguntar a los pacientes sobre sus principales quejas respecto a sus médicos, lo que más destacan es su incapacidad para escucharles y/o comprenderles. Las personas prefieren ser atendidas por médicos que sepan escuchar, aconsejar y educar. Es por ello que al recibir a un paciente hemos de entender como uno de nuestros principales objetivos desvelar su agenda oculta, escuchar de forma activa y hacer ver al paciente que hemos comprendido sus preocupaciones. Además, este tipo de atención por parte del médico contribuye a obtener mejores resultados clínicos y una mayor adherencia terapéutica<sup>20</sup>.

## Bibliografía

1. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med.* 1981;94:492-8.
2. Nijsten T, Rombouts S, Lambert J. Acne is prevalent but use of its treatments is infrequent among adolescents from the general population. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2006;21:163-8.
3. Smithard A, Glazebrook C, Williams HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: A community-based study. *Br J Dermatol.* 2001;145:274-9.
4. Hald M, Berg ND, Elberling J, Johansen JD. Medical consultations in relation to severity of hand eczema in the general population. *Br J Dermatol.* 2008;158:773-7.
5. Dalgard F, Svensson Å, Holm Ø, Sundby J. Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study. 2004;151:452-7.
6. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA.* 2007;298:1685-7.
7. Koopmans GT, Lamers LM. Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med.* 2007;64:1216-30.
8. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4:833-42.
9. Escalas J, Guerra A, Rodríguez-Cerdeira MC. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:485-94.
10. Kouris A, Platsidaki E, Christodoulou C, Efstathiou V, Dessinioti C, Tzanetakou V, et al. Quality of life and psychosocial implications in patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatology.* 2016;232:687-91.
11. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DS. Illness representations and coping with health threats. En: Baum A, Singer JE, editores. *Handbook of Psychology and Health.* New York: Erlbaum; 1984. p. 221-52.
12. Keith PJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med.* 2006;6:536-9.
13. Ahmad K, Ramsay B. Patients' fears and expectations: Exploring the hidden agenda in our consultation. *Arch Dermatol.* 2009;145:722-3.
14. Leventhal HBY, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal E, Patrick-Miller L, Robitaille C. Illness representations: Theoretical foundations. En: Petrie KJ, Weinman J, editores. *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications.* Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 19-45.
15. Sorenson E, Malakouti M, Brown G, Koo J. Enhancing patient satisfaction in dermatology. *Am J Clin Dermatol.* 2015;16:1-4.
16. Robinson JD. Closing medical encounters: Two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Soc Sci Med.* 2001;53:639-56.
17. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *JAMA.* 1999;281:283-7.
18. Burack RC, Carpenter RR. The predictive value of the presenting complaint. *J Fam Pract.* 1983;16:749-54.
19. Baker LH, O'connell D, Platt FW. "What else?" Setting the agenda for the clinical interview. *Ann Intern Med.* 2005;143:766-70.
20. Cutica I, Vie GM, Pravettoni G. Personalised medicine: The cognitive side of patients. *Eur J Intern Med.* 2014;25:685-8.