

## Escuchar, narrar, construir historias: el oficio de un médico

*Conocer qué clase de persona tiene una enfermedad es tan esencial como conocer qué clase de enfermedad tiene una persona.*

F. S. SMYTH

### Encuentro entre un paciente y su médico

*Médico:* Buenas tardes, señor X. ¿Qué lo trae por aquí?

*Paciente:* Bueno, yo soy una persona que en mis 55 años muy rara vez fui a ver un médico..., porque los doctores son para la gente que está realmente enferma, ¿no es cierto? Vengo porque comencé a tener esta molestia en el pecho (*apoya la mano extendida sobre el esternón*), no parece nada malo porque no es importante y me dura poco. Sin embargo, no puedo dejar de pensar en mi mejor amigo, Carlos, trabajábamos juntos, ahora debe hacer 3 años (*su voz va disminuyendo, mira hacia el suelo, se le humedecen los ojos*) que murió de un infarto...

*Médico* (interrumpiendo): ¿Cuándo comenzó a sentir esa molestia en el pecho?

*Paciente* (sigue como si no lo escuchara): Quería decirle que vine a consultarlo porque en realidad me preocupa esta molestia en el pecho porque se parece a la que comentaba Carlos y que los médicos le decían que eran dolores musculares..., hasta que tuvo ese infarto masivo y se murió...

*Médico* (interrumpiendo nuevamente): Bueno, ahora ¿puede comentarme cuándo comenzó a sentir esa molestia en el pecho?

*Paciente:* Empezó hace 3 semanas; (*sigue su relato*) en la TV dicen que si se descubre temprano se puede tratar y que para eso se pueden hacer diferentes pruebas...

*Médico* (nueva interrupción): ¿Cuándo tiene la molestia en el pecho?

*Paciente:* Cuando camino hacia el colectivo a la mañana, al llegar a la tercera cuadra y también en otro momento del día si tengo que caminar apurado adentro del trabajo; (*continúa con su relato*) yo sé que por no haber dejado el cigarrillo hace mucho tiempo ahora voy a pagar el precio. Como no me puedo sacar estas cosas de la cabeza, vine a verlo. Quizás si usted me indica alguna de esas pruebas me pueda quedar tranquilo o si estoy realmente enfermo todavía hay tiempo de hacer algo porque...

*Médico* (una nueva interrupción): ¿Cómo hace para que desaparezca la molestia en el pecho?

*Paciente:* Muy fácil. Me paro y desaparece rápidamente en uno a dos minutos y puedo seguir caminando, aunque lo hago más despacio (*ahora ya no sigue su relato y espera una nueva pregunta*).

*Médico:* Le voy a pedir una prueba de eco estrés porque creo que puede tener una enfermedad coronaria que va a necesitar tratamiento.

### Historia de consultorio escrita por el médico

El señor X es un hombre sano de 55 años. Su dolor precordial comenzó hace 3 semanas, tiene características típicas de una angina de reciente comienzo con capacidad funcional grado II a III, sin ningún tratamiento específico. Es un fumador pesado desde su juventud. Por todo esto le pido un eco estrés sin tratamiento para confirmar el diagnóstico y empezar el tratamiento. También pedí análisis de rutina, que no tenía, para conocer el resto de los factores de riesgo.

### INTRODUCCIÓN

La viñeta inicia el artículo con el mismo evento visto desde la narración colorida y vívida del paciente, que es interrumpido en su relato varias veces, y desde la perspectiva de lo que escribe el médico que separa y descarta los aspectos subjetivos del relato de los hechos biomédicos, que es lo único que deja registrado en la historia.

Ese punto del encuentro médico, cuando el paciente y el médico comparten la información acerca del problema de salud que tienen entre manos, representa el momento crítico de la unión. Esos minutos iniciales de la entrevista colocan el “tono” en que se desarrollará todo el encuentro, dando forma ambos a la visión de la interacción de sus papeles, lo que puede esperar uno del otro y cómo funcionará esa relación de allí en adelante.

En un encuentro con su médico, el paciente expresa sensaciones internas o malestares que llaman su atención y espera que el médico le asegure que todo sigue “físicamente” bien, o si detecta alteraciones –que la ciencia médica podría llamar enfermedades– restablezca, con el mínimo de molestia posible en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, su estado de “silencio” corporal que le permita volver a su vida anterior completa o con el mínimo de limitaciones posibles.

Pero el encuentro con un paciente no es, ni nunca será, solamente un ejercicio cognitivo sobre su presunta enfermedad; está indisolublemente unido a las inquietudes, sentimientos e ideas del paciente con respecto a ese malestar. Este hecho hace que muchos pacientes no se sientan escuchados ni comprendidos por su médico y es comprensible su disgusto cuando la entrevista sólo se dirige hacia sus molestias como una alteración biomédica, sin enfocar con atención sus preocupaciones, intereses, sentimientos o ideas que expresan, ya sea en forma directa o en claves sutiles que el médico debe entender.

¿Por qué esto es importante? Porque toda la evidencia disponible sugiere que los médicos que ponen el foco en el propio paciente tanto como en la enfermedad obtienen datos de la historia clínica más seguros, precisos y aun inesperados, mejoran la satisfacción del paciente y por ende incrementan su adherencia a los estudios que se les pida y a la medicación que se instituya y, lo que no es menor, colocan en un plano superior y más efectiva la relación entre el médico y

el paciente. Aunque sólo fuera para lograr ser mejores profesionales biomédicos, deberíamos esforzarnos en adquirir y mejorar las destrezas necesarias para "construir una historia", ya que la experiencia de la enfermedad en cada paciente es única, por lo cual el mejor cuidado para ese paciente debe incluir la atención a sus motivaciones, valores y deseos, a sus pensamientos y sentimientos y a la forma en que experimenta la enfermedad. (1)

Es decir, debemos "danzar" con el paciente y a través de él con su familia, que significa servirle de compañero empático en su relato durante el encuentro o, como otros dicen, hacer una entrevista centrada en el paciente.

Los médicos que practican la medicina clínica, cuando adquieren la experiencia suficiente, nunca dejan de reconocer que los encuentros personales con los pacientes constituyen los aspectos más satisfactorios de su vida profesional. Reconocen que la empatía, la habilidad para "conectarse" con los pacientes –en un sentido profundo, escucharlos, prestarles atención– se apoya en el corazón de la práctica médica. (2)

Vamos a discutir cómo estas técnicas y el lenguaje que mejoran nuestra efectividad médica no son instintivos y pueden aprenderse y mejorarse. Muchos objetan este enfoque holístico porque, al inicio, es posible que el médico se sienta torpe como cuando comienza a aprender a andar en bicicleta; otros, en cambio, piensan que es un "ideal" impracticable en la práctica, fundamentalmente por el tiempo que les insumiría conocer a cada paciente. Sin embargo, la realidad es que en poco más de un minuto –si no interrumpe al paciente en su relato de presentación– el médico adiestrado, que se maneja espontáneamente, como cuando se adquirió la habilidad de manejar la bicicleta, puede obtener un esbozo inicial de un paciente como persona; el cuadro se hará más rico y complejo cuando se va desarrollando la relación entre ellos.

#### ATENCIÓN RESPETUOSA NO VERBAL QUE RECONFIRMA LO HABLADO

Además de las palabras que alientan a un paciente a compartir esperanzas e inquietudes, es necesario que a su lado existan gestos de atención respetuosa y de connotación afirmativa, ya que esto es congruente con la forma de construir una relación terapéutica larga y duradera.

La comunicación no verbal de actitudes y sentimientos del médico habla tan alto como lo que expresa en palabras y el mensaje coherente y no dividido es la evidencia más fuerte del deseo de ayudar al paciente.

Inclinarse levemente hacia el paciente, mirarlo directamente a los ojos para hacer contacto visual, mover la cabeza lentamente y utilizar murmullos como "hmm...ms" son maniobras facilitadoras que demuestran interés del médico en el relato del paciente.

Para estar verdaderamente centrado en el paciente y conseguir un contacto personal –aun cuando hu-

biera otros médicos presentes como en una recorrida–, el médico debe demostrar de ambas maneras, verbal y no verbalmente, que la parte más importante de la entrevista médica es la persona que está frente a ellos.

#### LA ENTREVISTA CENTRADA EN EL PACIENTE

Después de esta breve introducción, vamos a sumergirnos en la anatomía de un encuentro médico para diseccionar *¿qué necesitamos conocer los médicos de la persona del paciente?*, pero diciéndolo con las frases que utilizaría un médico para averiguar *¿quién es el paciente?*, cuál es la vida de esa persona que tengo enfrente, *¿qué quiere del médico y del grupo médico?*, o sea cuáles son sus valores y sus miedos, *¿cómo experimenta su enfermedad?*, cuál es su significado simbólico y como lo afecta en sus relaciones, *¿cuáles son sus ideas acerca de la enfermedad?*, qué entiende o percibe de la afectación y su causa, y *¿cuáles son los sentimientos principales acerca de la enfermedad?*, siente miedo, desconfianza, enojo, tristeza o ambivalencia. Luego entraremos en la fisiología del encuentro, aceptando que más que tomar pasivamente la historia del paciente lo que hacemos es construir una historia y también reconocer las *palabras que nos ayudan a construir empatía*.

#### ¿QUÉ NECESITAMOS CONOCER ACERCA DE LA PERSONA DE UN PACIENTE? (1)

##### a) ¿Quién es el paciente?

En el encuentro médico, el paciente no sólo trae sus molestias corporales sino las circunstancias de su vida cotidiana indisolublemente unidas, por lo cual traer a la conciencia la información psicosocial de ese paciente ayuda a construir la relación terapéutica y el proceso de diagnóstico.

Algunos médicos, a poco de comenzar la entrevista con un nuevo paciente, le preguntan acerca de él mismo: *Antes que adentrarnos en su problema médico, me agradecería que me cuente un poco acerca de usted*. O también puede decir: *Dígame acerca de usted, ¿cómo se describiría?*, o aún más concreto: *Si tuviera que describirse en pocas palabras, ¿qué diría?*

A veces resulta trabajoso, porque la pregunta sorprende al paciente; como en el siguiente relato.

Médico: *Ahora que oído un poco acerca de su malestar, y antes de que vayamos a revisar todos sus otros problemas de salud, me agradecería conocerlo como persona.*

Paciente: *¿Cómo qué?*

Médico (replicando): *Bien, su trabajo, cómo es su hogar, cómo le va en su vida, esa clase de cosas.*

Una vez que responde, si necesita conocer más detalles: *Dígame acerca de eso.*

Cuando el paciente vuelve a la consulta: *¿Qué hay de nuevo últimamente en su vida?*, o la más habitual: *¿Algún cambio desde la última visita?* O si conoce al

gún evento: *¿Cómo le fue en el viaje de vacaciones en Uruguay?*

### b) ¿Qué quiere del médico y del grupo médico?

Muy a menudo, los médicos presumen que los objetivos que lleva al paciente a la consulta son exactamente los mismos que él tiene como clínico. Es útil aclarar, muchas veces, este malentendido desde el comienzo de la relación.

Durante algún momento de la primera consulta podría decir: *Ya que somos nuevos el uno para el otro, me ayudaría mucho entender cuál es su mayor esperanza en la relación médica que iniciamos.*

Quizás también: *Me ayudaría mucho si “puede decirme” qué funcionaba y cuáles eran los problemas en la relación con su médico anterior.*

Una frase como la anterior –*¿puede decirme...?*– es, entre paréntesis, técnicamente pasible de ser respondida con un “sí” o un “no” y aparenta ser una pregunta cerrada, del tipo que un médico debería evitar. Pero la mayoría de los pacientes toman esta pregunta como una invitación a decir más y responden, por suerte, contando una historia apropiada y no con una respuesta de una sola palabra.

A veces se descubre que las diferencias entre el punto de vista del médico y las expectativas del paciente son enormes; en esa situación es conveniente expresar con amabilidad lo que uno siente, diciendo algo como: *Ya veo; suena a que lo que usted espera de mí es esto o lo otro y lo de más allá. Pero la dificultad que estoy teniendo es que la manera en que veo mi papel es hacer esto, esto otro o quizás aquello. Ya que nosotros tenemos ideas diferentes acerca de lo que yo puedo hacer por usted, ¿deberíamos charlar cómo podemos ponernos de acuerdo?* Aunque parezca duro, en última instancia, expectativas tan conflictivas, si no se descubren y negocian desde el comienzo, echan a pique cualquier relación futura.

Las expectativas y las esperanzas de por qué se consulta en este momento pueden surgir espontáneamente como en la viñeta inicial, o si se pregunta específicamente: *¿Qué lo lleva a venir hoy, en lugar de unas semanas antes?*

También, naturalmente, está hablando sobre su persona cuando contesta acerca de sus síntomas, en una pregunta tan simple como: *¿Qué clase de problema lo está molestando?*

### c) ¿Cómo experimenta su enfermedad?

Cuando el médico inquiriere acerca de la experiencia que tiene el paciente de su enfermedad, cuanto más abierta sea la pregunta, mejor: *¿Qué cambios en su vida le ha impuesto esta enfermedad?* O reconociendo su carga: *Por lo que dice, imagino que la enfermedad es muy difícil. ¿Puede decirme que ha representado para usted? ¿Puede decirme más acerca de eso?*

Se le podría preguntar cómo la enfermedad afecta su funcionamiento (*¿qué ya no es más capaz de hacer o tiene problemas para hacer, de lo que antes hacía?*),

sus relaciones (*¿cómo se maneja ahora con su familia?*) y su autoimagen (*¿se ve diferente desde que comenzó el problema?*).

### d) ¿Cuáles son las ideas acerca de su enfermedad?

Se puede preguntar acerca de cuál es su teoría sobre la etiología: *¿Qué piensa que está causando estos dolores de pecho? ¿Qué ideas tiene acerca de por qué puede haberlo tenido? ¿Por qué piensa que está sucediéndole ahora?*

Acerca de pensamientos sobre el pronóstico: *¿Cuáles son sus inquietudes acerca de la enfermedad coronaria? Cuando piensa lo que le puede suceder, ¿qué es lo que más lo angustia?*

Acerca de la terapéutica apropiada: *¿Qué piensa que debemos hacer acerca de la enfermedad coronaria? ¿está de acuerdo con el tratamiento?*

A veces dudan o niegan tener un modelo explicatorio, porque piensan que serán criticados por el experto (médico) y dicen por ejemplo: “No tengo ni idea. Por eso vengo a verlo. Usted es el experto”. El médico puede responder: *Lo entiendo, pero muchas veces uno tiene algún pensamiento sobre el problema. Si tuviera alguna idea, ¿cuál sería?*

Si uno se percató de que existen diferencias, lo mejor es traerlas a la superficie para poder discutir las: *Suena como si hubiera estado pensando que el problema es tal y que nosotros deberíamos hacer esto otro por ese problema. Pero desde mi perspectiva, se ve más como tal cosa que necesita tal tratamiento. ¿Qué piensa?*

### e) ¿Cuáles son los sentimientos principales acerca de la enfermedad?

Se pueden utilizar técnicas directas, o a veces indirectas, para descubrir las emociones del paciente. Directamente se le puede preguntar: *¿Cuáles son los sentimientos que le vienen por su enfermedad?, usted sabe, las emociones que le surgen.*

Reiterar que los sentimientos son importantes: *Estoy interesado en conocer por qué cree que le sucedió el infarto, pero también quiero conocer cuál fue su reacción personal; usted sabe, la emoción que experimentó cuando con el dolor en el pecho le dijeron que tenía un infarto.*

Si a pesar de todo permanece reticente o aun expresa su dificultad diciendo, por ejemplo, “No me gustan todas esas preguntas sobre mis sentimientos”, el médico podría decir: *Veo que no quiere charlar de esto. Por supuesto, no tiene que decirme nada que sea demasiado incómodo para charlarlo. Pero como su médico tengo que tratar de comprenderlo tan completamente como pueda; si a veces hago preguntas que parecen invasivas, le pido disculpas. Pero cuanto mejor pueda comprenderlo, de más ayuda puedo serle”.*

La comprensión de una situación debe comunicarse claramente al paciente: *Reconozco que esta experiencia con la cirugía coronaria ha sido bastante atemorizante para ambos, usted y su esposa. Puedo entender cómo se sintió.*

Otras veces, ante el desborde emocional del paciente, en realidad, el médico puede simplemente permanecer en respetuoso silencio, presente y atento mientras refleja su comprensión y permite al paciente absorber la sensación de ser comprendido.

#### NO "TOMAMOS" UNA HISTORIA SINO QUE LA "CONSTRUIMOS"

Aunque pareciera que en la enseñanza formal nos educan para "tomar" una historia, queriendo decir con esto que cuando un paciente y su médico comparten información, el médico es un observador externo neutral y sólo "recoge" la información que "cae en sus manos". La realidad es que cuando tomamos una historia, como en la viñeta que introduce este artículo, el médico "construye" la historia, en el ejemplo recortando lo que quiere oír –la información biomédica– con numerosas interrupciones y preguntas dirigidas. (3)

Ya que siempre construimos las historias de nuestros pacientes, contraponamos a la viñeta una historia "construida" conscientemente, danzando con el paciente y consiguiendo una relación de empatía y terapéutica.

#### Encuentro entre un paciente y su médico que "construye" la historia

*Médico:* Buenas tardes, señor X. ¿Qué lo trae por aquí?

*Paciente:* Bueno, yo soy una persona que en mis 55 años muy rara vez fui a ver un médico..., porque los doctores son para la gente que está realmente enferma, ¿no es cierto? Vengo porque comencé a tener esta molestia en el pecho (*apoya la mano extendida sobre el esternón*), no parece nada malo porque no es importante y me dura poco. Sin embargo, no puedo dejar de pensar en mi mejor amigo, Carlos, trabajábamos juntos, ahora debe hacer 3 años (*su voz va disminuyendo, mira hacia el suelo, se le humedecen los ojos*) que murió de un infarto...

*Médico* (aprovechando el silencio): Veo que lo emociona recordar a su amigo y pienso que le preocupa que pueda pasarle lo mismo.

*Paciente* (asiente moviendo la cabeza): Es cierto. Vine a consultarlo porque en realidad esta molestia en el pecho se parece a la que me comentaba Carlos y que los médicos le decían que eran dolores musculares..., hasta que tuvo ese infarto masivo y se murió...

*Médico* (inclinándose y mirándolo a los ojos): Entiendo que le preocupe que no le presten la atención necesaria como le pasó a su amigo. No descartaré sus molestias a menos que esté completamente convencido de que no tienen importancia. Ahora, ¿podría comentarme con detalles cuándo comenzó a sentirla y en que circunstancias aparece?

*Paciente:* Comenzó hace 3 semanas, cuando caminaba hacia el colectivo a la mañana; al llegar a la tercera cuadra comencé con el malestar en el pecho que terminó rápidamente al quedarme quieto en la parada. Después de esa vez, además de al caminar a la mañana, aparece también en otros momentos del día, en general si tengo que caminar apurado tanto en la calle como en el trabajo. ¿Se entiende lo que digo?

*Médico* (asintiendo con la cabeza): Perfectamente, su descripción me es de mucha ayuda; es la de un buen observador. Prosigue por favor.

*Paciente* (continuando con su relato): Yo he sido un fumador de 2 paquetes de cigarrillos desde mi juventud y en los últimos 10 años disminuí a 1 paquete. Conozco, por lo que leí, que por no haber dejado el cigarrillo hace mucho tiempo ahora voy a pagar el precio. Como no me puedo sacar esta idea de la cabeza, vine a verlo. Quizás si usted me indica alguna de esas pruebas que dicen en la TV, me pueda quedar tranquilo o si estoy realmente enfermo todavía habría tiempo de hacer algo.

*Médico* (reafirmando): Usted impresiona como una persona en buen estado general, este malestar que tiene, si fuera un problema coronario estaría en su etapa inicial y tenemos muchos medios para permitirle una vida plena, desde el tratamiento actual con drogas que es muy eficaz, hasta procedimientos como abrir la arteria, la que llaman angioplastia, o en menos casos la cirugía coronaria. Pero no nos adelantemos, estamos en el principio. Llegado este punto permítame hacerle algunas preguntas específicas.

*Paciente:* Por supuesto, para eso vine.

*Médico:* Después de la primera molestia, las otras que aparecían haciendo algún esfuerzo, ¿también desaparecen si deja el esfuerzo? (*Paciente* sí). Si le doy tres palabras para describir la molestia, puntada, falta de aire, opresión, ¿cuál usaría? (*Paciente* opresión). ¿A veces sentía también algún malestar en el brazo? (*Paciente* sí, en el brazo izquierdo cuando la molestia en el pecho era fuerte o duraba más). Ahora, ¿podría recostarse en la camilla para realizarle un examen?, y mientras lo hacemos le haré algunas preguntas más de molestias pasadas o actuales de otros órganos.

*Paciente:* ¿Me puede decir en que está pensando?

*Médico:* Hasta ahora, faltando el examen físico y algunas otras preguntas, mi convencimiento es que tiene una lesión coronaria que comenzó a darle estos síntomas que usted tan bien describe. Como todavía no tiene tratamiento médico, voy a aprovechar para pedirle una prueba de eco estrés, para conocer algo más de la severidad. Le recetaré esta pequeña pastilla para poner debajo de la lengua si presenta alguna molestia parecida o si tiene que hacer un esfuerzo conocido. Apenas realice la prueba venga a verme sin turno para que comencemos el tratamiento médico completo y discutamos si es necesario algún otro enfoque terapéutico más.

*Paciente:* Aunque me inquieta saber que tengo enfermedad coronaria, me tranquiliza que me haya escuchado, que comparta mi preocupación y que haya sido sincero.

La organización mental del médico que "construye la historia", desde ambas perspectivas, tanto la del paciente como la biomédica, es reforzada recontando la historia utilizando la organización y el lenguaje del paciente y llenando las piezas biomédicas importantes perdidas.

Contra lo que se piensa, afirmamos que estas habilidades y actitudes se pueden aprender y que ellas contribuyen a la habilidad del médico para facilitar los dichos del paciente en su propia narrativa, sin alargar en forma indebida la información compartida durante la entrevista médica.

Si se enseñaran estrategias que puedan aplicarse en tiempo real durante la clínica cotidiana de los médicos, se alentaría el aprendizaje de las habilidades requeridas para "construir historias" sin un gran insumo de tiempo. Por ejemplo, podrían hacerse graba-

ciones de audio de las consultas diarias para una revisión y evaluación posterior y de esa forma alentar a una mayor calidad y cuidado en hacer las preguntas.

### PALABRAS QUE AYUDAN A CONSTRUIR EMPATÍA

¿Qué es la empatía? En la clínica, *empatía* es la habilidad del médico de entender la situación, perspectiva y sentimientos del paciente y comunicarle que lo comprende.

La utilización efectiva de la empatía promueve la seguridad diagnóstica, la adherencia terapéutica y la satisfacción del paciente y también del médico, mientras permanece eficiente el tiempo de la entrevista.

Ciertas palabras y sentencias en el momento oportuno facilitan la empatía durante el encuentro clínico. Estas *“palabras que ayudan a construir empatía”* son parte del material siguiente.

La palabra *empatía* fue acuñada en 1909 del griego *en* y *pathos* (sentimiento interno) por Titchener y durante alrededor de 50 años se le dio una connotación de respuesta emocional sustitutiva, como si uno experimentara los sentimientos del otro como propios, como si fuéramos esa otra persona. Lief y Fox, en 1963, utilizaron la palabra para significar un *“interés separado”*; escribieron que la empatía implica una *“comprensión emocional del paciente”*, mientras se mantiene la suficiente separación *“así que la destreza médica del experto puede ser aplicada racionalmente al problema del paciente”*. En la práctica, *“la comprensión emocional”* tiene que ser puesta a prueba comprobándolo con el paciente y su seguridad está facilitada por la iteración.

El concepto de empatía tiene tres implicaciones importantes. Primero, la empatía tiene un foco cognitivo, porque el médico *“entra en”* la perspectiva y experiencia de otra persona usando claves verbales y no verbales, pero no debe perder su propia perspectiva ni colapsar la distancia clínica. Segundo, la empatía tiene un foco afectivo o emocional, que reside en la habilidad del clínico para ponerse en el lugar del paciente, o sea, caminar un trecho con sus zapatos y resonar con sus sentimientos. Finalmente, la definición requiere un componente para la acción, ya que no se sabe si se está haciendo bien sin realimentación (p. ej., como: *“Permítame ver si estoy en lo correcto”* o *“quiero estar seguro de que comprendo lo que usted quiere decir”*). Esto da la ocasión al paciente para corregir o modular las formulaciones del médico, al mismo tiempo que expresa un deseo en el médico de escuchar profundamente y por lo tanto refuerza el vínculo entre el clínico y el paciente.

No debe confundirse *“empatía”* con *“simpatía”*, ya que ésta significa identificación emocional completa con la condición del paciente. Una respuesta simpática sería llorar junto al paciente o enojarse cuando el paciente cuenta una injusticia, expresando los mismos sentimientos del paciente. Si bien en muy contadas ocasiones puede contribuir a la relación médico-

paciente, muchas veces el médico disimula la simpatía, como cuando uno se encuentra con un paciente desagradable. La empatía es más versátil y es una habilidad para desarrollar en un médico y no depende de que tenga sentimientos congruentes con su paciente; un médico puede ser empático aun cuando no pueda ser simpático.

La empatía hace que el paciente se sienta comprendido, respetado y validado, por lo cual promueve la satisfacción, facilita la calidad y la cantidad de los datos clínicos que brinda en un encuentro, genera una relación más terapéutica.

La empatía clínica puede visualizarse como una *“retroalimentación positiva”*. Con un camino aferente que incluye claves verbales y no verbales que nos llevan a iniciar la evaluación y comprensión del mensaje que nos envía el paciente y una rama eferente que son las respuestas del médico cuando inquiere con un *“dígame más”* o declaraciones como *“me imagino cuán difícil es”*, permitiendo que se facilite información adicional. Es muy difícil para un clínico darse cuenta completamente de la situación del paciente con rapidez, pero los sucesivos ciclos de empatía clínica que se generan hacen más seguro reconocer la perspectiva y los sentimientos del paciente.

### ENCUADRE Y REFLEJO DEL CONTENIDO

Los clínicos a menudo inician una respuesta empática cuando *“recogen”* una sugestión o indicación de que el paciente está experimentando preocupación, conflicto o emoción.

Debido a que los pacientes no están acostumbrados a respuestas empáticas en la conversación ordinaria, los clínicos pueden necesitar poner al descubierto su intento proveyendo un *“encuadre”* para abreviar camino, con estas declaraciones:

*Veamos si estoy en lo correcto.*

*Lo que me está diciendo parece como si fuese...*

*Parece como...*

Una respuesta empática identifica con seguridad tanto los hechos como la naturaleza e intensidad de los sentimientos, preocupaciones o dudas contenidos en la declaración del paciente. Una acción refleja de síntomas o ideas puede sonar como:

*Así que estaba bien hasta esta mañana, cuando se despertó con dolor en el pecho que fue haciéndose más fuerte desde entonces. Parece que piensa que tiene un infarto y que podría necesitar ir al hospital.*

El médico también puede espejar los intereses y los valores del paciente:

*Si lo que estoy escuchando es correcto, lo que realmente disfruta es salir a la noche con sus amigos y tomarse unas copas.*

### IDENTIFICAR Y CALIBRAR LA EMOCIÓN

A veces, el contenido emocional es evidente, pero la naturaleza de la emoción es poco clara. En tales ca-

sos, si se le da una oportunidad, el paciente a menudo revelará los sentimientos diciéndole:

*Dígame lo que siente acerca de esto.*

*Tengo la sensación de que está emocionado, pero no se qué sentimiento tiene. ¿Puede decírmelo?*

Los siguientes son ejemplos de respuestas empáticas a declaraciones del paciente que expresan tristeza, miedo, enojo, desconfianza y ambivalencia:

Tristeza: *Eso debe haber sido una experiencia bastante dolorosa para usted, parece muy triste.*

Miedo: *Parece estar realmente atemorizada desde que supo que tuvo un infarto.*

Enojo: *Esa situación realmente lo molestó, ¿no es así? No puedo imaginarme cuán enojado me sentiría si me hubiera ocurrido a mí.*

Desconfianza: *Parece que no confía en mí, desde que no le devolví la llamada la última semana.*

Ambivalencia: *Me parece que está en duda si va a dejar de fumar o no.*

#### REPREGUNTANDO Y ACEPTANDO LAS CORRECCIONES

La aceptación respetuosa de las correcciones del paciente es una forma poderosa de comunicar el deseo de comprender.

*¿Dejé algo afuera? ¿Me perdí de algo?*

Cuando es corregido, el médico incorpora el nuevo dato en un segundo (o tercer) ciclo de escucha, reflejo y respuesta. El proceso continúa hasta que el paciente confirma la comprensión del clínico: "Así es, Doc" o "Usted lo entendió, Doc".

#### CUÁNDO Y DÓNDE

Como dijimos, los clínicos a menudo inician en forma automática una respuesta empática (que hacen inconscientemente) cuando "recogen" una indicación transparente o sutil de que el paciente está experimentando preocupación, conflicto u emoción. ¿Cuáles son esas indicaciones? En algunos, una franca expresión de sufrimiento u emoción; en otros, un sutil comentario afectivo se "deja caer" casualmente para probarnos, como se prueba la temperatura del agua.

A veces, el clínico observador puede darse cuenta de los mensajes discordantes entre la expresión verbal y los aspectos no verbales de la comunicación, como contacto de ojos, movimientos y respuesta autonómica.

Estos momentos son oportunidades empáticas potenciales, que no hay que rechazar cambiando de tema.

#### NO HAGA ALGO, MANTÉNGASE ALLÍ

No hay que enloquecerse tratando de hacer múltiples conexiones empáticas luego de la primera. Es mejor retrasar el esfuerzo, esperando sin ansiedad la próxima conexión espontánea y haciendo una pausa de varios segundos. Una buena regla puede ser "no haga algo, manténgase allí".

Los clínicos escuchamos tantas historias aflictivas y situaciones apremiantes que es difícil no hacer nada para bajar la tensión del paciente, por lo que no hay que sorprenderse de que tengamos prisa para reasegurar a nuestros pacientes: "Todo se solucionará". "No puede ser tan malo como piensa". Tales declaraciones de buena fe a menudo fallan si el médico no comunica también un reconocimiento a los miedos y preocupaciones más profundas del paciente.

#### PALABRAS QUE CONSTRUYEN EMPATÍA

##### Preguntas

*"¿Podría decirme algo más acerca de...?"*

*"¿Cómo ha sido para usted...?"*

*"¿Hay algo más?"*

*"¿Está usted conforme con...?"*

*"Hmm..."*

##### Clarificaciones

*"Veamos si estoy en lo correcto."*

*"Quiero estar seguro de si realmente comprendo lo que me está diciendo."*

*"No quiero que sigamos adelante hasta estar seguro de que entendí correctamente."*

*"Si no hubiera comprendido, apreciaría que usted me corrigiera, ¿de acuerdo?"*

##### Respuestas

*"Eso parece muy difícil."*

*"Parece como..."*

*"Eso es muy bueno, apuesto que se está sintiendo muy bien acerca de eso."*

*"Puedo imaginar lo que esto debe hacerle sentir..."*

*"Cualquiera en esa situación se sentiría de esa forma..."*

*"Puedo ver que usted está..."*

#### CONCLUSIONES

La práctica médica sufre por las fuerzas irrevocables del tiempo lo que podría llamarse la entropía de la enfermedad, el mandato del paso de los años y el obligado fin de la vida en la muerte. (4)

La novela y la clínica que dan importancia a los signos en la historia de los pacientes nacen aproximadamente en el mismo período (comienzos del siglo XIX) y por parecidas razones: reconocer y encarnar la vida y la muerte de un ser humano individual dentro de un tiempo mortal, dando un relato completo de sus desgracias y sufrimientos y generando respuestas de simpatía e identificación del lector. Tanto para la novela como para la historia clínica, el tiempo es una variable fundamental y perturbadora y como afirma Lukács, la acción interna entera de la novela no es nada más que la lucha contra el poder del tiempo. Por lo cual, tanto como la novela es una narrativa acomodada a sus secuencias de tiempos, también la historia clínica es una narrativa de eventos arreglados a tiempo de secuencias biológicas y ambas rechazan lo uni-

versal y en su lugar enfatizan los hechos concretos y particulares de una vida.

La particularidad que tiene “construir” una historia clínica con respecto a la novela es que en la historia clínica es como si dos escritores se pusieran a escribir en colaboración el mismo manuscrito; el médico y el paciente escriben y reescriben el borrador del manuscrito danzando hacia adelante y hacia atrás muchas veces hasta que “ambos” están satisfechos y deseosos de firmar la obra de arte finalizada. (5)

A través del proceso de la entrevista, el médico le ayuda al paciente a reconocer y reordenar su historia, de manera tal que se vuelve comprensiva en términos tanto humanos como médicos.

Me conforta terminar con un relato de Raymond Carver, que pone a foco con la pericia de su técnica minimalista la muerte de Antón Chejov (reconocido narrador y médico ruso) relatando los acontecimientos ínfimos de la relación con su último médico en “Tres rosas amarillas”. (6)

«Badenweiler era un pequeño balneario y centro de recreo situado en la zona occidental de la Selva Negra, no lejos de Basilea... En el mes de junio de 1904 Chejov llegaría a Badenweiler para morir.

... a Chejov le resultaba doloroso incluso moverse: le dolían constantemente las piernas, y tenía también dolores en el vientre. La enfermedad le había invadido los intestinos y la médula espinal. En aquel instante le quedaba menos de un mes de vida. Cuando hablaba de su estado, sin embargo –según Olga (se refiere a su esposa la actriz Olga Knipper)–, lo hacía con “una casi irreflexiva indiferencia”.

El doctor Schwöhrer era uno de los muchos médicos de Badenweiler que se ganaba cómodamente la vida tratando a una clientela acaudalada que acudía al balneario en busca de alivio a sus dolencias. Algunos de sus pacientes eran enfermos y gente de salud precaria, otros simplemente viejos o hipocondríacos. Pero Chejov era un caso muy especial: un enfermo desahuciado en fase terminal. Y un personaje muy famoso...

El 2 de julio de 1904, poco después de medianoche, Olga mandó llamar al doctor Schwöhrer. Se trataba de una emergencia: Chejov deliraba...

El doctor Schwöhrer llegó y abrió su maletín sin quitar la mirada de Chejov, que jadeaba en la cama... El semblante del doctor Schwöhrer se mantenía inexpresivo, pues no era un hombre emotivo, pero sabía que el fin del escritor estaba próximo... preparó una jeringuilla y le puso una inyección de alcanfor destinada a estimular su corazón. Pero la inyección no surtió ningún efecto (nada, obviamente, habría surtido efecto alguno). El doctor Schwöhrer, sin embargo, hizo saber a Olga su intención de que trajeran oxígeno. Chejov, de pronto, pareció reanimarse. Recobró la lucidez y dijo quedamente: “¿Para qué? Antes de que llegue seré un cadáver.”

El doctor Schwöhrer se atusó el gran mostacho y se quedó mirando a Chejov, que tenía las mejillas hú-

medas y grisáceas, y la tez cerea. Su respiración era áspera y ronca. El doctor Schwöhrer supo que apenas le quedaban unos minutos de vida. Sin pronunciar una palabra, sin consultar siquiera con Olga, fue hasta el pequeño hueco donde estaba el teléfono mural... Cogió el auricular, se lo llevó al oído y siguió una a una las instrucciones. Cuando por fin le contestaron, pidió que subieran una botella del mejor champaña que hubiera en la casa. “¿Cuántas copas?”, preguntó el empleado. “¡Tres copas!”, gritó el médico en el micrófono. “Y dése prisa, ¿me oye?” Fue uno de esos excepcionales momentos de inspiración que luego tienden a olvidarse fácilmente, pues la acción es tan apropiada al instante que parece inevitable...

De forma metódica, como solía hacerlo todo, el doctor Schwöhrer se aprestó a la tarea de descorchar la botella de champaña. Lo hizo cuidando de atenuar al máximo la explosión festiva. Sirvió luego las tres copas y, con gesto maquinal debido a la costumbre, metió el corcho a presión en el cuello de la botella. Luego llevó las tres copas hasta la cabecera del moribundo. Olga soltó momentáneamente la mano de Chejov (una mano, escribiría más tarde, que le quemaba los dedos). Colocó otra almohada bajo su nuca. Luego le puso la fría copa de champaña contra la palma, y se aseguró que sus dedos se cerraran en torno al pie de la copa. Los tres intercambiaron miradas: Chejov, Olga, el doctor Schwöhrer. No hicieron chocar las copas. No hubo brindis. ¿En honor de qué diablos iban a brindar? ¿De la muerte? Chejov hizo acopio de las fuerzas que le quedaban y dijo: “Hacia tanto tiempo que no bebía champaña...” Se llevó la copa a los labios y bebió. Uno o dos minutos después Olga le retiró la copa vacía de la mano y la dejó encima de la mesita de noche. Chejov se dio la vuelta en la cama y se quedó tendido de lado. Cerró los ojos y suspiró. Un minuto después dejó de respirar.

El doctor Schwöhrer cogió la mano de Chejov, que descansaba sobre la sábana. Le tomó la muñeca entre los dedos y sacó un reloj de oro del bolsillo del chaleco, y mientras lo hacía abrió la tapa. El segundero se movía despacio, muy despacio. Dejó que diera tres vueltas alrededor de la esfera a la espera del menor indicio de pulso. Eran las tres de la madrugada, y en la habitación hacía un bochorno sofocante. Badenweiler estaba padeciendo la peor ola de calor conocida en muchos años. Las ventanas de ambas piezas permanecían abiertas, pero no había el menor rastro de brisa. Una enorme mariposa nocturna de alas negras surcó el aire y fue a chocar con fuerza contra la lámpara eléctrica. El doctor Schwöhrer soltó la muñeca de Chejov. “Ha muerto”, dijo. Cerró el reloj y volvió a metérselo en el bolsillo del chaleco.

Olga, al instante, se secó las lágrimas y comenzó a sosegarse. Dio las gracias al médico por haber acudido a su llamada. Él le preguntó si deseaba algún sedante, láudano, quizá, o unas gotas de valeriana. Olga negó con la cabeza... Antes de salir pronunció unas palabras de condolencia. Olga inclinó la cabe-

za. "Ha sido un honor", dijo el doctor Schwöhrer. Cogió el maletín y salió de la habitación. Y de la Historia.

Fue entonces cuando el corcho saltó de la botella. Se derramó sobre la mesa un poco de espuma de champaña. Olga volvió junto a Chejov. Se sentó en un taburete, y cogió su mano. De cuando en cuando le acariciaba la cara. "No se oían voces humanas, ni sonidos cotidianos –escribiría más tarde. Sólo existía la belleza, la paz y la grandeza de la muerte.»

Este relato de Raymond Carver resume todo este artículo y reafirma (7) que 1) la narración de la historia reúne y pone sentido a los eventos de nuestras vidas, 2) como médicos creamos y recreamos historias, no somos meros testigos pasivos, y somos un factor catalítico, aun cuando nuestras acciones sean menos dramáticas que las del doctor Schwöhrer, 3) somos personajes en historias variadas, subiéndonos y bajándonos de escena en lugares como el hospital, el consultorio y la casa del paciente.

Deberíamos ser menos formales y más arriesgados con nuestro lenguaje con los pacientes, utilizando, recreando y quizás también inventando metáforas que permitan de manera colorida y vívida la com-

prensión y la relación profunda con nuestros pacientes, contando historias, construyendo historias y jugando en forma comprometida en el mayor drama de todos: la historia de vida de nuestros pacientes tanto como las propias.

Hernán C. Doval

---

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, et al. "Tell me about yourself": The patient-centered interview. *Ann Intern Med* 2001;134:1079-85.
2. Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al. "Let me see if I have this right...": words that help build empathy. *Ann Intern Med* 2001;135:221-7.
3. Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med* 2003;163:1134-40.
4. Charon R. Medicine, the novel, and the passage of time. *Ann Intern Med* 2000;132:63-8.
5. Platt FW, Platt CM. Two collaborating artists produce a work of art: the medical interview. *Arch Intern Med* 2003;163:1131-2.
6. Carver R. *Tres rosas amarillas*. Anagrama; 1991.
7. Verghese A. The physician as storyteller. *Ann Intern Med* 2001; 135:1012-7.