La relación médico paciente en un mundo cambiante

Francesc Borrell i Carrió

Doctor en Medicina. Equipo de Atención Primaria Gavarra, Institut Català de la Salut, Cornellà de Llobregat (Barcelona).

PUNTOS DE PARTIDA PARA UN ANÁLISIS

La relación asistencial, y de manera más concreta, la relación médico-paciente, es una de esas relaciones que el ser humano siempre tiene por importantes. Cada persona busca lo mejor para sí misma, y la elección (o mero encuentro) de un médico pediatra, de familia y de otras especialidades, será sin duda trascendente. Una relación satisfactoria será una relación presidida por la honestidad, la confianza y la mutua satisfacción[1]. Ahora bien, la satisfacción tiene un componente técnico indudable. Si no solucionamos el problema del paciente, o al menos lo aliviamos, es probable que el paciente busque a otro médico.

La relación asistencial es una relación social de tipo "profesional", y como tal sujeta a los avatares y a la evolución de la propia sociedad. Se trata de una relación compleja, en la que coexisten elementos técnicos, humanos y socio-grupales, una relación que puede ser puntual o puede alargarse durante años. Demasiadas veces esta relación ha sido analizada con pretensiones proféticas, o moralizantes, o con tintes maniqueos, contexto en el que forzosamente aparecen "buenos y malos". Estos enfoques han lastrado la aplicación del método científico en esta área, dando lugar a modelos en los que se confundía el discurso de integridad profesional con el análisis de la realidad. Considérense, por ejemplo, los muchos modelos que se han realizado tomando como paradigma el paternalismo médico, cuando este término sólo alcanza a describir una pequeña parte de la conducta del profesional. O, en el otro extremo, el modelo centrado en el paciente. Ambos pueden ser útiles como referentes educacionales, pero pueden esconder una gran dosis de simplificación.

También ha dado lugar a enfoques antropológicos y sociológicos, que en el fondo llevaban una carga política de "derribo del poder médico", sin percatarse de la enorme complejidad del fenómeno que trataban de analizar. El antropólogo que en sus textos critica con pasión el abuso de poder del médico, cae seducido con igual intensidad ante un pediatra que resuelve la otitis de su bebé. El gestor sanitario que interpreta en clave económica cierta crisis de confianza (por ejemplo: "los médicos piden muchas pruebas complementarias para ahorrarse hablar más con el paciente"), no duda, sin embargo, en pedir para sí mismo o para sus familiares estas mismas pruebas complementarias. El sociólogo que trata de "recolocar" al médico como mero agente social al servicio de unos ciudadanos autónomos, no se percata de que la omnipotencia que en apariencia se atribuye el médico no es por gusto al poder, sino muchas veces forzado por la propia sociedad, o como una respuesta necesaria a demandas de sus pacientes.

Estamos hablando por consiguiente de un fenómeno trascendente en la vida de cada ser humano y de la colectividad, tan próximo a su epidermis que resiste un acercamiento desapasionado. ¿Cuál será nuestro punto de mira? Definamos las ideas fuertes que presidirán nuestro acercamiento al tema.

a) La relación asistencial tiene dos componentes siempre presentes, el humano y el técnico. Estos componentes se entrelazan con mayor o menor importancia, pero cualquier análisis que ignore uno de los polos es reduccionista. Enfoques reduccionistas son habituales en el campo de la comunicación (ignorando el esfuerzo diagnóstico que realiza el clínico en el acto asistencial), y en el campo clínico (ignorando el aspecto de encuentro social que también tiene la entrevista).

b) La relación asistencial se produce sobre un campo de batalla de tintes dramáticos y ocasionalmente trágicos: la salud y la muerte de cada persona. El ser humano aplica todas las estrategias a su alcance para preservar su salud, y por consiguiente realiza constantes atribuciones sobre la bondad o maldad de las actuaciones profesionales. Estamos pisando arenas movedizas, y no puede extrañarnos que la profesión médica haya desarrollado diferentes estrategias para blindarse frente a las iras de los clientes insatisfechos. Podemos dividir estas estrategias en dos tipos: uso del pensamiento racional y uso del pensamiento mágico. La relación asistencial se halla en cualquier circunstancia histórica atravesada por ambos componentes, racional y mágico.

c) La relación asistencial es una relación de transacción, en la que siempre se intercambian productos. A unos servicios profesionales sucede un pago, a un interés del profesional por los problemas del paciente, le sucede un agradecimiento. La confianza -más que la satisfacción- del paciente es el rédito final al que aspiramos los profesionales.

d) La relación asistencial se produce a veces en el marco de una entrevista clínica, pero siempre en el marco de un encuentro entre dos personas. Todo encuentro es un choque de poderes, situación en la que una parte debe legitimarse para tomar las riendas de una situación. Esta parte que debe legitimarse es el médico, y la situación que debe dirigir es la situación clínica. Pero esta aparente asimetría de poder no debiera hacernos olvidar que el paciente también tiene y maneja mucho poder, como mostramos en la tabla 1.

EL COMPONENTE SOCIAL Y HUMANO DE LA RELACIÓN

Los retos del joven profesional

El estudio de las interacciones sociales ayuda a una comprensión más profunda de lo que ocurre en los encuentros clínicos. Nuestra línea de trabajo pone el énfasis en el análisis de las tensiones que experimentan los protagonistas del acto comunicativo. Para ilustrar este aspecto imaginemos a Mercedes, una residente de primer año, en un día cualquiera de trabajo. Nos interesan de manera particular las dificultades del aprendiz porque de estas dificultades derivan hábitos de trabajo y de relación que lastran o facilitan la tarea diaria.

Situémonos al lado de Mercedes como invisibles observadores. He aquí que algunos pacientes le comentan: "¡Uy!, ¡qué jovencita es usted!". Este comentario en apariencia no le preocupa a Mercedes. Sin embargo, si pudiéramos realizar en este instante lo que

TABLA 1. **EQUILIBRIO DE PODERES ENTRE MÉDICO Y PACIENTE**

AUMENTA EL PODER DEL MÉDICO	AUMENTA EL PODER DEL PACIENTE
No tener competidores	Poder escoger
Tener mucho prestigio	Capacidad para reclamar o denunciar o desprestigiar
Cobrar salario fijo	Pagar por acto médico
Tener la plaza en propiedad	Ser "de la profesión" o de la misma empresa ("colegas")
Ser paso obligado para obtener prestaciones	Clase socioeconómica alta
Capacidad persuasiva Capacidad de influencia	Rol social dominante

J. A. Marina llama "emociograma"[2], una radiografía de las reacciones más profundas nacidas en el interior de Mercedes, podríamos detectar una sudación profusa en su epidermis, una leve contracción muscular, un pensamiento rapídisimo: "¡será cretino!"; otro pensamiento que contrabalancea:"no le hagas caso, tú a lo tuyo".

Varios comentarios con mejor o peor fortuna en este día de trabajo insisten en la misma línea ("qué jovencita es usted"), y Mercedes piensa: "tengo cara de niña, de eso no cabe duda". El comentario empieza a ser relevante, e incluso más, empieza a moldear la imagen que tiene Mercedes de sí misma. Nos formamos una imagen propia (un "yo" frente a los demás), a partir de breves, brevísimos comentarios de este tipo y, por supuesto, de otros factores. Importa destacar que, en todo caso, la imagen que tenemos de nosotros mismos se comporta como un "valor". Si todo el mundo se empeña en valorarnos poco y mal, acabaremos creyendo que valemos poco o nada. La seguridad en uno mismo entronca con la autoestima.

Ahora bien, Mercedes ya tiene cierta imagen de sí misma, porque Mercedes tiene un ámbito familiar y social donde se ha construido ***y se re-construye*** cada día. Se sabe atractiva o poco atractiva, lista o perezosa, etc., y tiene estrategias para contra-restar las críticas, observaciones y atribuciones que no encajan con lo que ella espera. Cuando ella misma se decía: "no le hagas caso, tu a lo tuyo", aplicaba una de estas estrategias. Observe el lector que la seguridad en uno mismo es precisamente el caso que hacemos a esta voz interior que contra-balancea comentarios negativos de la gente. Influye mucho en la auto-estima y en la seguridad, lo que Julián Marías llamaba "saturación" vital[3], es decir, hasta qué punto Mercedes tiene relaciones de calidad en su familia, entre sus amigos, etc. Porque no olvidemos que la voz que le dice: "no le hagas caso, tu a lo tuyo", no es propiamente su voz; es también la voz de su madre, o de un amigo importante, que le da confianza. Nuestros diálogos interiores expresan esta saturación, y toda la riqueza de nuestras relaciones más significativas. Observe el lector avispado el doble valor de una relación significativa: por un lado, los buenos consejos o la buena estima que aporta, pero también como hábito de conferir importancia a un vínculo. A la persona sin autoestima no le basta un coro de amigos que alaben su conducta, tiene además que conferir valor a este coro de amigos, valorar a quien te valora en positivo.

Un profesional inseguro de sí mismo es un profesional que está atento a las calificaciones negativas de los demás, y cuando las recibe se siente herido. Es un profesional que puede notar la mirada escrutadora del paciente ("¿por qué me mira así?; ¿acaso piensa que hago las cosas mal?"), o que ante un comentario crítico llega a pensar "soy un desastre". Hay un abanico amplio de sensibilidades a este respecto, pero interesa detectar a los residentes con este miedo escénico. Un ejercicio que les proponemos con éxito es el llamado "rostro por dentro". Consiste en inhibir este reflejo de pensar "¿cómo me estará viendo el paciente?", para centrar la atención en los contenidos del acto asistencial (el lector encontrará una descripción de este ejercicio en la referencia bibliográfica 4).

La seguridad e inseguridad es la primera gran prueba que deberá superar Mercedes. Algunos profesionales lo hacen a trancas y barrancas. Una forma de poner paños calientes es blindarse a las críticas. "Ya que los comentarios me hieren, no haré caso a ninguno más". Una segunda manera es adoptar un aire petulante, al estilo del Dr. House, un aire petulante, sea dicho de paso, con los "inferiores" (colegas o pacientes) que contrasta demasiadas veces con un estilo servil hacia los de "arriba". ¡Cuánto cuesta encontrar un punto de equilibrio! En parte ello se debe a que solemos confundir tener seguridad con "hacernos un prestigio". A mayor seguridad parecería que se corresponde mayor prestigio en el equipo o grupo profesional. Una tercera estrategia es el manejo de la culpa, una estrategia por cierto peligrosa, pues carga la relación asistencial con números rojos. El paciente devolverá el capital de culpa con la misma moneda: atribuyendo a la acción del profesional todo lo malo que le va a pasar (¡y a todo el mundo le suceden cosas malas!). Y no lo duden, devolverá toda la culpa recibida y además con intereses, porque en una relación de esta naturaleza el médico no da placebos, da nocebos.

A la seguridad interna le sucede la externa, aunque no de manera automática. A esa manera de actuar "segura", le llamamos asertiva. El término suele definirse como "saber lo que el profesional se lleva entre manos", pero también a una manera de reaccionar ante las dificultades serena y con conocimiento del terreno, equidistante por igual de la pasividad y de la irritación o agresividad. Mercedes tiene un buen capital de seguridad interna, pero prefiere mostrarse algo insegura a nivel externo, para concitar cierta protección de los adjuntos y residentes de más antigüedad. Esta punta de fragilidad tal vez la inhabilita para luchar por cierto liderazgo en la jerarquía propia de los residentes, pero Mercedes no desea este tipo de liderazgo.

Ahora bien, Mercedes se ha dado cuenta enseguida de que esta punta de inseguridad perjudica este momento crucial que es la resolución de la entrevista clínica. La mayor parte de las entrevistas clínicas tienen una parte exploratoria, mediante la que averiguamos datos, y una parte resolutiva, en la que es el profesional quien expone un diagnóstico y un tratamiento. Si en la primera parte la cordialidad y la atención del clínico son las virtudes más valoradas, en la resolución de la entrevista será la asertividad. Imagínese los efectos catastróficos que puede tener decirle al paciente, "bueno, no sé, posiblemente, ejem, usted yo creo que no tiene más que un resfriado banal, sí, o un poco de bronquitis, pero no creo, no". Por esta razón, Mercedes aprende rápidamente a neutralizar toda muestra de inseguridad en esta fase de la entrevista.

Hemos dicho que existe un equilibrio entre seguridad interna y externa. Pues bien, cuando tenemos dudas diagnósticas, la inseguridad interna tiene cierta repercusión sobre

nuestra manera de comunicar, ¡y el paciente lo nota! Algunos profesionales pueden ser opacos a la mirada escrutadora e inteligente de los pacientes, pero serán relativamente pocos. Digamos de paso que tampoco es malo que esta inseguridad aflore, porque es un indicador de alarma al que tiene derecho el paciente (sobre todo el paciente de mirada escrutadora e inteligente). Lo ideal sería que ofreciéramos externamente la seguridad que pudiera corresponder objetivamente a nuestra manera habitual de actuar. Pero ahora nos interesa otro aspecto; nos interesa el hecho de que Mercedes no tiene nada de opaca, todo lo contrario, es transparente como un cristal. ¿Qué la hace tan transparente? Domina los aspectos más obvios de la comunicación interpersonal, tiene cierta idea de la imagen que ofrece, pero no es consciente del valor del paralenguaje. El paralenguaje -entonación, tono, timbre de la voz- es la última frontera en el aprendizaje de habilidades sociales.

Cada profesión tiene una manera de "cantar" las palabras. Compare usted por un momento el paralenguaje de un cura con el paralenguaje de un locutor de radio o de televisión. Son profesiones basadas en la palabra. No es el caso del médico (o al menos eso piensa el médico), y por ello su atención está más centrada en los términos del lenguaje, en lo que dice. En sus años de facultad habrá aprendido un volumen importante de nuevos términos, pero ni una sola palabra acerca del paralenguaje. Por ello un porcentaje importante de médicos mostrará su cansancio, su irritación o su prisa a través del paralenguaje, en lo que podríamos llamar ***un uso ingenuo del paralenguaje***. Muchos contenidos relacionales, muchas transacciones emocionales operan a este nivel, y por ello un análisis basado en transcripciones literales perdería un volumen considerable del contenido real de una entrevista.

Pero la mirada escrutadora e inteligente prosigue, y en pocos minutos de relación observa la bata de Mercedes, el pelo, los arreglos femeninos, la manera de moverse, la cortesía (y cordialidad)... Sólo hay una primera oportunidad para causar una buena primera impresión. Y esta primera impresión quedará ahí por mucho tiempo.

El paciente anota en esta primera entrevista el grado de cordialidad del profesional, pero no adivinará nuestro "tono" habitual de cordialidad hasta mantener varias entrevistas. Ocurre que no todo el mundo es igual de cordial, y la ausencia de toda cordialidad es ciertamente penosa. Cuando trabajamos muy cansados -o enfermos-, la cordialidad se evapora. El paciente se esfuerza por sonreír y mantener contacto visual-facial, pero el profesional no le corresponde. Sin duda es una nota negativa en la relación, pero más importante que esta impresión de cordialidad será el "tono" de cordialidad, la conducta habitual de cordialidad. El paciente no desea una gran efusividad, pero sí desea que el profesional no sea lunático, esto es, que no tenga bruscas oscilaciones en su cordialidad. Y también estará muy alerta a los cambios de cordialidad, porque indican un cambio significativo en el Libro de Contabilidad de la relación.

¿Hemos dicho "Libro de Contabilidad"? En efecto, toda relación humana que persiste a lo largo del tiempo tiene algo así como un libro de contabilidad, con su debe y su haber. En el caso de un médico con escasa o nula continuidad asistencial, ese aspecto de la relación es casi insignificante, pero en el caso de un médico de familia a lo largo de su desarrollo profesional cobra una fuerza inusitada. Para proceder a su análisis debemos cambiar de protagonista.

Los retos del profesional maduro

Sonia es la tutora de Mercedes. Es una médico de familia con dos hijos pequeños, de 37 años, y unos 10 de experiencia profesional. Sonia es muy asertiva, a veces incluso excesivamente franca en sus comentarios. Cree estar bien formada, y en realidad ha destinado muchos esfuerzos a ello. Disfruta de su trabajo y disfruta relacionándose con los pacientes. Le interesa la manera que tiene la gente de vivir, y compara la forma que ella tiene de afrontar los problemas diarios con la forma en que lo hacen los pacientes. A veces se le escapan críticas muy directas: "¿pero no ves que te comes el coco por nada?". Lejos de incomodar al paciente, el paciente se lo agradece. Sonia tiene popularidad por su franqueza, sentido común y acierto diagnóstico.

Hoy encontramos a Sonia algo disgustada. Le acaban de notificar el fallecimiento de una paciente anciana, a la que últimamente dispensaba muchos cuidados domiciliarios. Por un lado la noticia le causó cierta pena, y por otro cierto alivio, pues ya no tendría que ir un par de veces en semana a verla, confortarla y afrontar una diversidad de problemas extra-médicos. En realidad, la causa de su disgusto no es tanto la pena del fallecimiento (está muy acostumbrada a este tipo de eventos), como el hecho de detectar este alivio. "Es una tontería, concluye, porque a fin de cuentas es natural que me sienta aliviada; es una carga menos en un cupo saturado de pacientes complejos, y además he hecho lo que tenía que hacer, no tengo nada que reprocharme".

La anécdota ilustra uno de los fundamentos en la manera de pensar de Sonia: ***sólo merece la pena reflexionar sobre aquellos temas de los que pueda derivarse una manera de actuar distinta a la que tiene por habitual.*** Si ya adivina, de entrada, que a nada conduce un debate, o un esfuerzo diagnóstico, decidirá aprovechar el tiempo en otros menesteres. Este principio abarca todas las esferas de su vida, profesional y personal. Pero no deduzca el lector que le falta "alma" cuando está frente al paciente que sufre. Ella nos diría: "antes me volcaba más, al menos en apariencia. Ahora me las veo venir, pero el paciente sabe que puede contar conmigo". El sufrimiento de los pacientes le merece un gran respeto, aunque a veces tiene cierta intolerancia hacia personas que se quejan por todo y que no saben lo que de veras es sufrir. Sonia añade: "Los pacientes me quieren porque saben que tienen un aliado dentro de la Seguridad Social, ¿le parece poco?".

No, no es poco. Muchos pacientes se sienten en deuda: "me cazó una pulmonía que no me habían detectado en el hospital"; "gracias a ella estoy operado, porque si no aún estaría en la lista de espera"; "me viene a casa siempre que se lo pido, y viene ella ¡eh!, no manda a un jovencito". Sonia percibe perfectamente qué pacientes "le tienen fe" y cuáles sencillamente "vienen porque algún médico tienen que tener". Y nota los matices entre estos extremos: pacientes que una vez le tuvieron fe, pero que en algún aspecto han quedado defraudados, pacientes que no tienen ninguna opinión acerca de ella, pero a los que ha llegado "cierto rumor de fondo positivo", o al revés, pacientes influidos por alguna que otra habladuría... Sin que Sonia lo sepa, este es el Libro de Contabilidad de su consulta.

Sonia tampoco sabe cuál es su estilo de relación con los pacientes. Si algunos expertos en bioética la vieran pasar visita el lunes a última hora, dirían: "sin duda tiene un estilo

directivo y paternalista"; pero viéndola el viernes a primera hora exclamarían: "tiene un estilo participativo y centrado en el paciente". Y si le preguntáramos a Sonia por su estilo puede que nos dijera: "no tengo estilo, hago lo que puedo para solucionar los problemas de los pacientes con el escaso tiempo de que dispongo". Una respuesta en apariencia poco académica y que, sin embargo, contiene mucha teoría.

En efecto, cargada de teoría porque Sonia se adapta a su entorno para conseguir un fin muy claro: solucionar problemas. ¿Quiere decir que Sonia prioriza el resultado del acto asistencial sobre el proceso de comunicación? En efecto, y aquí reside una de las claves del desencuentro de los "comunicólogos" con el profesional médico. Hemos insistido hasta la saciedad en que el acto asistencial debe ser analizado como un acto unitario técnico y humano, y que si ignoramos una de las facetas perdemos irremisiblemente el contenido profundo del fenómeno. Consecuentes con esta premisa, más adelante abordaremos los aspectos técnicos de la relación, pero sin olvidar que están presentes en cada momento del acto asistencial. Pero avancemos ahora un hecho de gran importancia: el médico puede en apariencia tener un estilo "centrado en el paciente", y en realidad estar perdido en una maraña de conversaciones que a nada conducen. Sería el caso de un paciente bipolar en fase hipomaníaca, inteligente y capaz de "explicar" en términos corporales su malestar psicológico. Sólo la actitud semiológica será capaz de ver "algo más que palabras" en la fluencia verbal inundadora del paciente. En estas y otras circunstancias el médico puede aparentemente estar "centrado en la enfermedad", pero el acto asistencial en su conjunto está perfectamente centrado -como contenido último- en las necesidades profundas del paciente, porque el paciente no viene sólo a conversar con el médico, viene para que le solventemos un problema de salud. Por fortuna, ningún médico sensato sigue al pie de la letra el aforismo tantas veces repetido de que "más vale conocer al paciente que a la enfermedad". Hay que conocer a ambos y cada momento de la relación tiene sus prioridades. Pero la premisa no es centrarse en el paciente o en la enfermedad, sino adaptarse a una situación clínica para ayudar al paciente.

Acordemos, por consiguiente, que Sonia tiene un estilo adaptable a las necesidades relacionales y clínicas de cada paciente, y adaptable también a las condiciones del entorno, sobre todo a la presión asistencial, es decir, al tiempo medio disponible por paciente. He aquí otro parámetro que ha sido ninguneado en los análisis al uso. ¡Cuán diferente una consulta con 15 minutos o más por paciente a consultas ***racionadas*** de 6 minutos! ¿Puede extrañarnos la popularidad de un movimiento profesional como es la "plataforma 10 minutos"? ¿En qué cabeza cabe que en entornos tan racionados de tiempo, como aún existen en España, donde apenas hay 6 o 7 minutos por paciente, se pueda incorporar aspectos como el consentimiento informado (el de verdad, no el de "firme aquí"), o trabajar voluntades anticipadas, o simplemente hacer un abordaje biopsicosocial de la demanda del paciente (esto es, "integrar" toda la información biográfica que aporta el paciente)?

Sonia experimenta cada día (más los días de invierno), la frustración de no poder hacer la medicina que ella querría hacer, la que los líderes de su especialidad predican y para la que ella se ha formado, e incluso llega a pensar que cuando tenga tiempo (si esta utopía llega a realizarse), ya no sabrá ir "poquito a poco" con sus pacientes. Su manera de conducir el encuentro clínico -sospecha- se habrá anclado en vicios y costumbres hijas

de la prisa. Pero, a pesar de ello, Sonia trata de dar a cada paciente lo que necesita, lo cual sea dicho de paso es más de lo que piden, más que la "demanda aparente". Podríamos criticarle, de nuevo, un exceso de paternalismo, pero antes haríamos bien en pedirle ejemplos: "Pues mira, puede que nos dijera, este señor de 45 años, por ejemplo, me viene por un resfriado banal al que no dedicaré más que un 30% de mi esfuerzo, y el resto trataré de investigar sus factores de riesgo. Este abuelo de 82 años tiene muchas quejas, porque tiene muchos problemas crónicos, pero su verdadero problema consiste en la soledad..." Y de nuevo podríamos acordar que el enfoque de Sonia está mas centrado en el paciente de lo que un observador ingenuo sería capaz de detectar.

Los retos en esta fase de su desarrollo profesional son de índole bien distinta a los de Mercedes. Para Sonia el reto fundamental es mantener la paciencia. Podemos preguntarnos ¿y es importante tener paciencia? Pues sí, muy importante. Sin paciencia no hay empatía, no hay contacto verdadero con el paciente. Posiblemente la paciencia sea la demostración más extrema del respeto. Es muy fácil respetar a un paciente culto, educado, de respuestas ágiles, pero cuando entra en la consulta un paciente emigrante, que no sabe nada de nuestro idioma, y adivinamos que la consulta va a atrasarse al menos media hora... en este punto empieza a trabajar la paciencia. Sonia siempre ha tenido paciencia, pero empieza a sospechar que se le está acabando. Un matemático seguramente establecería una complicada fórmula en la que la paciencia de Sonia estaría en relación a la presión asistencial. Lo cierto es que Sonia de vez en cuando musita: "no quiero ser un profesional quemado". ¿Qué relación debe existir entre el *burn out*, la paciencia y la gestión del tiempo?

Competencia emocional

Por todo lo que venimos diciendo, tal parece que la gestión del tiempo sea una habilidad importante. Ciertamente lo es, pero ¿depende de ella la prevención del *burn out*? ¿No será que la gestión del tiempo forma parte de otra habilidad más general e incluso más importante, la gestión del esfuerzo, y ésta, a su vez, de un conjunto de habilidades a las que llamamos "competencia emocional", cruciales para prevenir el *burn out*?[5].

El estilo de esforzarse apenas ha merecido reflexión alguna. Pensemos por un instante en el aluvión de guardias que debe realizar un médico en formación. Se les exige mucho. No puede extrañarnos que miren a sus modelos (médicos en el cenit de sus carreras profesionales), para observar cómo afrontan tanto esfuerzo (en el caso de que lo afronten), ya sea para imitarles o criticarles (criticarles por vagos, no nos engañemos).

Ello es así porque el esfuerzo conlleva tensión, y desgaste. En el caso de Sonia este desgaste viene de la mano de sus obligaciones maternas y de la conciliación de la vida familiar. Hay quien necesita disipar esta tensión sobre el paciente, o sobre el grupo o equipo, con muestras de mal humor. Otras personas saben esforzarse "en flujo" con su entorno, sin ofrecer casi resistencias o roces en el trato con los demás, ¡ni en el trato consigo mismos! Este concepto de "tratar con uno mismo" es muy importante, porque el profesional casi tiene mayor desgaste luchando contra sí mismo que luchando contra los demás.

Imaginemos por ejemplo a Mercedes, nuevamente, en una guardia de hospital. El jefe de la guardia le adjudica 2 pacientes más que al resto de residentes, y ella se da cuenta

de la diferencia. Son dos pacientes que "le caen" a ella como le hubieran podido caer a otro residente, por puro azar, y debería aceptarlo así. Sin embargo, Mercedes aún no ha aprendido esta lección, se enfurruña, y empeora el trato con sus compañeros y pacientes, como si ellos tuvieran la culpa... Su propia manera de reaccionar a una demanda extra de esfuerzo le produce mayor desgaste que si simplemente hubiera aceptado la carga asistencial de buen humor, eso sin contar el daño producido sobre su imagen.

La paciencia es el exponente superior del esfuerzo. La paciencia no es sencillamente esperar a que suceda algo, sino que la paciencia sobre todo consiste en apaciguarnos, apaciguarnos porque una previsión de acontecimientos que teníamos en la cabeza no va a cumplirse, y es sensato adaptarse a la nueva previsión. El anciano que acaba de entrar en la consulta ineluctablemente nos tomará media hora sobre una agenda que ya iba retrasada, y comprendemos que eso es inevitable. Tan inevitable que deja de importarnos, nuestra ansiedad se apacigua, y podemos continuar disfrutando de nuestra actividad profesional. Continuamos "en flujo".

Nada más ilustrativo para saber si cada uno de nosotros tiene paciencia que el test de la interrupción. ¿Cuántas veces le interrumpen a usted a lo largo de su jornada laboral? ¿Cómo reacciona externa e internamente? Pues si en este instante es capaz de hacerse un "emociograma", tendrá usted la radiografía de su paciencia (la real, no la que usted ahora mismo ***está dispuesto/a a mentirse***). Nótese que precisará más esfuerzo de paciencia quien destine más energía en pergeñar sus objetivos vitales. Poco mérito tiene acomodarse al destino cuando poco o nada deseamos.

El aprendizaje emocional -y sentimental- al que se somete Mercedes tiene todos estos grados de complejidad y libertad, y algunos más que por falta de espacio no puedo referir. Lo que sí me interesa resaltar es que en el mejor de los casos Mercedes va a adquirir lo que he llamado "modo emocional avanzado"[6]. Vayamos por partes.

He definido el "modo emocional natural" como aquel que tenemos por efecto de las habilidades sociales adquiridas como personas, no como profesionales. Sería la base caracterial sobre la que edificamos el resto, nuestro estilo de sentir. El "modo emocional básico" sería el punto de atención y cordialidad imprescindibles para ganar presencia ante el paciente (que el paciente nos atienda y nos haga caso). Todo profesional adquiere este modo básico, y quien no lo hace -o lo desaprende por enfermedad psiquiátrica- tiene que abandonar tarde o temprano la profesión. Ahora bien, no todos los profesionales tienen un "modo emocional avanzado". Este modo emocional se percibe tan sólo ante los retos cotidianos, y en él participa la paciencia, la capacidad de inhibir reacciones naturales, y poner en juego habilidades de comunicación que usamos poco. Sería algo así como la "reductora" de un jeep: se usa poco pero define las prestaciones superiores del coche (¡y lo que vale!).

Volvamos a Mercedes. La encontramos en un box de Urgencias y la vemos atenta, incluso preocupada por el paciente. En un momento determinado éste le espeta: "Hay que ver lo mal que nos tiene la Seguridad Social en estas habitaciones, sin intimidad ni nada". Es un comentario que no quiere ser crítico con Mercedes y que ésta podría sortear fácilmente callando o confirmando, "pues tiene razón". Pero Mercedes se ve inundada por una reacción de rabia y declara: "pues sólo faltaría que tuviéramos que darles un trato

de lujo; no sé dónde iría a parar la Seguridad Social". Y en este punto Mercedes se acaba de complicar innecesariamente la guardia.

En el "modo avanzado" el profesional tiene la valentía de reconocer que algunas maneras espontáneas de reaccionar, como la que acabamos de ver, no son las mejores, y se aplica en el estudio de sus deficiencias. Una de estas maneras de reaccionar que tiene el 90% de las personas es lo que llamamos ***estilo emocional reactivo***. Consiste en ser simpáticos con las personas a las que caemos bien, y antipáticos con las personas a las que visiblemente les caemos mal. Ojo por ojo, diente por diente.

En la relación médico-paciente suele ser verdad que el primero en sonreír y ofrecer su simpatía es el paciente. El paciente conoce estas leyes implícitas en el trato, y por eso es el primero en mostrar sus cartas, cartas de amabilidad y sobre todo de confianza. ¡Qué fácil le resulta a Mercedes tratar con este perfil de pacientes! Pero cuando se topa con un paciente cascarrabias, o un paciente desconfiado, o incluso un maltratador de doctoras jóvenes, que también los hay (el 75% de los abusos verbales se producen sobre doctoras[7]), cae de manera incauta en un juego de poder que la supera, abochorna y reduce drásticamente su autoestima (y además la agota para el resto de la guardia).

No hay mérito alguno en ser simpático con el paciente simpático o con el paciente que nos cae bien. El mérito reside en mantener nuestros hábitos de cordialidad con el antipático. A eso le llamamos estilo emocional proactivo, un rasgo del modo emocional avanzado. Su cordialidad, incluso su empatía, no queda al albur de si fulanito le cae bien o mal, y mantiene una conducta estable con todos los pacientes.

Ahora bien, el hecho de que hoy mostremos un modo emocional avanzado no es garantía para que lo hagamos mañana. Hoy podemos estar abiertos a aceptar críticas a nuestra manera de actuar ¡y mañana tal vez no lo estemos! Hoy podemos estar atentos a vencer la irritación que nos produce un paciente hiperutilizador y mañana puede que no. Eso sucede en parte porque nadie nos ha hablado nunca de que nuestro desarrollo profesional pasa por adquirir este modo emocional de manera estable, y ocurre también porque vencer las inercias de nuestro carácter supone una capacidad de reflexión en la acción cada día y todos los días. Vayamos a este segundo aspecto.

No es lo mismo reflexionar alrededor de una mesa que reflexionar en una situación de reto. Ayuda mucho lo primero a lo segundo, pero no asegura el éxito. Cuando la Dra. Mercedes no responde de manera furibunda al paciente "maleducado", se queda momentáneamente -su Libro de Contabilidad- en números rojos. Puede pensar entonces que "le perdona" al paciente su salida de tono, pero nos cuesta perdonar. Sería más apropiado -y con menor coste emocional- que discurriera así: "en realidad no me ataca a mí; es un comentario derivado de la incomodidad de estos boxes". Una nueva atribución, en este caso empática, salvaría a la Dra. Mercedes de tener números rojos (o mejor dicho, la salvaría del esfuerzo de apaciguarse y tolerar estos números rojos). Ya no necesita "perdonar", sino entender el comentario del paciente desde otra óptica, la óptica del paciente. En tal caso, su estilo proactivo se mantiene sin desgaste, sin esfuerzo. Lo malo del caso es que todo ocurre "en la acción", en el instante...; ¿cómo enseñar a los jóvenes médicos este tipo de habilidades, sobre todo a los menos dotados de inteligencia social? He ahí el reto, porque los docentes por lo general no están cuando surgen estas situaciones.

Una de las estrategias docentes que parece valiosa es invitar a los médicos a analizar a los pacientes y las situaciones clínicas que les irritan[8]. No hay nada más contrario a la empatía que la irritación, de manera que les recomendamos: "si está usted irritado con el paciente no trate de ser empático, porque logrará un simulacro de empatía que a veces empeora las cosas". La dispatía a veces nace de un intento de empatía que acaba tiznada por notas paraverbales de crítica, duda o burla. ¿Resulta posible mayor paradoja, a saber, una empatía que acaba en dispatía?[9] Lo que procede entonces es analizar la base de nuestra irritación, porque la mayor parte de las veces no se sustenta de manera racional.

Trabajar en la línea de procurarnos un modo emocional avanzado consiste entonces en analizar estos elementos relacionales que son capaces de irritarnos, contrarrestarlos y planificar deliberadamente una conducta opuesta. Con los años, esta conducta "distinta" -más tolerante, más comprensiva con el "mal paciente" o el "paciente difícil"- deviene casi automática. Es nuestra nueva "espontaneidad". Entonces podemos hablar de una relativa "instalación" del médico en este modo emocional avanzado. Aunque parte del reto consiste en comprender que esta instalación siempre tiene algo de provisional. Sólo nos mantenemos en ella mediante un esfuerzo continuado para contrarrestar tendencias nuestras que por carácter, educación y modelaje grupal permanecen en lo más profundo de nuestras pautas de comportamiento.

Todo ello puede sonar a teoría, pero existen algunas experiencias que nos ayudan a comprender que vamos por buen camino. A. Rodríguez y J. A. Bellón (2006)[10], por ejemplo, realizaron una intervención en pacientes hiperutilizadores que consistía básicamente en "reprocesar" las necesidades de salud y las respuestas a dichas necesidades que sus médicos de familia les proporcionaban. La intervención no consistía en dar soluciones, sino sencillamente que cada médico cambiara de manera de pensar (y sentir) sobre estos pacientes. En una palabra, desencastillar prejuicios.

Los retos del paciente

El paciente desea la atención y comprensión del profesional. Su temor más recóndito y casi siempre presente es el temor a verse rechazado o criticado. La mayor parte de los pacientes se han encontrado alguna vez con que "el médico no me hace caso", o "no se toma interés". Este miedo puede observarse también en médicos que en un momento de su vida padecen una enfermedad. En su nueva condición de enfermos se percatan de manera más sutil del juego de poder y emociones que se desarrolla en su nuevo rol[11]. Sin duda podrían relatarnos con todo lujo de detalles los errores relacionales y de equipo que merman la calidad asistencial (lo que en términos de metodología de calidad se llama *"tiger teams"*)[12].

Cada paciente interpreta el acto asistencial desde un egocentrismo ingenuo. El último paciente de una lista agotadora de 50 no puede aceptar que el médico esté física y mentalmente agotado. Lo primero que perciben es el tono de voz con que su nombre resuena en la sala de espera: "fulanito de tal, pase a la consulta 4". Un timbre de irritación, o de cansancio, activa malos augurios. Después estará muy atento al saludo inicial, y si la doctora (o doctor) devuelve la sonrisa que él/ella le ofrece. Las asimetrías en las sonrisas que buenamente una parte, en este caso el paciente, ofrece a la otra, activan el estilo

emocional reactivo, y mucha gente se dice: "vaya tonto que soy ofreciendo sonrisas que no me devuelve". Luego viene una anamnesis, y allí el paciente se pregunta sobre el grado de atención e interés del profesional. ¿Podemos imaginar mayor gazapo que preguntar dos veces por lo mismo? El paciente suele protestar: "¡eso ya se lo dije, doctora; hace 2 semanas que estoy con esta tos!".

Un buen amigo médico afectado por una enfermedad oncológica desarrolló una estrategia para "que mi oncólogo me tenga el primero en su lista de pacientes predilectos". A tal efecto desplegó deliberadamente lo que llamamos "maniobras emocionales de rescate"[6]. En primer lugar, con discretas maniobras de sincronía gestual provocó que el oncólogo le mirara a los ojos con algo más de asiduidad. También provocó sonrisas asimétricas, sin importarle que inicialmente el oncólogo no se las devolviera. Lógicamente, al final empezaba a devolvérselas. Cuando se produjo una importante complicación por la quimioterapia, le descargó de cualquier sentimiento de culpa: "eso son cosas que pasan". Al final logró lo que es casi un sueño para cualquier paciente oncológico, a saber, que su doctor le llamara a su casa interesándose por su evolución.

Esta anécdota enfatiza una asimetría tremenda en las expectativas de los pacientes: el grado de personalización asistencial que desearían y el grado de personalización que los Servicios Públicos están dispuestos a dar. Coger el teléfono no cuesta tanto, y resulta una de las maniobras mejor valoradas por los pacientes. Es una maniobra que hoy por hoy "se sale del guión". Muchos profesionales protestarían: "tanta implicación con el enfermo no es buena". El guión dice que tenemos que marcar distancias, porque si no la gente abusa. "Sólo podemos ofrecer lo que estemos dispuestos a dar a todo el mundo, no sólo a los primeros pacientes de la lista de pacientes predilectos", vuelve a clamar el guión. Ahora bien, este guión ¿es el mismo para cualquier modalidad de ejercicio de la profesión, o resulta que en el ejercicio privado sí proporcionamos una personalización en el trato que no estamos dispuestos a ofrecer en la Sanidad Pública?

Hemos dicho que "ser alguien" para el médico es el primer reto; pues bien, el segundo reto consiste en que este médico "acierte". Muchos pacientes toleran profesionales francamente antipáticos porque son profesionales que "les aciertan", y sus malos modos se justifican por su valía técnica; es más, demuestran malos modos porque se saben buenos técnicos. En otras palabras, el paciente llega a creer que los malos modos del médico ¡son una puesta en escena de su competencia!

Una serie televisiva de éxito mundial, como es la del Dr. House, se contempla desde este paradigma. Es un médico tan bueno en el plano técnico que no necesita cultivar ninguna virtud relacional. Bien es verdad que algunos pacientes le agreden, pero los espectadores caen seducidos a sus pies. Toda la omnipotencia de la ciencia médica, e incluso más, de la inteligencia humana, al servicio no del paciente, sino de la curación del paciente. Y muchos pacientes firmarían encantados, porque -no lo dudemos- la mayoría desean resultados.

Ahora bien, House sería incomprensible si no existiera en nuestra sociedad cierto consenso (mal consenso) sobre la inocuidad de los malos modos y una pérdida de urbanidad. Siempre hay una estética detrás de una ética. La estética en este caso nos lleva a un paciente empoderado frente a un médico empoderado, y el espectador se divierte de

lo lindo contemplando el choque de tantos poderes, no importa si al coste de barrer con la empatía, la cordialidad o lo que sea. La ética es la ética aristocrática, la ética de la voluntad de poder, donde importa poco la dignidad...; lo que importa es el relato, la épica. Una ética al servicio de una estética.

Sería una completa exageración suponer que este discurso es representativo de nuestra sociedad, caracterizada por lo que he denominado una ética de la dignidad[13]. Pero en cualquier momento histórico podemos constatar ambas sensibilidades (un etólogo nos diría: ¡la sensibilidad del mono alfa frente a la del mono beta!). Pero a veces los pacientes sobreestiman las capacidades del médico y creen posible un *"fast food"* sanitario. Todo rápido y de calidad estándar, incluyendo al médico.

En cierta ocasión entró en mi consulta un paciente que protestó por el retraso que llevaba en la cita previa:

-Oiga usted, lleva 40 minutos de atraso.

-Es cierto, contesté, pero tenemos una visita cada 5 minutos y yo *sólo sé visitar bien*. De todas maneras si quiere *a usted* le visito en dos minutos.

Ambos nos pusimos a reír. "No, no; visíteme usted bien", contestó. Decididamente la gente, cuando se le da a escoger, prefiere la dieta mediterránea a la hamburguesa, y lo que era una protesta derivó en complicidad, sobre todo al final de la visita, cuando percibió que su problema era atendido de manera apropiada. Nada produce mayor satisfacción que pensar: "este médico me ha acertado en lo que yo le he sabido expresar, pero también en lo que él me ha sabido ver aunque yo no se lo mostrara".

Sin embargo, a veces es imposible satisfacer al paciente, y él lo sabe. Lo sabe el paciente crónico, y lo sabe el paciente somatoforme, pero muchos no se conforman con los resultados pobres, y vuelven y vuelven a su médico de referencia, protestando, exigiendo, y el médico se pregunta: "¿cómo es posible que me vuelva una y otra vez así, sabiendo como sabe que su problema no se cura, o que yo al menos soy incapaz de curarle? Sospecho que a sus ojos soy un mal médico, ¡pero no tan malo como para cambiar de médico y probar fortuna con otro!".

El caso del paciente hipocondríaco es revelador. Algunos médicos se dejan envolver en las ansiedades del hipocondríaco, y todo va sobre ruedas hasta que una multitud de exploraciones complementarias le cercioran de que aquel paciente, en tanto que soma, está básicamente bien. Entonces empieza un tira y afloja de tintes dramáticos. El paciente hipocondríaco vive su dolencia en el desamparo: "usted no da con lo que tengo y dice que todo son nervios". El médico por su parte no sabe qué hacer con las demandas del paciente, y al final surge la opción de derivarlo al psiquiatra. En el mejor de los casos logra que el paciente acepte… ¡y que el psiquiatra se lo devuelva con el típico "no tiene patología en el área de Salud Mental"!

Esta acomodación del paciente a unos síntomas somáticos o psicológicos de tipo crónico es un arte al que acceden un pequeño porcentaje de médicos. A los médicos se nos educa para curar, muy poco para cuidar. Se nos educa para dar buenas noticias, para brindar siempre algo de esperanza, y muy poco para decirle al paciente: "mas o menos su perfil de molestias será éste para lo que le quede de vida". Hay que saber preparar al

paciente para este tipo de acomodación, porque en una sociedad de *"fast food"* y mitificación de la ciencia esto es incomprensible. Me lo decía un paciente en tratamiento de diálisis, de unos 46 años, de esta manera: "¿cómo es posible que una medicina que sabe hacer trasplantes de riñón sea incapaz de solucionarme el tema de la impotencia?". Hemos creado entre todos el mito de la eterna juventud, de la eterna salud, de una medicina que lo puede casi todo, y un mundo de ensueño en que morirse es una opción, no una obligación[14]. Un mal resultado médico se interpreta muchas veces bajo el prisma de que "aquí hubo algún fallo, algo no se hizo bien".

Vaya paradoja que en los tiempos de una medicina tecnificada y basada en la evidencia tengamos mayores dificultades de relación que en los tiempos pretéritos de una medicina anclada en suposiciones y medicamentos de eficacia más que dudosa. Pero evitemos darle la culpa al paciente, porque no la tiene. Existen suficientes habilidades y técnicas de comunicación como para acomodar a la mayor parte de los pacientes.

Hace ya años se intentó mejorar la relación asistencial mediante "pacientes activados", esto es, pacientes a los que se prepara para que sepan preguntar a sus médicos[15]. La estrategia en cuestión incrementó la incomodidad del médico y sólo puntualmente la satisfacción del paciente, lo que ilustra la complejidad del juego de poderes. Posiblemente deberíamos distinguir entre paciente activado y paciente envalentonado. Por un lado, los médicos deberíamos acostumbrarnos al paciente "ilustrado", apaciguando la punta de soberbia que aún nos quede, pero, por otro, el paciente debería ser suficientemente inteligente como para no confundir unos datos recogidos de aquí y de allí con un juicio contextual de su situación. Casi el 90% de los pacientes quieren más información del médico y quisieran conocerle más como persona («en qué manos me pongo»)[16,17]. Sin embargo, los profesionales del Sistema Nacional de Salud son remisos a mostrar sus méritos al gran público, pues con ello ganarían mayor presión asistencial por el mismo salario. Por eso en las salas de espera circulan todo tipo de leyendas y especulaciones que tratan de apaciguar la ansiedad lógica de quien pone su salud en manos de un desconocido.

EL COMPONENTE TECNICO

Una aproximación al modelo emotivo-racional de acto clínico

El acto clínico es un acto presidido por la tensión de conocer el problema del paciente y la tensión de proporcionarle algún tipo de alivio. Un análisis del acto clínico que sustraiga estos motivos de tensión es reduccionista e incapaz de capturar la complejidad psicológica de lo que allí sucede. Lo hemos dicho: en el encuentro clínico hay mucho más que comunicación, hay semiología, que es captura y análisis de datos, hay decisiones de gran complejidad intelectual, y hay una consideración permanente a los objetivos del encuentro.

Para afrontar esta complejidad hace unos años propusimos el *modelo emotivo-racional de acto clínico* (fig. 1). No desarrollaremos el modelo en detalle, entre otras cosas porque el lector interesado puede consultarlo en abierto en la red[18,19], pero sí argumentaremos que este modelo devuelve el protagonismo a la tensión del profesional por conseguir un buen diagnóstico y tratamiento. ¡La preocupación prioritaria del médico no es tanto rela-

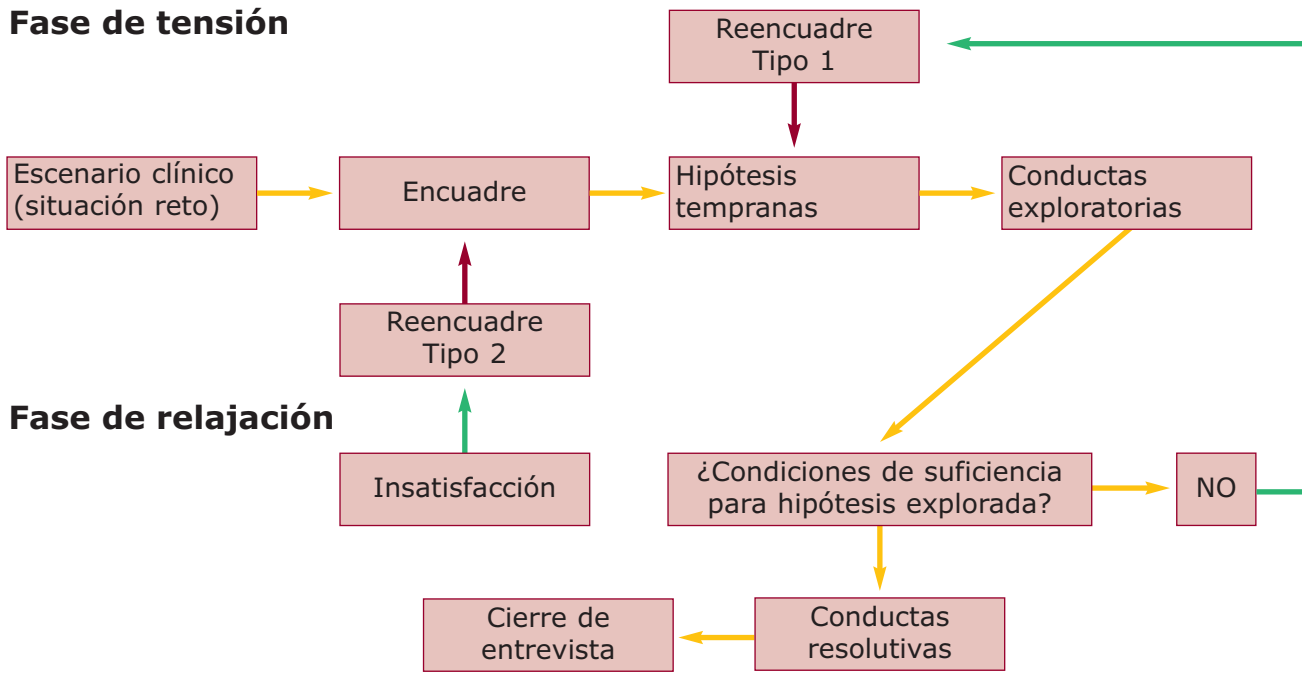

Figura 1. El modelo emotivo-racional de acto clínico. El paciente entra en la consulta y expresa una demanda. El profesional "encuadra" esta demanda ("¿qué se pretende de mi?") y procede a explorarla. Casi de inmediato se le ocurren "hipótesis tempranas" para las que tratará de encontrar "condiciones de suficiencia". Si las encuentra, pasará a resolver la entrevista (conductas resolutivas como son informar, prescribir, u otras órdenes médicas). Cuando las condiciones de suficiencia no se verifican, aparecen los reencuadres de tipo 1 y 2.

cional como diagnóstica! No queremos decir con ello que el médico debe olvidarse de "esa zarandaja de la empatía", por supuesto que no. Lo que queremos decir es que su preocupación prioritaria será comprender en profundidad el problema del paciente, y que juega para lograrlo con unas capacidades emocionales y cognitivas limitadas (algo que muchas personas no están dispuestas a admitir, sobre todo algunos gerentes).

Uno de los principios del modelo emotivo-racional es que las mejores decisiones se producen cuando el clínico trabaja con algo de tensión, pero no excesiva, lo que llamamos "área de trabajo idónea". Si el paciente introduce elementos de presión ("usted es incapaz de curarme"), o si la misma situación clínica introduce estos elementos (un paciente en box de urgencias con la sala de espera a rebosar), podemos entrar en colapso emocional o colapso cognitivo, o ambos. Y tras una jornada extenuante podemos entrar también en colapso físico.

Estas causas de colapso son externas. Pero el clínico tiene también causas internas, lo que llamamos *factores restrictivos para buenas decisiones*. Para comprenderlos hemos propuesto el símil del clínico-máquina. Hemos dicho en otra parte que ojalá el médico tuviera "*al menos*" la consideración de una *máquina de "hacer diagnósticos"*, con un manual de instrucciones que exigiera unos tiempos de decisión mínimos, un plan de mantenimiento obligatorio, y unos períodos de descanso adaptados al perfil de cada "máquina". Estamos muy lejos de este desideratum, cuánto más de que se nos trate como seres humanos. ¿Estoy exagerando? Es posible, pero entonces, ¿por qué las agendas son iguales para todos los médicos, cuando los ritmos de resolución siguen una curva de Gauss? Hay médicos que harán bien su trabajo a ritmo algo más lento que el resto de colegas, y no

por ello su productividad va a resentirse. No hay nada más nefando que presionar a un médico "lento" para que se adapte a un ritmo "rápido", siguiendo el paradigma de una cadena de montaje. Lo nuestro es artesanía, no piezas a destajo. Y si eso es así, ¿por qué razón no se les permite a los médicos individualizar sus agendas? Otrosí: algunos médicos tendrán una caída de rendimiento diagnóstico a partir de las 8 o 12 horas de guardia y, sin embargo, aún hay guardias obligatorias de 24 horas.

Las causas de colapso internas son muy interesantes y van desde problemas somáticos del médico a una gestión equivocada del esfuerzo, pasando por una falta de habilidad en el terreno emocional o técnico. El modelo emotivo-racional llama la atención en especial sobre un umbral de tensión psicológica que se denomina "umbral crítico". Este umbral crítico consiste en lo mucho o poco que el profesional será capaz de dilatar el encuentro clínico antes de darlo por solucionado. En las pruebas tipo ACOE de competencia clínica, los médicos van pasando por diferentes consultas y tienen que resolver el mismo perfil de demanda. Los actores están preparados para dar exactamente las mismas pistas. Resulta sorprendente comprobar cómo hay médicos que en pocos minutos ya darían por acabada la entrevista, en tanto que a otros no les basta el tiempo asignado[20]. Influye en estas diferencias la velocidad a la hora de procesar la información como también la tensión "antes del diagnóstico" que el profesional está dispuesto a aguantar.

Umbral crítico y gestión del esfuerzo

Ampliemos un poco más este asunto porque tiene enjundia. Si algo nos produce tensión a los médicos es "no saber" lo que le ocurre al paciente. En los estudios iniciales de decisión clínica (véase por ejemplo Barrows HS, 1972, 1982, 1987)[21,22], llamó poderosamente la atención el hecho de que los médicos emitían los primeros diagnósticos de manera casi simultánea al relato que hacían los pacientes de sus síntomas. Los investigadores interpretaron el hallazgo en términos conductuales: ante un estímulo el médico responde con una primera aproximación diagnóstica. No pueden hacer nada para evitarlo, es automático. Eso dio lugar a que Sackett postulara la vía "hipotético-deductiva"[23]. El médico, afirma Sackett, no avanza como se nos quiere hacer creer en medios académicos, esto es, recogiendo primero los datos y analizándolos todos en su conjunto. Coge de aquí y de allí, y compone como puede una foto, y si con pocos datos tiene suficiente, no profundiza en todo el universo de datos que tiene a su disposición. En el mejor de los casos lo que hace es mejorar el primer "borrador", y poco a poco dibujar la enfermedad con más detalle en sucesivos borradores.

Estamos de acuerdo en lo básico con Sackett, pero podemos hacer otra interpretación distinta de estos hallazgos. Bien pudiera ocurrir que estos primeros diagnósticos emitidos en los minutos iniciales de la entrevista actúen como amuletos para rebajar la tensión del "no saber", aunque el profesional "sepa" que son provisionales. Los médicos con mayor tolerancia a "no saber" serían también los médicos capaces de asegurarse un mejor diagnóstico, y para ello ***procederían a desdecirse de sus primeras hipótesis*** y seguir buscando más datos. Los médicos intolerantes (con un bajo umbral de tensión crítica), buscarían en cambio los datos mínimos para cerrar la entrevista, por ejemplo, siguiendo lo que he denominado la Ley del Uno más Uno[24]: un dato en la anamnesis que coincide con un dato en la exploración física desata el "ya lo tengo", y se procede a cerrar la parte

exploratoria de la entrevista. Una tos junto a unos crepitantes basales disparan el diagnóstico de neumonía, sin considerar la posibilidad de unas bronquiectasias antiguas, o una insuficiencia cardiaca. Esta forma de interpretar los hechos tiene una consecuencia práctica importante: debemos enseñar a los médicos impetuosos a demorar la resolución de las entrevistas. Si se permiten un mayor tiempo de reflexión, posiblemente disminuirán su tasa de errores.

Un médico impetuoso, con bajo umbral de tensión crítica, puede serlo por carácter o por una deficiente gestión del esfuerzo, entre otras razones. Todos podemos ser médicos impetuosos en un determinado contexto. Un médico cansado, pongamos por caso, será un médico que deseará cerrar cuanto antes la entrevista, incluso a riesgo de equivocarse. ¡Otra vez aparece en escena la gestión del esfuerzo! Algunos profesionales se agotan en las primeras 3 horas de guardia, y deambulan como pueden por los pasillos las otras 7. Algunos clínicos usan el 15% de su tiempo asistencial con las primeras 3 o 4 visitas, y se despachan con las últimas visitas del día como pueden. Gestión del tiempo y gestión del esfuerzo van íntimamente unidas, pero parece que hablar de una gestión del tiempo es tanto como justificar un Sistema Nacional de Salud que nos raciona lo que más queremos, el tiempo destinado a los pacientes. Parecería que hablar de gestión del esfuerzo es admitir una debilidad estructural del médico, y hablar de una gestión del tiempo es traicionar nuestro ideario.

La gestión del esfuerzo parte de un modelo que hoy por hoy casi nadie asume: cada persona debería saber cómo se cansa, qué le cansa, y si puede evitar situaciones de desgaste. También qué le descansa. Sospecho que una siesta de 10 minutos elevaría el rendimiento de muchos médicos sometidos a guardias de 10 o más horas. Plantear este tipo de cosas es hoy por hoy anatema. Los primeros que criticarían estos minutos de siesta serían el resto de compañeros de la guardia.

Satisfacción y confianza mutuas

Hemos insistido a lo largo de estas páginas en que el bien más preciado del clínico no es tanto la satisfacción como la confianza del paciente. Los primeros modelos de satisfacción pecaban de ingenuos, y decían algo así como que de mejores resultados se derivaba mayor satisfacción, y a mayor satisfacción más se incrementaba la confianza. Modelos posteriores, por ejemplo Parasuraman A. (1991)[25], enfatizaron dos conceptos: el de *asimilación-contraste* y el de *zona de tolerancia*. El primer concepto se refiere al esfuerzo que hará un paciente para creer que sus expectativas están siendo confirmadas por la actuación profesional (*esfuerzo de asimilación)*. Sin embargo, si su percepción final se aleja mucho del resultado esperado, experimentará una decepción "no lineal", esto es, una decepción incluso exagerada *(contraste*).

Imaginemos una clínica de tratamiento de la obesidad que exige por cada visita una cantidad respetable de dinero. Tras unos meses, el paciente ha adelgazado 15 kilos y se declara satisfecho. Sin embargo, recupera el peso a los 6 meses. Esta recuperación la atribuye a "que soy un desastre", y "no soy capaz de seguir las instrucciones que me dieron en la clínica". Otro paciente sigue un proceso idéntico, pero en este caso en un Centro de Salud. Las visitas no le cuestan ningún dinero y, sin embargo, su juicio final es opuesto: "el sistema que me han aplicado no funciona conmigo, porque gano todo lo que

he perdido. Es lógico porque es un método que no cuesta dinero ni usa técnicas sofisticadas. Tengo que pedir que me envíen a un centro especializado".

Una clave para el éxito de los centros de adelgazamiento es ser caros. Eso activa los procesos de disonancia cognitiva: nadie quiere admitir que se ha gastado tontamente un dinero, y por consiguiente el paciente hace un esfuerzo para conformarse. Influye en tener o no tener zona de tolerancia el clima emocional de la relación, incluso en mayor medida que la percepción de competencia profesional, que en los diferentes estudios no alcanza a influir en más allá de un 12% en la variabilidad de la satisfacción (Thompson AGH, Suñol R, 1996)[26].

Podríamos dibujar la relación entre satisfacción y confianza como la relación entre dinero y capital. El paciente nos otorga inicialmente un crédito a partir de aspectos superficiales, básicamente si le gusta nuestra ***manera de hacer***. Pero a medida que transcurre la relación se produce un tipo de confianza más estable, más profunda, e incluso llega un momento en que confianza y amistad (o aprecio) caminan juntos. En este punto se incrementa la zona de tolerancia casi al infinito, a menos que una de las partes "traicione" a la otra. Se puede decir que hagamos lo que hagamos, siempre que mantengamos la amistad, el paciente está literalmente "en nuestras manos" (y además suelen expresarlo de esta manera). ¡Qué gran responsabilidad para el médico!

¿Y eso, se preguntará algún lector, eso aún ocurre en las consultas masificadas de la Seguridad Social? ¿No era eso más propio de la medicina privada o de las famosas "igualas" del medio rural? ¿No es hasta cierto punto inconcebible en un entorno de paciente "empoderado" e hiperconectado a la red?

Eso ocurre con seguridad al menos en dos tipos de situaciones: ocurre con pacientes ancianos y ocurre en entornos donde el médico lleva muchos años de ejercicio profesional. Los pacientes ancianos siempre puntúan su satisfacción por encima de los pacientes jóvenes, más críticos. Influye en ello su mayor dependencia del médico (a mayor necesidad mayor conformidad). También influye que con largos años de ejercicio se crean en la comunidad una leyenda que resuena en bien (y a veces en mal) por peluquerías y tertulias de café. Con los años estas leyendas adquieren rango de mitos y se idealizan situaciones reales, pero más bien excepcionales. Cuando la fama del médico es tanta que atrae a todo tipo de pacientes a su cupo, el propio médico se encuentra en la tesitura de ser un mal médico, o marcharse a otro lugar, a menos que el Director del Centro le proteja y le cierre a cal y canto su cupo.

INFLUENCIA DEL GRUPO, LA INSTITUCION Y LA SOCIEDAD SOBRE LA RELACIÓN ASISTENCIAL

Nuestro análisis de la relación asistencial sería insuficiente si no abordáramos la influencia del equipo y de la comunidad.

El equipo crea unos valores y una manera de hacer que modela, o al menos influye, sobre cada profesional. Resulta probable que entre dos servicios de ORL, Cirugía General o cualquier otra especialidad, las conductas óptimas quedasen definidas de manera algo

distinta. Y no sólo las conductas referidas a aspectos técnicos, también la cantidad de cortesía, tolerancia, paciencia o cordialidad que debe darse al paciente; así de relevantes y concretos resultan los consensos grupales.

Los consensos grupales establecen además definiciones de lo que debe considerarse un "buen paciente"[27]. Puede que un Servicio de Medicina Interna lo defina como paciente estoico y con enfermedad rara, y un Servicio de Cirugía como aquel paciente que habla sólo lo necesario, pero de manera exacta. El médico residente tendrá que demostrar que asimila y acepta los valores y las conductas de este grupo, la definición de "buen paciente", y la manera de comportarse "asertiva", si quiere ser tomado en cuenta. Aun aceptando que este médico residente sea crítico con alguno de estos aspectos, *en la medida en que los practica también los acepta*, y quedan como poso de futuras conductas.

Estos consensos a su vez se ven influidos por las políticas institucionales. Algunas instituciones, por ejemplo, aplican políticas deliberadas de cuidar al médico y cuidar el acto asistencial. El resultado es una mejora global de la relación asistencial, una mejora en la productividad y en la satisfacción del clínico. Es curioso constatar que en ocasiones el clima institucional empeora sencillamente por las declaraciones impetuosas de un nuevo gerente que se despacha con declaraciones del tipo "ahora sí que pondremos a trabajar a los médicos". Basta este tipo de declaraciones, sin que ni tan siquiera las amenazas cobren realidad, para que se deteriore el clima laboral, con repercusiones en la relación asistencial.

Esto ocurre porque nuestras instituciones son sistemas simbólicos que operan en cascada, de arriba hacia abajo, y pocas veces en sentido ascendente. De un plumazo, el nuevo gerente transforma una manera de estar en el equipo, un *ethos* grupal, y si antes "íbamos tirando mal que bien", ahora "el clima se ha vuelto irrespirable". Y lo bueno del caso es que a veces nada objetivo ha cambiado entre una y otra situación, nada en términos contractuales o de condiciones de trabajo objetivas.

Hemos insistido en que el profesional asistencial tiende a tratar al paciente de forma parecida a como la empresa le trata a él. Esta afirmación es demasiado simplista y esconde el esfuerzo de mucha gente por tratar al paciente mejor de lo que él o ella se siente tratado, a Dios gracias. Pero sí describe el punto final del efecto cascada que mencionábamos.

Las instituciones, por su parte, confían en la profesionalidad de sus empleados, lo cual por cierto da margen para la imprudencia de sus dirigentes. Un gerente de hospital lo expresaba de esta manera: "yo estoy muy tranquilo porque sé que, haga lo que haga, la maquinaria no se va a detener, y que mañana por la mañana cada profesional hará lo que tiene que hacer, porque para eso es profesional". Tenía razón. Pero las instituciones van más lejos y dibujan con todo descaro situaciones idílicas que poco tienen que ver con la realidad. Al final se produce un divorcio muy aparente entre los valores defendidos por la institución y los valores sentidos por los profesionales, lo que los responsables institucionales dicen que ocurre, y lo que de veras ocurre (tabla 2).

El resultado puede ser el de unos profesionales "en la trinchera" que no creen los mensajes de sus jefes, pero que harán todo lo posible para conseguir los incentivos que se les proponen (no olvidemos que están mal pagados). En los próximos años podemos pa-

TABLA 2. **PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LOS VALORES OFICIALES Y LOS VALORES REALES EN INSTITUCIONES O EMPRESAS DEPENDIENTES DE UN SERVICIO NACIONAL DE SALUD**

VALORES OFICIALES	VALORES REALES
Paciente "persona"	Paciente objetualizado
Trato cordial-amistoso	Miedo a crear "dependencia". Frialdad "técnica" en el trato
Accesibilidad, favorecer el diálogo	Crear barreras. No atender por teléfono o "fuera de horas"
Solidadridad de equipo. Generosidad	Egoísmo. Trabajar "lo justo"

sar a ser el país occidental con mejores tasas de pacientes crónicos controlados. Lo único que se requiere es que prosigan los incentivos que premien indicadores de control de enfermedades crónicas. Otra cosa es que estos indicadores respondan a la realidad.

No pueden sorprendernos estas tensiones entre profesionales y estructuras directivas. Son normales y en parte expresan tensiones derivadas de un juego complicado de lealtades. El médico se debe a la institución que le contrata, pero también al paciente al que sirve. El paciente desearía apropiarse de este médico y que sólo sirviera a sus intereses, pero constata con dolor que de vez en cuando el médico actúa como un inspector. Es un juego de lealtades complicado e insoslayable, porque en la medida en que una sociedad quiere proporcionar derechos, debe proveerse de mecanismos cercanos a la propia sociedad para controlar el uso de estos derechos. Debemos admitir que es una estrategia bastante inteligente, porque la maquinaria funciona bastante bien. Pero admitamos que no existe un mundo utópico en el que los médicos nos libremos de este cruce de conflictos; al menos no existe en un horizonte razonable[28].

Tampoco existe fácil solución a otro conflicto de orden superior: el cruce de pensamiento científico y mágico. La sociedad vive instalada a partes iguales en ambos tipos de pensamiento, y coge lo que necesita de cada uno. Cuando empecé a ejercer como médico en Cornellà de Llobregat teníamos en el barrio unos 6 curanderos en activo, casi tantos como médicos. Veinticinco años después han quedado desplazados por tres tiendas naturópatas con servicio de masaje (¡este servicio de momento no lo tenemos incluido en nuestra cartera de servicios!). ¿Persisten como una muestra de la impotencia de la medicina científica? ¿Ponen de relieve una relación asistencial despersonalizada? Llegar a tales conclusiones resulta trivial. El pensamiento mágico es parte del patrimonio de la humanidad, como lo es el pensamiento religioso y el científico. No tiene nada de extraño que la gente quiera complementar lo que ambas modalidades les ofrece. Otra cuestión más interesante es la medicalización de la sociedad; ¿podría deberse a cierto colapso de otras modalidades de pensamiento? Lo ignoro, pero lo que sí podemos detectar es el esfuerzo para que la medicina ocupe lugares que no le corresponden.

Así, por ejemplo, a un nivel de comunicación social se desean todo tipo de seguridades, que todos los peligros tengan respuestas técnicas y científicas (cambio climático, gripe aviar, etc.). Lo gracioso del caso es que (casi) hemos llegado a creernos que eso es

cierto. También a nivel particular cada paciente quiere una explicación de sus síntomas, un diagnóstico no sólo para sus enfermedades, sino también para sus molestias ("este dolorcito que tengo en la mano desde hace un par de horas"). El médico debe estar muy alerta a distinguir la frontera entre el discurrir científico y el discurrir mágico. Y aquí entra de nuevo en escena un paciente frente a un médico, analizando ambos unos síntomas, una percepción corporal y espiritual del paciente que apenas alcanzaríamos a comprender con toda la ciencia actual, aunque dicha ciencia se crea omnisciente. Esta es la grandeza y la miseria del acto asistencial, y por extensión de la relación asistencial: alcanzar algo de luz para permitirnos vivir algo mejor. Juzguemos con indulgencia las muchas imprecisiones, falsas hipótesis o evidentes fantasías con las que los médicos tratamos de aliviar el sufrimiento ajeno. Pero estemos atentos a recordar con suavidad, sí, pero también con firmeza, todo lo de bueno y malo que supone ser personas, lo que no es tarea baladí en un siglo, el siglo XXI, que nace con vocación de espejismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mira J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S,Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 165-177.
2. Marina JA. *El laberinto sentimental.* Barcelona: Anagrama, 1996.
3. Marías J. *Mapa del mundo personal.* Madrid: Alianza Editorial, 2005.
4. Borrell F. *Guía para mejorar el abordaje biopsicosocial en nuestra práctica clínica. Aprendiendo de nosotros mismos.* Jaén: SAMFyC, 1993.
5. Cebrià J, de Pablo R. Reflexiones para un ejercicio digno de la profesión médica. *JANO* 2005; 0: 58-60.
6. Borrell F. Competencia emocional del médico. *FMC* 2007; 14(3): 133-141.
7. Diario Médico, 13 Febrero 2007:7.
8. Borrell F. Compromiso con el sufrimiento, empatía, dispatía. *Med Clin (Barc)* 2003; 121(20): 785-6.
9. Ruiz R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar.* Barcelona: Ed. SEMFyC, 2004.
10. Rodríguez Bayón A. Intervención sobre los pacientes hiperutilizadores de Atención Primaria. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada, 2006.
11. Jovell A. La vida al otro lado de la carretera. Diario Médico 26 Octubre 2004. Accesible a febrero 2007 en: http://www.aeal.net/2005/index.php?pagina=los_linfomas_apartado&art=29&apart=46
12. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington DC: National Academy Press, 1999. (Accesible on-line en www.nap.edu/openbook/030906871/html/).
13. Borrell F. La ética de la dignidad (o el sentido de nuestro trabajo). *JANO* 8-14 Noviembre 2002; LXIII (1452): 1480-1.
14. Grup de Qualitat de la CAMFiC. Malalts de salut? Reflexions al voltant de les noves demandes y les respostes del sistema sanitari. Disponible en: www.camfic.org.
15. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease [fe de erratas publicada en *Med Care* 1989 Jul; 27(7): 679]. *Med Care* 1989; 27: S110-S127.

16. Jovell A. El Proyecto del paciente del futuro. Proyecto Internacional. Investigación basada en entrevistas en grupos en España. Julio 2001. Presentado en: Fundación Biblioteca Josep Laporte, MSD, Seminario: El paciente español del futuro. La democratización pendiente. Lanzarote, 5 octubre 2002.

17. Deber RB. Shared decision making in the real world. *J Gen Intern Med* 1996; 11(6): 377-378.

18. Borrell-Carrió F, Epstein R. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med* 2004; 2(4): 310-316. (Accesible a febrero 2007 en: http://www.annfammed.org/cgi/content/abstract/2/4/310).

19. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282 (9): 833-9.

20. McAleer S, Walker R. Objective structured clinical examination (OSCE). *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1990 Nov; (46): 39-42.

21. Barrows HS, Feltovich PJ. The clinical reasoning process. *Med Educ* 1987 Mar; 21(2): 86-91.

22. Barrows HS, Norman GR, Neufeld VR, Feightner JW. The clinical reasoning of randomly selected physicians in general medical practice. *Clin Invest Med* 1982; 5(1): 49-55.

23. Sackett DL, Haines RB, Tugwell P. *Clinical epidemiology.* Boston, MA: Little Brown, 1985.

24. Borrell F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas.* Barcelona: Ed. SEMFYC, 2004.

25. Parasuraman A, Zeithaml VA, Zeithaml VA. Understanding costumer expectations of service. *Sloan Management Rev* 1991; 39. Citado en: Thompson AGH, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teoría y pruebas. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 11: 74-86.

26. Thompson AGH, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teoría y pruebas. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 11: 74-86.

27. Borrell F, Moretó J, González-Casanovas JC, Monés J. Es vosté un "bon" pacient? *Annals de Medicina* 2001; 84: 107-9.

28. Murray TH. Divided loyalties for physicians: social context and moral problems. *Soc Sci Med* 1986; 23(8): 827-32.