



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes?

Why do some doctors become unethical (evil?) with their patients?

José Ramón Loayssa Lara^{a,*}, Roger Ruiz Moral^b y Javier García Campayo^c

^aCentro de Salud de Azpilagaña, Servicio Navarro de Salud, Azpilagaña, Navarra, España

^bCoordinador de la Unidad Docente de MFyC de Córdoba, Córdoba, España

^cServicio de Psiquiatría, Hospital Miguel Servet, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Recibido el 22 de septiembre de 2008; aceptado el 21 de enero de 2009
Disponible en Internet el 8 de mayo de 2009

El deterioro del comportamiento profesional de los médicos

Hay datos que indican que los comportamientos profesionalmente incorrectos de los médicos no son algo anecdótico¹. Este hecho afecta negativamente a la calidad de la atención que proporcionan e incluso daña la autoestima del paciente².

La cuestión central es por qué muchos médicos atentan contra los fundamentos de lo que es una relación de ayuda e incluso llegan a mantener actitudes deshumanizadas o se encuentran cerca de hacerlo. Como ya se preguntaban Bellet y Maloney en 1991, ¿por qué, si la empatía y la compasión son tan necesarias para cubrir las necesidades del paciente, los médicos adoptan un estilo distante y neutro³?

Las causas que pueden estar influyendo en este fenómeno son múltiples y operan a diferentes niveles (tabla 1). En este trabajo vamos a tratar algunas que consideramos de especial importancia y que se relacionan con la atención a pacientes sin entrar en otras dimensiones de comportamiento profesional.

Educación médica, currículo «oculto» y cultura médica

Durante los estudios de medicina y la formación de posgrado, las actitudes y los valores, que dependen fundamentalmente del currículo oculto y no tanto de la enseñanza formal⁴, sufren un proceso de deterioro⁵⁻⁸. Pueden incidir en este fenómeno factores diversos, por ejemplo la observación de comportamientos poco éticos de sus supervisores⁹, como el uso inapropiado del humor¹⁰, que lleva incluso a ridiculizar a los pacientes¹¹. Los médicos en formación observan enormes contradicciones entre los valores que se proclaman en la enseñanza formal y los que son estimulados en la práctica por el currículo oculto y el funcionamiento de los servicios sanitarios¹². Como respuesta a estas contradicciones y a las incoherencias de las instituciones sanitarias y educativas, puede producirse una pérdida de la fe en la rectitud de la conducta de las personas. El cinismo puede constituir un mecanismo de adaptación a esta atmósfera de ambigüedad ética llena de dobles mensajes.

Otra influencia es la ideología médica sobre la objetividad «científica», que conlleva una serie de valores implícitos¹³. La cultura médica presenta a los médicos como omnipotentes, distantes e impersonales y se valora la autosuficiencia, el estoicismo, la represión de las emociones, el autocontrol y no reconocer la propia vulnerabilidad¹⁴. A esto habría que

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jloayssal@papps.org (J.R. Loayssa Lara).

Tabla 1 Influencias en el desgaste «ético» de los médicos

Conductas inapropiadas de tutores y docentes Mensajes del currículo «oculto» Objetividad «científica» y valores del modelo biomédico Representación social e imagen del médico Cambios en los valores de la profesión médica Choque de los ideales con la realidad Sobrecarga emocional derivada de contacto con el sufrimiento y las limitaciones de la medicina Pacientes en situaciones difíciles, con personalidad disfuncional o reacciones regresivas Contradicciones inherentes al rol de puerta de entrada al sistema sanitario Consumismo sanitario y expectativas irreales de los pacientes
--

añadir el hecho de que entre los médicos de las últimas generaciones se puede estar produciendo un fenómeno de pérdida de compromiso profesional debido a factores culturales y sociales más amplios^{15,16}.

Defensas y comportamiento profesional

Las influencias «socioculturales» se suman a otras de naturaleza más «psicológica», y en ocasiones, la despreocupación y el desinterés por los pacientes han estado precedidas por una etapa de identificación con éstos y de altruismo idealista que ha sido demasiado costosa emocionalmente. En este caso, el distanciamiento constituye una defensa dirigida a no sentir el sufrimiento de otros y/o a evitar vivir la impotencia de no poder hacer nada para aliviarlo. Quizá el comportamiento de algunos médicos que han abandonado una atención empática y compasiva sea el resultado de un largo proceso de adquisición de defensas rígidas y excesivas e incluso del reforzamiento de los rasgos negativos de su personalidad. Este proceso de deshumanización, aunque sólo en pocos profesionales se traduce en conductas alarmantes, puede originar un «desgaste ético» más generalizado.

La mayoría de los médicos inician sus estudios con creencias firmes en la honestidad de las personas, la convicción de que la justicia prevalece y una confianza en que su intervención tendrá un impacto positivo en la vida de la gente. Cuando estas creencias se enfrentan a la complejidad de la realidad, se erosionan y causan desilusión, impotencia y frustración¹⁷.

Por otro lado, los médicos tratan a una amplia variedad de pacientes «difíciles» y con trastornos de personalidad¹⁸. Muchos pacientes, si bien pueden estar compensados en su medio habitual, ante la enfermedad y el contexto sanitario experimentan regresiones «infantiles» y recurren a defensas primitivas¹⁹, como gráficamente señalaba Tizón (tabla 2)²⁰. A esto hay que añadir la denominada «transferencia institucional»: mensajes que el paciente dirige al médico, pero que en realidad expresan sus actitudes negativas frente al sistema sanitario en general.

Las dificultades de entendimiento con los pacientes se refuerzan por los conflictos derivados del papel de

Tabla 2 La regresión emocional de los pacientes

En la mayoría de nuestros consultantes, la transferencia es profundamente «oralizada»: los pacientes acuden a nosotros dominados (consciente e inconscientemente) por la fantasía de que ellos deben pedir y que, ante sus peticiones, nosotros les proporcionaremos —y ellos recibirán de forma más bien pasiva— las «soluciones». Por añadidura, se espera casi siempre que tales soluciones adopten la forma de pastilla o fármaco que se ingiere, que se toma por la boca «y asunto solucionado». Para quien no se halle acostumbrado a la asistencia extrahospitalaria pública en salud (mental), resulta asombroso que consultantes con buenos grados de desarrollo y madurez en otros campos y actividades sociales e interpersonales, cuando acuden «al seguro» muestran de forma predominante esa parte de su actividad interpersonal y relacional, tan estrechamente conectada con las necesidades, las demandas y las actitudes de todos los humanos en los primeros años de su vida. Por eso decimos que se trata de una transferencia profundamente «oralizada»

Tomado de Tizón²⁰.

gatekeeper que el médico de familia cumple y que se pone de relieve en temas como las bajas laborales o la solicitud de prescripciones y derivaciones al especialista²¹. El médico sufre descontento y desgaste cuando se enfrenta a expectativas irreales de los pacientes, y a un «consumismo» expresado en peticiones en conflicto con las recomendaciones científicas, los derechos de los demás pacientes o el uso equilibrado de los recursos^{22,23}. Aunque no hay que olvidar las lecciones de entereza, solidaridad y superación de las que podemos ser testigos, los médicos pueden enfrentarse a lo peor de sus pacientes y éstos pueden aparecer como irritantes e incluso odiosos, como ya se señalaba en un artículo clásico²⁴. Los médicos no son «santos» ni deben tratar de serlo, y tampoco lo son los pacientes. Los sentimientos negativos que a menudo les provocan los pacientes no deben ser negados, sino reconocidos y elaborados²⁵. El objetivo es superar los obstáculos que impiden comprender al paciente por encima de sus defensas primitivas y sus reacciones regresivas. Los médicos no pueden sustraerse a la tendencia de la cultura occidental de adjudicar el comportamiento de los individuos a sus características y atributos personales olvidando el papel del contexto²⁶, y así tienden a pensar que los problemas de relación y la consiguiente frustración del médico dependen fundamentalmente del paciente²⁷, aunque su conducta disfuncional esté condicionada por su situación.

La dialéctica «distancia frente a empatía»

Las relaciones conflictivas y disfuncionales con los pacientes, las actitudes inadecuadas de éstos y la tensión excesiva en la consulta pueden llevar a los médicos a mostrarse fríos e impersonales y a que sólo proporcionen una atención técnica sin implicación emocional. La perspectiva tradicional y la falta de habilidades y recursos para responder ante

determinados problemas también condicionan la tendencia de los médicos a refugiarse en las técnicas clínicas, en la tecnología, en la evidencia científica y en los protocolos. Este rechazo indirecto del paciente puede llegar a ser directo y éste, acabar percibiéndolo como un «enemigo».

Los médicos pueden adoptar estas actitudes distantes para evitar verse afectados personalmente, pero también para proteger su concentración, utilizar mejor su tiempo y tratar de mantener imparcialidad. Ello es legítimo siempre que las defensas que se construyan no sean excesivas e inflexibles, ni lleven a negar las emociones con la excusa de evitar su interferencia en el trabajo clínico. Cuando el médico se protege tras una coraza impersonal, peligra la posibilidad de poner en juego la necesaria empatía. La empatía se ha descrito como una forma de estar del profesional que, sin juzgar, entra en el mundo privado del paciente para entender los sentimientos que experimenta y los significados personales de su mundo interno²⁸. Puede existir un nivel más profundo de empatía mediante la cual el profesional adquiere un *insight* más allá de lo que el paciente describe en su relato e incluso de lo que es consciente. La ausencia de empatía no sólo produce insatisfacción e impide crear una verdadera alianza con el paciente, sino que obstaculiza una comprensión suficiente para una atención eficaz.

Los médicos para llevar a cabo las tareas esenciales de la atención clínica deben alcanzar un equilibrio entre distancia (con el objetivo de protegerse del agotamiento emocional y adquirir una perspectiva más completa de los acontecimientos) y empatía. No permitir un cierto distanciamiento, no dar la debida prioridad al propio autocuidado o propiciar la excesiva identificación con el paciente pueden ser errores de graves consecuencias. Las intervenciones desde la ética tienen que evitar transmitir, directa o indirectamente, el mensaje de que es obligatorio sacrificar las propias necesidades de forma incondicional frente a las del paciente (altruismo sin límites). Los conflictos entre las demandas éticas y la realidad pueden facilitar el *burnout*²⁹. No hay que olvidar que la base de un comportamiento compasivo reposa en el reconocimiento de las otras personas y sus derechos, pero también en la conciencia de los propios necesidades y deseos³⁰.

Autoconocimiento y comportamiento profesional

Los profesionales que no ponen límites a su dedicación pueden sufrir un mayor riesgo de desgaste emocional, especialmente aquellos que juegan a «salvar en la consulta» y actúan de «rescatadores». También corren un mayor riesgo de desgaste los clínicos que están guiados por un sentido de omnipotencia y perfeccionismo que les puede impedir ver los signos precoces de su desgaste psicológico. Aunque estos comportamientos a veces se justifican en las necesidades del paciente y en la ética, en el fondo puede encubrir necesidades psicológicas del propio médico de naturaleza «reparatoria» que nacen de sentimientos escondidos de culpabilidad.

Los médicos deben ser íntegros, sacrificados y compasivos, pero también es necesario que posean la introspección que les permita ser empáticos y al mismo tiempo objetivar

la respuesta que dan a sus pacientes y sus problemas. El objetivo de esta actitud es doble, por una parte ayudaría al médico a comprender lo que está ocurriendo en la relación entre ambos y por otra le permitiría poder distanciarse lo suficiente para tener la posibilidad de actuar en aras del verdadero interés del paciente sin «complicidad» con sus necesidades patológicas.

Probablemente es inevitable que los médicos, para afrontar las ansiedades ligadas al mantenimiento de encuentros cercanos con el sufrimiento y con pacientes con reacciones disfuncionales, recurran a actitudes defensivas, pero esto no justifica que la defensa sea irreflexiva y automática. Los médicos deben ser conscientes de las defensas que usan, de cuándo las ponen en práctica y de qué ansiedades se están defendiendo. Ése es el momento de hacer elecciones deliberadas sobre cómo enfrentarse al encuentro y si debe implicarse más o si verdaderamente la defensa es necesaria y recomendable. Si el médico cree que debe defenderse contra las tensiones excesivas, debe hacerlo de forma consciente, esto siempre será más favorable para él y para el paciente.

Una estrategia para garantizar la supervivencia psicológica del médico puede ser compensar el mantenimiento de un contacto estrecho con los pacientes que lo necesitan con encuentros más distantes con los menos necesitados, con los que se podría permitir un comportamiento al estilo «doctor máquina». Se puede intentar mantener contactos sinceros pero menos cercanos y menos regulares con la mayoría de los pacientes y «esperar preparado» contactos «intensos» breves, no de manera predeterminada y forzando la situación, sino cuando surge el momento oportuno.

Todas estas estrategias, que reposan en la capacidad de introspección y autoconocimiento, pueden proteger al médico del desgaste, pero al mismo tiempo le permiten desarrollar su papel de agente terapéutico con sus pacientes, facultándole para reconocer sus reacciones personales, identificar signos tempranos de malestar e internalizar las lecciones derivadas de sus interacciones profesionales^{31,32}. Se trata de desarrollar un «ego observador» que le ayude a entender qué es lo que está sucediendo en la relación en la consulta y adquirir una distancia suficiente pero que le permita estar al mismo tiempo «presente». El autoconocimiento es también básico para utilizar técnicas reflexivas que compensen los posibles sesgos en el trato a los diferentes pacientes³³.

La formación del médico y el «desgaste» ético

Este texto comenzaba analizando las razones del deterioro del comportamiento profesional del médico. Aunque por razones lógicas no podemos detallar aquí las estrategias para desarrollar este autoconocimiento del médico, creemos que éste es más importante que la enseñanza formal de la ética para frenar el deterioro de comportamiento profesional y ético. Además, la propia formación ética debe tener en el autoconocimiento uno de sus objetivos centrales, lo que tiene implicaciones para la metodología que se ha de adoptar y el contenido que hay que cubrir, como hemos argumentado en otros artículos³⁴.

Pero nos atrevemos a afirmar que no solamente es cuestionable el tipo de formación ética que se está

planteando, si no que también debemos replantearnos la formación en el área de la relación médico-paciente. En los últimos años se ha incrementado la formación de los médicos en habilidades y técnicas de entrevista que se basan en abordajes comunicativos de tipo cognitivo-conductual. Una de sus presunciones en las que se basaba esta apuesta era que la mejora de la comunicación con el paciente se traduciría en una humanización de la atención del médico. Por supuesto que no negamos esta posibilidad, pero creemos que se debe introducir una formación eficaz y práctica centrada en el fomento del autoconocimiento y adoptar modelos integradores que, si bien se han defendido desde hace tiempo³⁵, todavía no se aplican en la práctica y limitan los resultados positivos que pueda aportar el enfoque comunicacional puro.

Esta crítica de centrarse exclusivamente en técnicas cognitivo-conductuales y la necesidad de resituar la formación ética no significa negar la contribuciones que tanto una como la otra pueden aportar; tampoco significa no reconocer otras aportaciones como las intervenciones dirigidas a potenciar el «humanismo»³⁶. También parece lógico pensar que una formación teorico-práctica dirigida a capacitar para entender mejor las reacciones emocionales del paciente y sus raíces psico(pato)lógicas podría contribuir a que esta comprensión del paciente evitara o al menos paliara el posible rechazo de éste, el distanciamiento excesivo y la falta de empatía.

En todo caso, es necesario reconocer que la evidencia de la efectividad y la aceptabilidad de estas propuestas es escasa y que son una prioridad los estudios dirigidos a obtener información que permita evaluar su impacto real y su capacidad para potenciar el comportamiento profesional y revertir el desgaste ético y humano del médico.

Bibliografía

- Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, Kendrick B, Smith A, Lichstein PR. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med.* 2004;79:134-8.
- Whiting D. Inappropriate attitudes, fitness to practise and the challenges facing medical educators. *Med Ethics.* 2007;33:667-70.
- Bellet PS, Maloney M. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA.* 1991;266:1831-2.
- Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 1998;73:403-7.
- Diseker RA, Michielutte R. An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience. *J Med Educ.* 1981;56:1004-10.
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004;38:934-41.
- Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA.* 2002;287:3143-6.
- Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med.* 2005;80:164-7.
- Satterwhite RJ, Satterwhite WM, Enrson C. An ethical Paradox: the effect of unethical conduct on medical students values. *J Med Ethics.* 2000;26:462-5.
- Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: medical students? Perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Acad Med.* 2006;81:454-62.
- Mizrahi T. Getting rid of patients: Contradictions in the socialization of physicians. New Brunswick: Rutgers University Press; 1986.
- Carmel S, Glick SM. Compassionate empathetic physician personality traits and social organizational factors that enhance or inhibit this behavioural pattern. *Soc Sci Med.* 1996;43:1253-61.
- Wear D, Castellani B. The development of professionalism: curriculum matters. *Acad Med.* 2000;75:602-11.
- West L. Doctors on the edge. General practitioners, health and learning in the inner-city. London: Free Association Books; 2001.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Labaca G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc).* 1995;105:27-30.
- Johnston KC. Gaining perspective on mentoring Generation X. *Med Educ.* 2006;40:824.
- National Organisation for Victim Assistance. Stress reactions of caregivers. En: Community Crisis Response Team training manual. 2.ª ed. Washington: National Organisation for Victim Assistance; 1998.
- Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med.* 1998;7:126-9.
- García-Campayo J, Sanz Carrillo C, Lasa Labaca G. La enfermedad y el sentido del sufrimiento. *Cuadernos de Bioética.* 1996;25:50-7.
- Tizon García JL. Atención primaria a la salud mental/salud mental en atención primaria. Barcelona: Doyma; 1992. p. 169.
- Feldman DS, Novack DH, Gracely E. Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine. A physician survey. *Arch Intern Med.* 1998;158:1626-32.
- Smith R. Why are doctors so unhappy?. *BMJ.* 2001;322:1074-5.
- Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA.* 2003;290:941-6.
- Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med.* 1978;298:883-7.
- Holmes J. Good doctor, bad doctora psychodynamic approach. *BMJ.* 2002;325:722.
- Nisbett R. Human inference: strategies and shortcomings of social judgement. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1980.
- Lewiston W, Stiles WB, Inui TS, Engle R. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care.* 1993;31:285-95.
- Huggard P. Compassion fatigue: how much can I give?. *Med Educ.* 2003;37:163-4.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- McGaghie WC, Mytko JJ, Brown WN, Cameron JR. Altruism and compassion in the health professions: a search for clarity and precision. *Med Teach.* 2002;24:374-8.
- Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Towards creating physician-healers. Fostering medical students' self-awareness, personal growth and well-being. *Acad Med.* 1999;74:516-20.
- Novack DH, Kaplan G, Epstein RM, Clark W, Suchman AL, O'Brian M, et al. Personal awareness and professional growth: a proposed curriculum. *Med Encount.* 1997;13:2-8.
- Ruiz Moral R. Estrategias para promover el trato igualitario con los pacientes. España. *Aten Primaria.* 2006;38:178-81.
- Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R. Comportamiento profesional. Desde los dilemas y principios éticos a las actitudes, los valores y la disposición «virtuosa». *Aten Primaria.* 2006;37:510-3.
- García-Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P, Lasa G. La formación en comunicación y en técnicas de entrevista: Necesidad de un modelo integrador. *Aten Primaria.* 1994;14:1088-91.
- García Campayo J, Aseguinolaza L, Tazón P. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. *Med Clin (Barc).* 1998;111:23-6.