

Perspectivas científicas y modelos de formación. Respuesta a la carta «sobre los médicos malvados»

Scientific perspectives and training models. Reply to the letter ‘‘on unethical (bad) doctors’’

Sr. Director:

Hemos leído con interés los comentarios y consideraciones que se realizan en la carta «sobre los médicos malvados» y compartimos muchas de las ideas que expone su autor. En primer lugar queremos hacer una pequeña precisión porque no creemos que en la gran mayoría de los casos se pueda hablar de comportamiento «perverso» sino de despersonalización y deshumanización.

Pero entrando en materia es cierto que estamos ante el dominio de una perspectiva positivista, racionalista y numérico cuantitativa de la ciencia que es manifiestamente insuficiente en áreas donde predominan los fenómenos subjetivos. La visión fragmentaria y «objetiva» que impone, dificulta enormemente un acercamiento al paciente como persona que sufre. Su influencia negativa se hace especialmente patente en el ámbito de atención a los «problemas» de salud mental y contribuye a subvalorar la importancia de la comunicación interpersonal y la influencia de la narración y de los contextos¹. El peso de la perspectiva biomédica es enorme e incluso pone en peligro la adopción de una conducta humana y profesional durante la educación médica².

Estamos de acuerdo también en la opinión del autor sobre la necesidad de no confundir comunicación y relación y sobre el exceso de los modelos cognitivo conductuales y del entrenamiento en habilidades de comunicación que han tenido una mucha mayor aceptabilidad y difusión que los modelos de inspiración psicodinámica o sistémica. Las aproximaciones cognitivo conductuales de la formación en habilidades de comunicación facilita que los médicos se sientan seguros en un modelo de trabajo que, sin dejar de ser centrado en la enfermedad, toma en consideración las ideas y preocupaciones del paciente. Asimismo proporciona una estructura clara que les da seguridad y permite desarrollar habilidades de un modo sistemático. Una de sus limitaciones es que los sentimientos del profesional son dejados de lado a pesar de que todos los pacientes evocan en el médico unos sentimientos concretos. Un médico puede saber que debería hacer en una situación determinada pero se siente incapaz o poco motivado a hacerlo y muchas veces sus sentimientos son un obstáculo para poner en práctica la atención que el paciente necesita³.

Cuando un paciente en una consulta a la que ha acudido por un motivo banal dice al final de ésta cuando se está despidiendo: «Sabe doctor de aquella depresión que tuve, quiero decirle que ahora estoy muy bien y que he superado lo que me paso». Entender que es lo que el paciente quiere expresar y también lo que esta expresando pero igual no quiere o ni siquiera sabe, no depende fundamentalmente de las técnicas de entrevista. Tampoco depende exclusivamente de poseer una teoría psicológica aunque esto pueda ayudar a su interpretación. Esencialmente depende de una serie de capacidades, de un tipo de escucha que es

más evocativa que literal de los mensajes que el paciente expresa (optimismo, necesidad de autoafirmarse, de agradar al médico, de conjurar un miedo profundo a recaer, etc.). Los significados que el paciente transmite, de los que en muchas ocasiones no es consciente, no se pueden captar simplemente del contenido denotativo de sus palabras sino del implícito que depende del contexto de los contactos previos y al mismo tiempo depende de la capacidad de «escuchar» las reacciones que nos provoca en ese momento el paciente, quizás confusión («y esto a que viene ahora»), quizás alivio («menos mal que no viene otra vez por un problema tan difícil»). Estas capacidades no se pueden desarrollar a través de una formación centrada en dar conocimientos y habilidades sino que exige un largo proceso de reflexión e introspección personal bajo una supervisión adecuada o al menos contar con referencias externas suficientes.

Creemos que la conducta del médico en la consulta debe estar presidida por el deseo de entender y entenderse más que por la habilidad para simpatizar (diferente de empatizar). Las técnicas de entrevista sin introspección ni capacidad de entender pueden contribuir al síndrome del doctor agradable y «simpatizador». Esto puede llevar a ser un médico siempre complaciente y a aliarnos con las resistencias y las conductas de «autosabotaje» o manipulación de los pacientes. No hay que olvidar que la formación en habilidades de comunicación se basa en el análisis descriptivo de la conducta del profesional. Pero este análisis se debe acompañar de un esfuerzo destinado a ayudarle a entender las causas de esta conducta y las motivaciones del protagonista⁴.

¿Quiere esto decir que las técnicas de entrevista sean inútiles?, no creemos que esto sea así si se insertan dentro de un encuadre adecuado y no constituyen una adopción o adquisición mecánica de una serie de técnicas de forma no reflexiva. Hay situaciones en que las técnicas son muy útiles, por ejemplo, cuando se dan malas noticias o se hace una historia sexual y hay estudios que indican que obtienen resultados positivos^{5,6}.

Por otra parte, como dábamos a entender en nuestro texto⁷, queremos insistir en nuestro apoyo a los métodos de formación de inspiración psicodinámica como los grupos de reflexión de casos entre los que destacan los Grupos Balint. Este formato educativo aunque haya perdido influencia sigue siendo una alternativa a la óptica predominante y un componente esencial de la cualquier estrategia de formación integral del médico de familia⁸. A pesar de su relativa marginación siguen manteniendo una presencia a nivel internacional y también en nuestro país como un artículo recientemente publicado refleja⁹.

La relativa relegación de los grupos Balint debe entenderse dentro de un contexto en el que no solamente, como hemos dicho más arriba, existe un predominio de una orientación biomédica, sino que en la práctica la educación de los médicos la orientación tradicional basada en la transmisión de conocimientos y en entrenamiento de habilidades definidas es dominante. A pesar de todos los discursos en sentido contrario dentro de las instituciones sanitarias y de educación médica la «falta de reflexión» se ha institucionalizado¹⁰. Por ejemplo la mayoría las propuestas formativas que tienen mayor aceptación entre los médicos de familia son las «puramente» clínicas y de contenido eminentemente práctico entendido como aquellas

que ofrecen recetas concretas para ser aplicadas directamente a la consulta. Estas actividades formativas en general no se apoyan en la experimentación en la práctica y favorecen una atención clínica rutinaria, rígida y no creativa, ya que no se dedica atención a apoyar el proceso de recreación de las adquisiciones formativas en la propia práctica cuando la medicina está basada en conocimientos científicos pero tiene un componente artesanal o artístico.

Podíamos extendernos todavía más en la relación que entre el predominio de la ciencia positivista en su versión biomédica, la postergación de lo subjetivo y la hegemonía de los modelos formativos centrados en conocimientos y habilidades y fenómenos como la crisis de la medicina de familia, la «quemazón» de los profesionales y el proceso de despersonalización y deshumanización que se traduce en los «médicos malvados». Pero esto requeriría quizás otro debate que dejamos para un futuro próximo.

Bibliografía

1. León Sanroma M, Aragonés Benaiges E, Eichelbaum Sánchez D, Pascual Pascual P, et al. Medicina de familia y salud mental. *Aten Primaria*. 2009;41:427–8.
2. Wear D, Castellani B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. *Acad Med*. 2000;75:602–11.
3. Salinsky J, Sackin P. *What are you feeling, Doctor? Identifying and Avoiding Defensive Patterns in the Consultation..* Oxford: Radcliffe Medical Press; 2000.
4. Shapiro J, Pristin MD, Larsen KM, Lenahan PM. Working with the resident in difficulty. *Fam Med*. 1987;19:368–75.
5. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Perula de Torres LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Pat Edu & Couns*. 2002;48:23–31.
6. Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. 2007;22:86–91.
7. Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Aten Primaria*. 2009;41:646–9.
8. Pinder R, McKee A, Sackin P, Salinsky J, Samuel O, Suckling H. Talking about my patient: The Balint approach in GP Education. London: Royal College General Practitioners. Occasional Paper. 2006;87.
9. Arillo Crespo A, Zabalegui Ardaiz MA, Ayarra Elia M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara JR, Pascual Pascual P. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2009;41:688–94.
10. Burton J, Launer J. *Supervision and Support in Primary Care*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003. 9.

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

^a *Medicina de Familia, Centro de Salud de Azpilagaña, Servicio Navarro de Salud, Comunidad Foral de Navarra, España*

^b *Medicina de Familia, Coordinador de la Unidad Docente de MFyC de Córdoba, Andalucía, España*

^c *Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet, Profesor Asociado, Universidad de Zaragoza, Aragón, España*

* Autor para correspondencia.

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

doi:10.1016/j.aprim.2010.03.007