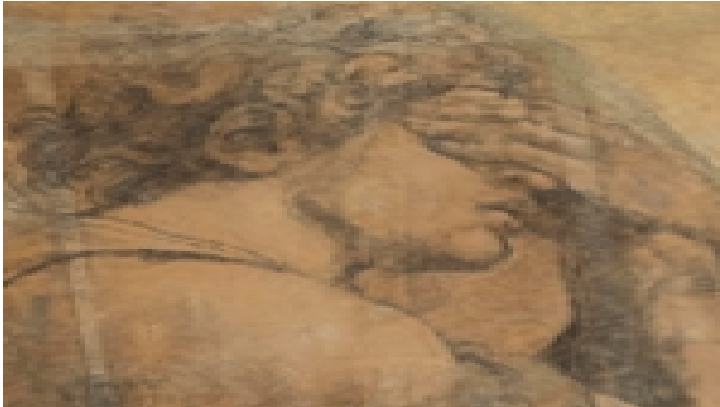


## Respuestas empáticas-simpáticas de estudiantes y residentes en la atención a pacientes



Resumen:] Se exponen los comentarios de un estudiante de medicina y dos residentes de diferente nivel sobre como vivieron dos situaciones clínicas con pacientes terminales. Los autores avanzan interesantes hipótesis sobre el desarrollo y manifestación de respuestas simpáticas vs empáticas.

\*Lobo Marín, María. \*Ruiz Rejano, Samuel. \*\*Cerezo Salmerón, MD. \*\*\*Martínez de la Iglesia, Jorge. \*\*\*\*Albert Colomer, Carmen.

\*Residente de Med Fam y Com. UD Córdoba. UGC Lucano. \*\* Estudiante medicina.Fac Medicina de Córdoba. \*\*\* Médico de Familia. UGC Lucano. Córdoba. \*\*\*\* Psiquiatra.

En la formación médica se suele enseñar a los alumnos/residentes cómo abordar y tratar problemas de salud de forma técnicamente eficaz, pero ¿qué pasa con el paciente más allá de sus síntomas? ¿Qué le supone la enfermedad, el tratamiento, la recuperación o la persistencia de su estado?. Como ya comentamos en otro artículo que aparece en este mismo número de **Doctutor**, en el estudio dirigido por el Dr Hojat se observó que la capacidad de empatía se perdía a lo largo de la carrera de medicina. Probablemente, en ocasiones se seguirá perdiendo a lo largo de la vida profesional de muchos médicos. A pesar de que la empatía puede aprenderse y enseñarse, es un tema al que apenas se presta atención en la formación pregrado y postgrado. Incluso no es infrecuente que los médicos en ejercicio favorezcan el 'bloqueo' de la misma, como una forma de alejarse del sufrimiento que puede provocar la excesiva cercanía con el paciente y su entorno, argumentando que de esta forma se mantiene la objetividad.

Recientemente tuvimos que atender a dos pacientes en situación terminal con dos residentes (R1 y R4) y una estudiante de medicina de 6º curso (E). Se trataba de un paciente de unos 65 años con un cáncer de colon avanzado, y una mujer de 93 años, pluripatológica, con una isquemia arterial aguda, también en una fase terminal. La reacción emocional que se produjo en los residentes y en la estudiante tras la atención de los dos casos, generó una reflexión sobre la empatía que pretendemos exponer en este artículo.

El comentario que inició todo este proceso fue el que realizó la R1 al salir del domicilio de uno de los pacientes. Tras preguntarle cómo se sentía, respondió: 'no sé si tengo demasiada empatía y estos casos me afectan más de la cuenta?. ¿Hablaba la residente de empatía o de simpatía?. ¿Puede ser la empatía en exceso perjudicial? Para ampliar la información, propusimos que los tres realizaran una reflexión individual por escrito de los casos, y que desarrollaran lo que ocurrió, lo que pensó y lo que sintió cada uno de ellos, tras distintos contactos con los pacientes.

En este artículo analizamos algunos de sus comentarios.

'El hecho de olvidar por un momento quien era ella y a qué habíamos venido me hizo sentir culpable e insensible? (R1). 'Pensé en cómo una enfermedad puede cambiar la vida de alguien y sus expectativas de futuro?. 'No quería que ella notase mi estado, pues podría aumentar su tristeza y desesperanza. Además me habría avergonzado dejar escapar las lágrimas ya que pensé que mi actitud le resultaría muy poco profesional? (R1). 'Fue entonces cuando me invadieron unas inmensas ganas de llorar, pues sólo podía imaginar el dolor que estaba sintiendo esa familia. Sabía que no era lo apropiado así que hice todo lo posible para contenerme?. 'Por supuesto creo que hay que empatizar con los pacientes, pero, ¿hasta qué punto?? (E).

Llama la atención la auto-recriminación que muestran ante la posibilidad de mostrar los sentimientos, el miedo a que el paciente o

sus familiares noten las emociones que la atención les está provocando. Tanto la residente como la estudiante parecían pensar siguiendo esta línea argumental: ¿si me emociono soy peor profesional; no debo demostrarlo ante el paciente o la familia?. Como comentábamos en el otro artículo, la simpatía y la empatía se mueven en una línea muy estrecha. De los comentarios vertidos por esta residente y estudiante se deduce que es la **simpatía** lo que predomina en ellos, probablemente favorecida por el hecho de que ambos se mantuvieron en un papel de observador, sin que tuviesen la necesidad de utilizar la información para tomar una decisión que ayudase al paciente y a la familia, dado que fue el tutor el que decidió. En la actitud ¿simpática? obtenemos información sobre las emociones del paciente que resuenan en nuestro interior y que nos llevan a identificarnos con él. Siendo útil, esta información, no lo es para decidir cómo actuar, ya que nuestras propias emociones contaminan la decisión y pueden condicionar una pérdida de objetividad o una superposición de nuestra visión sobre la del paciente.

Favorecer la contemplación de estas situaciones, permite a los profesionales, espontáneamente o tras el análisis con otros, reflexionar sobre ello y plantear soluciones. ¿Llegué a la conclusión de que no es malo mostrar lo que sentimos...? (E) ¿Quizás fue un error recrearme en pensamientos tan tristes. Tal vez se trate de encontrar un equilibrio, de permitir experimentar la pena del otro sin que llegue a desbordarnos, siendo conscientes de nuestro papel? (R1). Con estos comentarios se reconoce estar pasando de la simpatía a la empatía, ir más allá de lo emocional y actuar desde lo cognitivo.

¿Imposible no contagiarte de la tristeza que envolvía cada rincón de esa habitación. Me empeñé en formarme una coraza que me hiciera ver todo esto desde un plano profesional, tratando de no impregnarme de todo el dolor y el sufrimiento que se respiraba en esa casa, pero el recuerdo de su imagen en la consulta me entristecía?. ¿He atendido a otros pacientes moribundos, pero en el hospital, y es muy diferente? (R4). En este caso, en que el R4 ya sí tiene responsabilidades para tomar decisiones clínicas, aunque no desecha sus emociones, intenta utilizarlas para tomar la decisión más adecuada.

La atención a los pacientes en su medio natural, el domicilio, frente a un medio aséptico como el hospital, establece claras diferencias. Por un lado aporta más información sobre su entorno, sus vínculos, sus emociones, sus necesidades; por otro, sitúa al médico en un ámbito no institucional donde no puede protegerse tras la estructura y los procedimientos hospitalarios. Sin embargo, este aparente desvalimiento del profesional puede facilitar el vínculo empático al ofrecer un marco más personal para la expresión del paciente y de los familiares.

¿Me resultó un momento de lo más desagradable, pero necesario, sentía que debía cerrar de alguna forma ese capítulo, debía mostrar todo mi apoyo a su familia, la cual se confesó enormemente agradecida por el trato que le dispensamos, algo que me hizo sentir bien? (R4). Esta reflexión, que surge tras la muerte del paciente y recibir a su mujer en la consulta, muestra cómo, a pesar de la dureza de este tipo de situaciones, deja un poso final positivo en el profesional, por recibir el reconocimiento, por parte del familiar, de la ayuda prestada.

Para concluir, creemos que incorporar en la formación y la práctica clínica el desarrollo del vínculo empático mejora la calidad asistencial, protege emocionalmente frente a situaciones dolorosas, tiene un efecto preventivo frente a la frustración y el desánimo, tanto del profesional como del paciente, y constituye un factor fundamental en el abordaje integral de las enfermedades y los enfermos.