

Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía



Francesc Borrell i Carrió

EAP Gavarra. Institut Català de la Salut. Cornellà. Barcelona. España.

La relación asistencial, la que establecemos con nuestros pacientes, es la relación más valorada por los ciudadanos, si excluimos el núcleo familiar¹. También lo es para el médico^{2,3}. El propósito de estas líneas es reflexionar sobre algunas emociones disfuncionales que surgen en la consulta diaria, con el propósito de erradicar algunos malos hábitos que transmitimos de generación en generación de médicos. Y para ello vamos a imaginarnos a un médico, su paciente y un estudiante de medicina en el escenario cotidiano de una consulta.

La paciente manifiesta muchos dolores («me duelen los brazos, las piernas, la espalda»), a lo que el médico apunta con ironía: «Y la punta de la lengua, ¿no le duele también?». La paciente prosigue su aparatosa relación de desperfectos, tras lo cual el médico vuelve a apostillar con una sonrisa: «Lo que más me extraña de su caso es que se llame usted María, y no Dolores». La paciente protesta: «Usted no sabe lo que es encontrarse tan inválida como yo me encuentro», a lo que el médico replica: «¡Qué exagerada es usted!». Cuando la paciente abandona la consulta, tutor y estudiante se sonríen de manera cómplice.

¿Qué ha ocurrido en esta breve escena? El médico ha sustituido la tensión de un diagnóstico y de una tarea educativa por la minusvaloración de los síntomas y un tono de burla. Con su sonrisa final viene a decirle al estudiante: «Ya ves cuánta exageración». El estudiante, por su parte, experimenta durante el diálogo una suerte de emoción agrídulce. Por un lado se divierte, por otro no entiende las quejas de la paciente, y eso le intranquiliza. Sin embargo, en su posición de aprendiz, le toca ser amigo y confidente del tutor, y en esta posición percibe dos cosas: a) que la estrategia adoptada por su tutor le ha permitido mantener un perfecto control de la entrevista, y b) que gracias al uso de la broma ha descargado la ansiedad que la paciente les transmitía.

El uso del buen humor y la broma realizada con el paciente, no a expensas del paciente, tiene un efecto higiénico y positivo sobre la relación asistencial⁴. Sin embargo, la burla del paciente, a veces realizada de manera casi inaparente, señala no sólo una distancia emocional con éste y su sufrimiento, sino un auténtico abismo. La tesis que vamos a defender es que estos matices traducen una falta de compromiso del clínico con el sufrimiento de los pacientes, con la consiguiente erosión de nuestro capital más apreciado: la confianza del paciente. En las líneas que siguen analizaremos esta calidad dispática de la relación, en oposición a la calidad empática.

Se entiende por empatía el ponerse en el lugar del otro (en este caso, del paciente que sufre) y manifestarlo («entiendo cómo se encuentra»). Se ha contrapuesto esta actitud a la mera frialdad (no reconocer las señales que nos envía el pa-

ciente para que reconozcamos su sufrimiento)⁵⁻⁷. Sin embargo, poco se ha dicho sobre la respuesta dispática. La dispatía consiste en reconocer el sufrimiento del paciente pero enjuiciarlo de tal manera que denigramos su imagen o su autoestima. Presuponer intenciones o ganancias (p. ej. «usted lo que quiere es la baja laboral»), reprender por lo que siente («ya está bien de ser tan quejica») o la burla son formas dispáticas que a veces pueden realizarse de manera tan inaparente que pasen casi inadvertidas para el propio paciente. No por ello dejan de erosionar la relación asistencial y, sobre todo, crean un hábito emocional peligroso en el médico.

De los varios tipos de respuestas dispáticas nos interesa aquí la que llamamos posición cínica del entrevistador. Definiremos cinismo como una distancia permanente con nuestros (y vuestros) sentimientos mediante una estrategia de burla. Cínica es la persona que no se toma nada en serio, ni siquiera su propio dolor. Establezcamos de inmediato una distinción: es distinto adoptar una posición cínica ahora y aquí (en el caso analizado más arriba, cuando un paciente nos inunda con sus quejas) de adoptar el cinismo como filosofía de vida. Un cínico de prosapia generaliza este tipo de distanciamiento a sus relaciones cotidianas. ¿Es la posición cínica —que no cinismo— una respuesta emocional frecuente entre los médicos? Por desgracia estos matices no entran en los estudios epidemiológicos, pero valga la hipótesis de que es una respuesta posible ante un sufrimiento que no entendemos, nos irrita y calificamos de exagerado o sin fundamento orgánico.

Los médicos recibimos el impacto cotidiano de tanto sufrimiento humano con tan poca formación para responder a él que buscamos defensas de todo tipo. En las facultades nos han enseñado a dudar de todo...¿por qué no relativizar también el sufrimiento mismo, sobre todo si no le encontramos un fundamento orgánico? ¿No será que los pacientes exageran mucho? En este punto el médico aprende a contemplar el mundo desde la barrera y, si tiene sentido del humor y flaquea en la virtud del respeto, encontrará justificaciones para aligerar sus propias ansiedades mediante la burla. Es así como nace una actitud cínica acotada al acto asistencial, una actitud que, por lo general, no impregna toda la vida del facultativo. Pero no por ello es menos grave. Cuando este tono emocional lo ejerce una persona con liderazgo, pongamos un jefe de servicio, hay un proceso de imitación colectiva, una manera de afrontar el sufrimiento humano desde la distancia burlesca —o de menosprecio— que crea escuela. En términos humanistas se produce entonces una auténtica (e inaparente) catástrofe.

No vayamos en este punto a confundir al cínico con el escéptico. El buen escéptico duda de todo sin renunciar a la verdad de sus sentimientos. Ésta es la frontera con el cinismo. Un clínico que sabe ser escéptico —y todo buen clínico debería aprenderlo— no pondrá en duda la importancia de su trabajo, el compromiso que el médico debe establecer con el sufrimiento de sus congéneres y en alguna medida se permitirá sufrir con el paciente. Incluso en el peor de los

Correspondencia: Dr. F. Borrell i Carrió.
CAP La Gavarra. Bellaterra, 39-41.
08940 Cornellà. Barcelona. España.

Recibido el 1-10-2003; aceptado para su publicación el 25-10-2003.

casos, cuando el médico sospecha que está frente a un paciente simulador, no dejará de considerarlo paciente. El buen escéptico puede dudar de todo, pero es consecuente con los valores éticos que se ha dado.

El lector puede preguntarse en este punto: entonces ¿cuál es la respuesta correcta ante esta repentina inundación de quejas que a veces padecemos de pacientes que no tienen acreditada una enfermedad importante (u orgánica)? Pues básicamente la misma que daríamos a un paciente que sí tuviera acreditada una enfermedad concreta. Pensemos por un momento en el caso del paciente hiperalgésico, y más concretamente en el paciente fibromiálgico. Hace unos años posiblemente recibía de algunos médicos esta calidad dispática, esta relativización de su sufrimiento. Ahora se ha ganado la condición de enfermo y pocas cosas han cambiado. Tal vez sabemos abordar un poco mejor su padecimiento (sólo un poco), pero lo que de verdad ha cambiado es que los médicos hemos sustituido la respuesta dispática por una respuesta empática. Traslademos la lección a los muchos pacientes que nos inundan con sus quejas y que no «tienen nada». En realidad estos pacientes ponen de manifiesto la limitada comprensión que los médicos aún tenemos del sufrimiento humano. Nada más fácil que calificarlos de «quejicas»; sin embargo, ni que sea por modestia o por prudencia, no nos deberíamos creer en el derecho de relativizar su sufrimiento, y menos desde la distancia cínica. No debe deducirse de ello que el médico no deba de vez en cuando confrontar una conducta histriónica, pero debe hacerlo como una intervención terapéutica más, con unas técnicas concretas y un enmarque de entrevista apropiados. Es muy distinto decir «estos dolores que tiene son los normales para el grado de artrosis que tiene» con un tono de burla o con un tono reflexivo e incluso empático.

Una última reflexión para los médicos que tenemos responsabilidades docentes. Bien pudiera ocurrir que un médico responsable y sinceramente preocupado por sus pacientes transmitiera a los estudiantes que le rodean una impresión de distancia y frivolidad con el sufrimiento del paciente. En tales casos suele ocurrir que más que cinismo hay inseguridad. El médico relativiza la situación clínica para dar a entender al estudiante que controla la situación. Comentarios del tipo «los pacientes no saben lo que quieren», «siempre con más exigencias», «otro quejica», entre otros, ponen de relieve esta actitud defensiva, y deberían evitarse. Son co-

mentarios que hacen un diagnóstico peligroso e inexacto de nuestros consultantes, y expresan de hecho una estrategia de minusvaloración hacia su sufrimiento. Tienen además el peligro de trazar un ideal de paciente estoico, portador de una enfermedad interesante, y siempre dispuesto a complacer las expectativas del galeno. Por desgracia, este buen paciente no suele existir, ni tenemos derecho a pedir que exista⁸. Lo más trágico es que el propio médico que hace estos comentarios no suele creer en ellos de manera profunda. No ha descubierto la razón oculta que le mueve a ello, y que no es otra que el miedo a contagiarse del sufrimiento ajeno. Ha descubierto que haciendo broma conjura sus tensiones, pero no se percató del precio que paga por ello y hasta qué punto es un hábito que enseña al estudiante. Hay que acabar decididamente con estos comentarios burlescos que a veces hacemos a los estudiantes cuando el paciente sale de la consulta. Como antídoto a esta enfermedad emocional, nada mejor que dar carta de normalidad a nuestras dudas, bajarnos del pedestal y decir al estudiante que en ningún caso tenemos derecho a juzgar la veracidad del sufrimiento ajeno. El buen clínico no es el que siempre sabe, sino el que admite que a veces duda o se equivoca, el que se permite sufrir y se deja tocar por la preocupación genuina hacia un paciente, sin por ello caer en el descontrol. Por lo general ésta es la actitud de los mejores clínicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pincock S. Patients put their relationship with their doctors as second only to that with their families. *BMJ* 2003;327:581.
2. Brammer LM. The helping relationship. New Jersey: Process and skills. Prentice-Hall Int, 1985.
3. García Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca LG. La empatía, quitancia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc)* 1995;1:27-30.
4. Tizón García J. El humor en la relación asistencial y en la entrevista (I): introducción a la psicología del humor y la comicidad. *Formación Médica Continuada* 2001;8:390-403. El humor en la relación asistencial y en la entrevista (II). El sentido del humor en la atención primaria de salud. *Formación Médica Continuada* 2001;8:390-403.
5. Borrell F. ¿Empatía o simpatía? Reflexiones desde la cultura del pudor. *Jano* 2003;64:1368-9.
6. Bennet MJ. Overcoming the golden rule: sympathy and empathy. En: Bennet MJ, editor. Basic concepts of intercultural communications. Maine: Intercultural Press, 1998.
7. Suchmann AL, Markakis K, Beckmann HB, Frankl R. A model of empathic communication in medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82.
8. Borrell F, Moretó J, González-Casanovas JC, Monés J. Es vosté un «bon pacient»? *Annals de Medicina* 2001;84:107-9.