

Los médicos también lloran: Uso y abuso de la vulnerabilidad del médico



Doctutor Resumen: Este artículo aborda una visión sobre cómo podemos los médicos usar nuestras emociones y experiencias personales de vulnerabilidad para ofrecer el mejor servicio a nuestros pacientes. La respuesta es que como primer paso debemos acostumbrarnos a percatarnos de nuestra vulnerabilidad y a explorar aquellos eventos clínicos durante los cuales la hemos percibido para después atrevernos y no tener miedo a exponer esta vulnerabilidad de una manera que sea apreciada por el paciente y que pueda ayudarlo

Doctors also cry: The Use and Abuse of Doctors' Vulnerability Abstract: This article offers a vision of how we as doctors can use our emotions and personal experiences of vulnerability to provide the best service to our patients. The answer is that we must get used to exploring those clinical events during which we have perceived our vulnerability as a first step, and at the same time, not being afraid to expose this vulnerability in a way that is appreciated by the patient and that can help them.

El médico que lloró

?La paciente acude porque su marido está gravemente enfermo de cáncer con metástasis. El médico la conoce desde hace años (pero no al paciente) y sigue la evolución de la enfermedad. La paciente tiene dos hijos pequeños y dice que le resulta difícil explicarles lo enfermo que está su padre. Ahora han recibido el mensaje de que no se puede hacer nada más y que morirá en unos días. Al médico se le saltan las lágrimas cuando la paciente le cuenta esto. Tiene que tragar y coge un pañuelo de papel. La paciente no llora. Entonces el médico le renueva el certificado de baja por enfermedad. La paciente ya había estado en la lista de baja por enfermedad varias veces durante este período. Unos días después, el marido muere. Más tarde, la paciente describe públicamente este suceso. Dice que para ella fue muy significativo que el médico se sintiera conmovido.

Parece que nunca olvidamos la lección subliminal pero dominante que nos transmitieron en la facultad de medicina: los médicos somos omnipotentes, y debemos comportarnos de forma distante e impersonal. Sin embargo, a lo largo de nuestra carrera profesional aprendemos (y muchos médicos generales (que podemos llamar maestros), nos lo han enseñado) que el trabajo médico está inevitablemente cargado de emoción y lo podemos mejorar por nuestra conciencia personal. Se necesita un médico reflexivo para leer hábilmente la historia del paciente (1). Las presiones emocionales y el alto estrés laboral al que nos enfrentamos los médicos son factores de riesgo para el burnout (2,3). Los pacientes esperan que su médico se mantenga actualizado sobre la última evidencia científica, pero también quieren a un médico que se preocupe (4). La confianza mutua en la relación entre médico y paciente se basa en la presunción de que debemos compartir la información y las emociones relevantes (5). Sin embargo, en muchas ocasiones la línea que separa lo que se supone que es relevante o, por el contrario, se considera una violación de los límites es muy sutil y es tema de debate (6,7). ¿Cómo podemos entonces los médicos usar nuestras emociones y experiencias personales de vulnerabilidad para ofrecer en el mejor servicio a nuestros pacientes? Explorar aquellos eventos clínicos durante los cuales hemos percibido nuestra vulnerabilidad es un primer paso. El segundo es exponer esta vulnerabilidad de una manera que sea apreciada por el paciente y le ayude.

La viñeta con la que introducimos este artículo, es un buen ejemplo de lo que hablamos y de cómo la expresión de la propia vulnerabilidad del médico, mediante su llanto, representó un fuente de empatía para la paciente. Seguramente que hemos experimentado esa o similar situación con algunos de nuestros pacientes. Existen otras situaciones en la que el médico revela su vulnerabilidad a su paciente, por ejemplo:

La paciente que estaba molesta porque temía que sus hijos se quedaran con su ex marido en el futuro y su médico le revela que había estado en una situación similar.

El tutor que admite al residente, que no se atreve a intentar hablar en público, que él tiene el mismo problema.

El médico que atendió a un paciente que sufría graves ataques de pánico. Un cambio positivo importante se produjo después de que el médico le describiera sus propios síntomas similares con gran detalle.

En un encuentro con una paciente que se quejaba de sus síntomas pero sentía que su médico no la había escuchado. Al volver después, y afirmar que no aceptaría tales actitudes, porque sus síntomas eran reales. El médico se disculpó y luego pudo reconocer los síntomas de la paciente

Kristi Malterund y Hanne Hollnagel realizaron un estudio cualitativo con médicos generales en el que nos hemos basado y del que extraemos las principales conclusiones (8). Para estas autoras, el denominador común de estas situaciones (intencionalmente, hemos querido nosotros cambiar una para describirla en el contexto docente, ampliando así el mensaje del ámbito clínico al educativo), es

que esos profesionales habían experimentado y expuesto algún tipo de vulnerabilidad. También se incluye en algunas cómo el paciente había valorado lo sucedido. En algunas historias, la vulnerabilidad da lugar a una revelación personal o emocional. Dicha revelación puede darse como emociones que aparecen espontáneamente o como un intercambio de experiencias. Para Malterud y Hollnagel estos dos patrones, nos llevan a plantear la hipótesis de que la revelación es un aspecto importante de una expresión positiva de vulnerabilidad (8).

Beneficios y riesgos de exponer problemas personales

La vulnerabilidad de los profesionales puede estar relacionada con cuestiones personales y profesionales. Las situaciones descritas aquí se centran más en las primeras, aunque las segundas, que ponen de manifiesto la incompetencia que el médico pueda autopercebir, merecen también una atención especial. También este tipo de situaciones no son en absoluto ajenas a la realidad de la práctica. Así, Beach et al. (9) describieron que la autorrevelación médica tenía lugar en el 17% de las visitas de atención primaria. Las declaraciones de autorrevelación incluían tranquilizar, asesorar, construir relaciones y narraciones casuales, íntimas y extensas (10). La autorrevelación se describe como un comportamiento comunicativo complejo que no es necesariamente ni bueno ni malo. Sin embargo, entre casi 200 eventos estudiados, las revelaciones íntimas o extensas, que pudiesen considerarse como egocéntricas o de un mal uso del tiempo del paciente, fueron poco frecuentes (10).

Balint (11) dijo que el fármaco más frecuentemente utilizado en la práctica general era el médico. Sin embargo, no existe una farmacología de este importante fármaco. No hay ninguna guía sobre la dosis que el médico debe prescribir ni sobre los posibles riesgos o efectos secundarios indeseables de ese fármaco (11). Nos estamos centrando en los eventos en los que se percibe que una ?dosis excepcionalmente alta? da un buen resultado. No sabemos si estos eventos realmente benefician a los pacientes, excepto por las historias que ellos eventualmente puedan después relatarnos. El doloroso acto de revelar experiencias profesionales en las que se pueden romper las reglas convencionales de la interacción clínica requiere una justificación, una dimensión obviamente mezclada con las formas en la que sus narradores puedan relatar las respuestas de los pacientes.

Riordan describió las estrategias de gestión de la identidad que aplicaban médicos homosexuales y lesbianas para lograr el equilibrio adecuado entre la comunicación y la revelación en la consulta (12). Los médicos que ocultan constantemente cuestiones esenciales de identidad, ya sea la identidad sexual o simplemente las emociones, soportan cargas que a largo plazo pueden minar su energía y conducir a un estilo de atención ?desapegado? cuando no ?cínico?, a la vez que contribuye a generar sentimientos de burnout en el profesional. Aunque la revelación por parte del profesional de este tipo de situaciones a sus pacientes (y después a compañeros) puede ser una estrategia de alto riesgo para el médico, compartir puede ofrecer un alivio personal, así como contribuir a reducir la percepción del estigma por parte del paciente (13).

La vulnerabilidad es una cualidad humana y el médico no siempre tiene la opción de sopesar los pros y los contras de expresar emociones. En su estudio sobre el Holocausto, Vetlesen defiende el papel indispensable de la emoción, especialmente la facultad de la empatía, para la percepción y el juicio moral (14). El conocimiento moral no se puede separar del juicio clínico (15). Traducido al contexto clínico, la percepción y la exposición de las emociones por parte del médico son esenciales para comprender a los pacientes y sus problemas y para reconocer el carácter relacional distintivo de la práctica clínica.

Los hechos como los descritos, no justifican una reciprocidad incondicional de intimidad. Se supone que lo que sucede en el consultorio del médico beneficia al paciente, no libera ni cura al médico. Deberíamos evitar una revelación que sea auto-protectora o que invite al paciente a convertirse en el terapeuta del médico (16). Por ello, la formación del profesional debe incluir la reflexividad, no solo sobre las dimensiones cognitivas del compartir reflexivo, sino también sobre las emociones espontáneas del médico. Tenemos que aprender mucho más sobre cómo se puede exponer en la práctica clínica el conocimiento emocional de forma responsable y receptiva (17), reconociendo nuestra propia vulnerabilidad al reconocer las necesidades del paciente.

Referencias

DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. Acad Med. 2004;79:351?356.

Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ*. 2000;34:374?384.

Felton JS. Burnout as a clinical entity?its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)*. 1998;48:237?250.

Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15:480?492.

Katz J. *The Silent World of Doctor and Patient*. 2nd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2002.

Farber NJ, Novack DH, Silverstein J, Davis EB, Weiner J, Boyer EG. Physicians' experiences with patients who transgress boundaries. *J Gen Intern Med*. 2000;15:770?775.

Farber NJ, Novack DH, O'Brien MK. Love, boundaries, and the patient-physician relationship. *Arch Intern Med*. 1997;157:2291?2294.

Malterud K, Hollnagel H. The doctor who cried: a qualitative study about the doctor's vulnerability. *Ann Fam Med*. 2005 Jul-Aug;3(4):348-52. doi: 10.1370/afm.314.

Beach MC, Roter D, Rubin H, Frankel R, Levinson W, Ford DE. Is physician self-disclosure related to patient evaluation of office visits? *J Gen Intern Med*. 2004;19:905?910.

Beach MC, Roter D, Larson S, Levinson W, Ford DE, Frankel R. What do physicians tell patients about themselves? A qualitative analysis of physician self-disclosure. *J Gen Intern Med*. 2004;19:911?916.

Balint M. *El medico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos; 1971.

Riordan DC. Interaction strategies of lesbian, gay, and bisexual healthcare practitioners in the clinical examination of patients: qualitative study. *BMJ*. 2004;328:1227?1229.

Candib LM. What doctors tell about themselves to patients: implications for intimacy and reciprocity in the relationship. *Fam Med*. 1987;19:23?30.

Vetlesen A-J. Perception, empathy, and judgment. *Constellations*. 1994;1:427?430.

Hunter KM. Narrative, literature, and the clinical exercise of practical reason. *J Med Philos*. 1996;21:303?320.

Nisselle P. Is self-disclosure a boundary violation? *J Gen Intern Med*. 2004;19:984.

Malterud K, Candib L, Code L. Responsible and responsive knowing in medical diagnosis: the medical gaze revisited. *Nora*. 2004;12:8?19.