

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Enseñanza de la empatía en Medicina

DR. MARCELO FASCE V.¹

Distintas definiciones intentan aprehender el concepto de empatía. En palabras de Harries: la sensación de estar en casa con el objeto contemplado, para otros, simplemente la capacidad de acercarse afectivamente a un tercero. En este sentido, algunos autores puntualizan que no necesariamente se debe llegar a experimentar las emociones del otro para hablar de empatía, si no que bastaría con ser capaces de entenderlas y de relacionarse afectivamente con ellas sin que perdamos nuestro sentido de uno mismo¹⁻⁴.

La empatía resulta ser una característica esperable en el médico y se le atribuyen roles significativos: mejora la relación médico-paciente, favorece un adecuado diagnóstico, mejora la adherencia al tratamiento y los resultados del mismo, reduciendo los costos en salud¹.

Pareciera ser que los pacientes valoran esta característica y sus implicancias, lo que se ve reflejado en una investigación publicada en 1985, en que el 85% de personas que habían consultado a un médico en los últimos 5 años, habían pensado en cambiar de médico en algún momento debido a una mala calidad de comunicación².

En 1994 se publicó un estudio de revisión de formularios de reclamos por mala práctica profesional y se evidenció que estos podían agruparse en la percepción de que el médico no comprendió la opinión del paciente o su familia, que existió una mala calidad en la entrega de la información, que se percibió devaluando la opinión del paciente o la familia y que no apoyó en la forma que se esperaba³.

La importancia que tendría la empatía en el desempeño médico ha determinado una serie de investigaciones para conocer qué pasa durante el proceso de formación, ante la percepción de que los alumnos pueden perder esta característica a través de una experiencia negativa.

Se ha argumentado que existen diferentes condiciones que los alumnos de Medicina deben afrontar, las que eventualmente podrían influir en la pérdida del vínculo empático hacia sus pacientes⁴.

Entre éstas se cuentan: iniciar la formación sin

pacientes y centrado en células y cadáveres, el centrar el estudio en aspectos biológicos dejando a un lado aspectos emocionales y humanistas, el poco tiempo para actividades personales así como para compartir con los pacientes, la ansiedad de enfrentarse a los enfermos y la muerte sin un apoyo adecuado (pudiendo aprender a ocultar sus emociones), la competitividad, la falta de espacios de reunión entre alumnos y con docentes, etc.

Algunos han demostrado que existe reducción de empatía durante el proceso de formación^{5-7,13}, pero no todos los estudios avalan estos resultados, discutiéndose también el diseño de algunos de ellos. Los estudios de auto reporte tienden a avalar la percepción personal de los alumnos hacia una pérdida de la empatía, especialmente en relación a la pérdida de características humanistas^{8,9,13}.

Condiciones que afectan las conductas empáticas en estudiantes:

- Años iniciales de formación sin contacto con pacientes
- Énfasis en aspectos biológicos y carencia de enfoque humanista
- Falta de espacios para desarrollo personal
- Tiempo limitado para compartir con pacientes
- Apoyo insuficiente para enfrentar la enfermedad y la muerte
- Competitividad

Uno de los focos de atención respecto de cómo puede afectarse la empatía ha sido los aspectos emocionales de enfrentar un paciente. La ansiedad de compartir con una persona enferma y que sufre tiende a provocar ansiedad, lo que puede desencadenar modos de afrontamiento que deterioren una relación empática, pero que disminuyan la angustia. Se sugiere que estas primeras manifestaciones emocionales sean evaluadas y que los alumnos sean acompañados emocionalmente en este proceso¹⁰. Las primeras aproximaciones a los pacientes reales pueden generar ansiedad en cuatro principales áreas, las que han sido planteadas

1 Psiquiatra, Prof. Asistente. Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

en forma de cuestionamientos o preocupaciones: primero, centrarse en la patología o en el enfermo; segundo, no saber o saber demasiado; tercero, sentirse vulnerable o negar las emociones y, cuarto, cuándo y cómo reaccionar frente a un paciente.

El dilema de la patología *versus* el enfermo se aprecia en que los alumnos comienzan sabiendo más del cuerpo y las enfermedades que de las personas. Su primera aproximación es a la célula y a la anatomía. De allí que las escuelas de medicina tiendan a favorecer una temprana incorporación de los alumnos a actividades clínicas iniciales. Estas últimas pueden resultar motivadoras, pero favorecen los procesos antes mencionados, si los alumnos no son acompañados. Por otra parte, el sentirse ignorantes frente a un tema que aqueja a un paciente puede provocar emociones relacionadas al temor a la muerte o al fracaso terapéutico, determinando que el alumno se centre más en la búsqueda de información que en el apoyo emocional al paciente. Cuando el alumno cree saber mucho, también puede no seguir explorando aspectos psicosociales que sean de importancia para el paciente. Algunos autores denominan «pseudopatía» a que el alumno crea que al paciente le ocurre o siente lo que a él mismo en esa situación. Frente a la ansiedad de enfrentarse al enfermo los alumnos pueden reaccionar en forma más vulnerable con sobreidentificación con lo que les pasa o con una menor identificación, negando la emocionalidad y distanciándose afectivamente del enfermo. Finalmente, existen ocasiones en que es importante saber si actuar o no, responder o callar, expresar una emoción personal o hacer ver algo al paciente, situaciones en que la falta de experiencia puede determinar paralizarse en la falta de acción o en actuar en forma precipitada. Se considera que el ser capaz de conocer al enfermo en su totalidad (biopsicosocial), el aceptar la falta de conocimiento manteniendo la curiosidad por conocer, el ser consciente de las etapas y procesos emocionales que se van a experimentar en la convivencia con los pacientes y tener nociones de cuándo es bueno actuar y cuando no, favorecen un acercamiento más empático con los pacientes y determinan de esa forma una mejor relación terapéutica.

Algunos autores han centrado la discusión de la empatía como un proceso de comunicación en que podemos tener una mayor o menor capacidad para captar mensajes que pueden orientarnos a pensar que el paciente desea entrar en un terreno más emocional de su historia¹¹. Frente a esta situación, en una entrevista, debiéramos tener la capacidad de captar estas señales y continuarlas mediante un comentario que determina que se desarrolle la empatía y el paciente se sienta comprendido. Por el contrario, también podemos terminar una oportunidad empática al no ser capaces de verla o al dejarla pasar cambiando de tema,

porque, por ejemplo, la situación a tratar pueda incomodarnos. Al considerar la empatía como un proceso, también pueden analizarse tres etapas consecutivas, la capacidad de Insight, a la que nos referíamos previamente en relación a ser capaces de captar las preocupaciones y emociones de los pacientes, la etapa del compromiso, en que nos identificamos con ellas y la compasión en que nos sentimos incómodos por el dolor del otro y nos movilizamos a buscar la forma de ayudarlo para aliviar el dolor. Existen autores que han concluido que la etapa de insight es potencialmente educable, pero que las otras dos están más vinculadas a la personalidad, siendo difícil que la formación médica pueda cambiarlas¹³. De esta manera, las estrategias de enseñanza debieran basarse en que los alumnos aprendan a captar las emociones y preocupaciones de los pacientes, favoreciendo el desarrollo de una relación empática.

Las 3 etapas de la empatía como proceso:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> · Captar emociones y preocupaciones del paciente · Identificación con ellas · Compasión y ayuda |
|---|

Se han implementado diferentes técnicas para educar la empatía. Las que más han destacado han sido el trabajo en historias clínicas como forma de captar en su total globalidad y complejidad al enfermo⁴ y la interacción con pacientes. En este último sentido se puede mencionar una experiencia realizada con alumnos de primer año de Medicina a quienes se les solicitó que acompañaran a un paciente durante todo un día de consulta en una unidad clínica para posteriormente reunirse a discutir lo experimentado en pequeños grupos guiados por un tutor. Los temas planteados tenían relación con la capacidad de comunicación del médico, la capacidad de comprensión del paciente, la necesidad percibida de continuar acompañando al paciente y la satisfacción de la atención en caso que el paciente hubiese sido un familiar cercano¹².

Centrar la enseñanza de la empatía en la capacidad de lograr «insight» debiera orientarse a tres áreas principales: una entrevista centrada en el paciente que favorezca el desarrollar una adecuada relación médico-paciente, averiguar las preocupaciones del paciente y no solamente los síntomas, y registrar los datos en una historia clínica, en la cual se destaque la preocupación principal además del motivo de consulta clásico. En la etapa preclínica sería fundamental que se desarrollen habilidades de comunicación y que en la etapa clínica los alumnos se mantengan en una interacción más prolongada con cada paciente. Como es cada vez más frecuente que los alumnos comiencen a relacionarse con paciente en la etapa pre clínica, se sugiere que en esta etapa se integren los conoci-

miento de bioética, entrevista clínica y habilidades de comunicación. Todas estas habilidades deben mantenerse durante el proceso longitudinal

de la carrera, evitando que sean momentos aislados de aprendizaje y reforzándose ante las nuevas vivencias de los alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellet P. Maloney M. JAMA. 1991; 266: 1831-2.
2. Cousins N. N Engl J Med 1985; 313: 1422-4.
3. Beckman H. Arch Int Med 1994; 154: 1365-70.
4. Spiro H. Ann Intern Med 1992; 116: 843-6.
5. Newton B. Acad Med 2002; 75(12): 1215-6.
6. Mangione H. Med Educ 2004; 38: 934-41.
7. Spencer J. Med Educ 2004; 38: 916-920.
8. Beaudoin C. CMAJ. 1998; 159: 765-9.
9. Collier V U. Ann Intern Med. 2002; 136: 384-90.
10. Rosenfield P. Jones L. Med Educ 2004; 38: 927-33.
11. Suchman A. JAMA, 1997; 277(8): 678-82.
12. Henry-Tillman R Am J Surg 2002; 182: 659-62.
13. Benbassat J. Baumal R. Acad Med. 2004; 79: 832-9.