

## **Defensas de los médicos frente a la implicación con el paciente.**

### **Tom Main**

Los médicos necesitan ser suficientemente fuertes para mantenerse y no ser sobrepasados por las tensiones que afrontan en la consulta, pero al mismo tiempo conservar el sentido común y ser capaces de utilizar sus habilidades profesionales para lo cual deben evitar recurrir a defensas patológicas. Por defensas se quiere decir aquellas maniobras que están dirigidas fundamentalmente a disminuir la ansiedad del propio médico sin tener en cuenta los efectos que tienen sobre el bienestar del paciente.

Los médicos pueden sentirse personalmente afectados por las tragedias humanas con las que tienen contacto y al mismo tiempo deben intentar que estas situaciones no comprometan su trabajo profesional incluso deben tratar de ser lo suficientemente distantes e indiferentes y restringir su imaginación en los momentos que se enfrentan a graves problemas.

Otra situación habitual a la que los médicos se enfrentan son aquellas en las que se sienten impotentes, incapaces, sin poder hacer nada para aliviar los problemas de los pacientes. Lo importante es que sea capaz de darse cuenta de esta incapacidad. Cuando carecen de este entendimiento sobre sus sentimientos es cuando la impotencia se convierte en inaceptable y sus consecuencias en peligrosas. La ansiedad que surge de la incapacidad de entender y de actuar para resolver los problemas a los que nos enfrentamos, desde el nacimiento en adelante, es una de las fuerzas motoras del desarrollo de la persona, de su ego y de la formación de las habilidades del yo. La expectativa del enfermo es que el médico sea capaz de aliviar sus preocupaciones con sus conocimientos y competencias, pero ¿dónde busca el médico alivio para su ansiedad, para su incertidumbre, para su sensación incapacidad e impotencia?.

Los médicos son entrenados en la búsqueda de métodos objetivos derivados de la ciencia, pero el método científico tiene muchas limitaciones cuando se trata de explicar qué les sucede a los pacientes. El método científico intenta eliminar la

subjetividad y busca proporcionar seguridad al médico simplemente porque es objetiva. Pero los médicos y los pacientes, como todos los seres humanos, están poseídos por su subjetividad: sentimientos y deseos. Los médicos, si no son ciegos emocionales, reaccionan a su experiencia subjetiva del mismo modo que los pacientes, con identificaciones, formaciones reactivas y apaciguamiento (placation).

Cuando los pacientes están bajo los efectos del estrés, los médicos experimentados pueden vivirlo de forma "introyectiva", y su habilidad para estudiar, nombrar, clasificar los problemas de modo objetivo no puede evitar experimentar personalmente una parte de los sufrimientos del paciente a menos que usemos ciertas defensas contra esa identificación. Un refugio en una perspectiva exclusivamente objetiva puede ser un intento en ese sentido que implique una negativa a tomar en cuenta los elementos subjetivos. De este modo la búsqueda de la distancia en el encuentro subjetivo se convierte en una defensa que el ego profesional moviliza siempre que teme que la tensión sea demasiado fuerte.

La objetividad es segura pero muy limitada para entender las vidas de las personas. Pero la tentativa de tratar de entender realmente el sufrimiento de las personas puede estar lleno de tensiones y frustraciones. Es preferible a veces tratar de salvar a los pacientes activamente sin conectar con sus perspectivas, aunque esa actitud los convierta en objetos para ser observados y no en los sujetos para ser experimentados y para sentir algo acerca de ellos.

Los médicos no han sido educados para valorar la subjetividad, por lo tanto no podemos ser muy críticos con ellos. Los médicos han buscado maneras de limitar y de aliviar las tensiones que suponen la cercanía emocional en sus encuentros con los pacientes por medio de la distancia emocional. Han adoptado e institucionalizado defensas con las que no solo intentan no verse expuestos a los sentimientos generados por el estrés y el sufrimiento que ven a su alrededor sino también contra los peligros de sentirse estúpidos e incapaces. Unas defensas que pueden llevarles a convertirse en ciegos y sordos o incluso a invertir los sentimientos y enfadarse frente al sufrimiento.

Adquirir una distancia del sufrimiento es un objetivo perseguido por las normas y rutinas de la atención sanitaria que por ejemplo marcan los procedimientos y horarios a los que los pacientes deben adaptarse muchas veces sin una razón funcional clara. Los métodos utilizados habitualmente por los médicos, tal como el interrogatorio de la historia clínica, es un modo de intentar evitar tener que experimentar y estudiar al propio paciente como persona. La historia clínica intenta impedir que el paciente hable libremente, limitando su discurso solo a los aspectos que el médico considera de interés clínico. Incluso cuando dan información los médicos tienden a ignorar al paciente y sus avisos y consejos suelen ser rutinarios y no individualizados. Intentan adoptar una sistemática fija y rígida con todos los pacientes que también constituye una defensa.

Incluso los psicoterapeutas deben construir una frontera flexible y móvil en su nivel de implicación con sus pacientes. Esta distancia flexible es necesaria para acercarse a ellos para compartir y experimentar su confusión y sus ansiedades, para sustentar su furia y entonces alejarse para tratar de clarificarlas y así poder entender el mundo interior del paciente. Un mundo a menudo lleno de dolor y de necesidades inconscientes que este despliega en sus relaciones con los otros. Esto es una alternativa a convertirse en un médico observador descriptivo aunque de este modo se puede ver muchos pacientes y ser más costo efectivo pero también más remoto y objetivo.

Las defensas de los médicos contra la implicación con las personas no debe ser condenada sin más, no se trata de una indicación de una cobardía moral, en general se explica porque existe un dolor que se quiere evitar, y debería ser evaluado pensando cual es su utilidad y sus efectos.

Las defensas rígidas pueden tener éxito contra el dolor en el encuentro con los seres humanos, pero significa una pérdida de parte (o toda) la capacidad de experimentar algo de nosotros y de los demás. Este es el precio a pagar para evitar el riesgo del desvalimiento que implica sentir, un precio mas alto cuanto mayor sea la defensa, a la vez cuando mayor es esta es una indicación de que se tiene mayor necesidad de recurrir a una protección.

Pero esto no evita que nos tengamos que plantear ¿cuánta tensión puede un médico soportar y al mismo tiempo retener su capacidad de pensar? para garantizar su supervivencia, si el médico si tiene que mantener un contacto estrecho con una serie de pacientes que lo necesitan, debe poder mantener defensas contra una real implicación con otros muchos menos necesitados y con los que se puede permitir ser un poco un doctor máquina. Una estrategia es intentar mantener contactos sinceros pero menos cercanos y menos regulares con la mayoría de los pacientes. Otro camino es esperar preparado, pero sin buscar activamente, contactos productivos cortos, breves con cualquier paciente no de manera predeterminada, forzando la situación, sino esperando el momento oportuno. El momento en el que paciente puede revelar algo de sí mismo importante de forma que el médico no puede entender y responder. Esta técnica, el famoso flash mutuo, requiere que el médico esté preparado y con la mente clara y abierto a la percepción emocional en el momento oportuno.

Probablemente la ansiedad y la consiguiente defensa de los médicos contra encuentros cercanos con el sufrimiento es inevitable, pero esto no justifica que la defensa deba ser irreflexiva y automática. Los médicos deben ser conscientes de los diferentes tipos de defensa que son usadas habitualmente. Debe ser capaz de darse cuenta cuando las pone en práctica y cuáles son las ansiedades, muchas veces no del todo conscientes, de las que se defiende. Esto le puede permitir pensar sobre naturaleza de las ansiedades que experimenta y sobre los modos cómo pueden afrontarse. Ese es el momento de hacer elecciones deliberadas y conscientes sobre cómo enfrentarse al encuentro y si debe profundizar o verdaderamente la defensa es necesaria y recomendable. Si el médico está seguro que debe defenderse contra las tensiones excesivas, debe elegir la defensa de forma consciente, esto siempre será más favorable para él y para el paciente.

En segundo lugar debemos evitar confiarnos en la objetividad de la medicina para negar el valor útil de los hechos relacionados con la experiencia subjetiva. Debemos valorar la subjetividad y estudiar los sentimientos y la subjetividad de los médicos, el modo en que estos son hoy día ignorados y porque. Debemos buscar estrategias para que estos sentimientos puedan ser utilizados de forma deliberada y sistemática para dar luz sobre el paciente y sus problemas. Los sentimientos en el encuentro clínico y

las defensas que se usan frente a ellos han sido siempre negados aunque siempre han existido y pueden ser muy útiles. Si hablamos por ejemplo de la depresión podríamos clasificar a los pacientes que la sufren en dos grandes tipos: aquellos que producen una gran pena en los que están en contacto con ellos y los que, sin embargo, sólo inspiran impaciencia e irritación.

Creo que es necesario que nos volvamos expertos en reconocer la utilización defensiva de muchos de los procedimientos médicos habituales, porque son usadas, cuando son usadas y qué efectos tienen el paciente. Es necesario que el médico se vuelva experto en clarificar la ansiedad de cada momento, en reconocer las defensas que estas ansiedades despiertan y ponen en práctica y en determinar qué partes y rasgos del paciente han sido los protagonistas en desencadenarlas. Todo ello respetando la necesidad de las defensas pero siendo críticos cuando las maniobras defensivas son irreflexivas, rígidas y automáticas. En suma es necesario un esfuerzo especial para desarrollar la capacidad de autoconocimiento del médico.

Comentario-resumen realizado tras la lectura del texto clásico de Tom Main, "Some Medical Defences Against Involvement with Patient". Journal of the Balint Society 1978. Michael Balint Memorial Lecture.