

Temor y esperanza en el encuentro médico

*“No mueres por estar enfermo,
mueres por estar vivo.”*

MICHEL DE MONTAIGNE

INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente va al encuentro de su médico, junto con su malestar siempre lleva auestas, inevitablemente, el “temor” y la “esperanza”.

Cuando consulta por primera vez, tiene el temor de que su malestar sea verdaderamente una enfermedad real (aquella que está en los libros de texto de medicina y produce sufrimiento y a veces hasta la muerte) y a su vez también la esperanza de que le digan que su molestia no es algo que tenga entidad de enfermedad clínica.

Pero aun cuando ya tenga un diagnóstico de enfermedad, también mantiene la “fluctuación anímica” (así denomina Spinoza al estado mental que nace de dos afectos contrarios), de temor y esperanza. Cuando ya se está enfermo, esta ambivalencia afectiva se expresa como temor de no curarse o de padecer una enfermedad crónica con limitaciones y sufrimiento y esperanza de curarse completamente, o en su defecto mantenerse en tratamiento crónico pero sin limitaciones ni incomodidades.

Pero aun antes de que el médico pueda dar forma a la esperanza de futuro del paciente, debe comenzar por tratar de comprender cuál de los dos afectos presentes, como caras de una misma moneda, predomina en ese paciente expresado como sentimiento de miedo o esperanza. ¿Teme no curarse o espera curarse?, ¿tiene miedo de no poder trabajar en lo que hace o espera continuar trabajando? Así, es importante reconocer si teme sufrir un infarto o si espera estar en su 30 aniversario de bodas, si está temeroso de no poder mantener su hogar o si espera seguir siendo un trabajador activo, si tiene miedo de que su cirugía vascular termine en amputación o si espera que su claudicación desaparezca, si tiene terror a una muerte dolorosa o por descuido o si espera la muerte antes que un final con sufrimiento insoportable. Estos sentimientos de temor y esperanza, por lo general, están cuidadosamente guardados y sólo son revelados a un médico que, por su comportamiento, sea digno de su confianza.

Según Baruch de Spinoza, aquel amable filósofo judío holandés de piel cetrina y ojos negros de mediados del siglo XVII, el hombre posee un *conatus*, una potencia que lo impulsa a “perseverar en su ser”, (1) a realizar y actualizar su naturaleza para afirmar y mantener su existencia. Lo que favorece la naturaleza del *conatus*, lo que incrementa su potencia de obrar, le produce “alegría” o “felicidad”, lo que lo perjudica

y disminuye su potencia de actuar le produce “tristeza”. El sometimiento a las causas exteriores que son “causas inadecuadas” nos hace padecer las “pasiones” (pasivas) que si incrementan nuestra potencia de obrar son “pasiones alegres” y si la disminuyen son “pasiones tristes”. Spinoza argumenta que lo que en general predomina en la elección de los modos de su “perseverar en el ser” no es la razón sino el “deseo”, y el deseo es la conciencia del apetito y, a su vez, la felicidad y la tristeza (afectos primarios) son las direcciones contrarias de la potencia. ¿Cuál es el criterio con el cual el hombre orienta su vida? Como hemos visto, no es la razón sino el deseo y fundamentalmente dos pasiones son las que le sirven para regirse en su vida: el temor y la esperanza. “El hombre actúa de acuerdo con las leyes de su naturaleza y vela por sus intereses tanto en el estado natural como en el civil, porque en ambos hace o deja de hacer esto o aquello, guiado siempre por la esperanza o por el temor...” (2)

PRIMEROS PASOS

El encuentro comienza con la dilucidación por el médico de la historia del malestar del paciente. Esta historia médica debe contar con información suficiente y detallada para que el médico realice un diagnóstico correcto y formule un plan terapéutico apropiado. La parte inicial es la narración del paciente, que trata de ser convincente, de lo que presupone es su problema de salud.

La mayoría de las veces, aun cuando el paciente es claro, minucioso, preciso y suministra detalles importantes de sus síntomas, también narra entrelazada, como no podría ser de otra manera, su experiencia simultánea de vida junto con su problema presuntamente médico. Ese relato, con el que se comunica y el médico se interrelaciona hábilmente, permite dos entendimientos en paralelo y, al mismo tiempo, *conocer qué enfermedad tiene el paciente*, pero al mismo tiempo *conocer qué paciente tiene la enfermedad* que ya comenzamos a delinear. Más de un paciente al terminar esa primera parte de la historia médica que va del pasado al presente, expresa su incertidumbre de cómo finalizará su historia en el futuro requiriendo “...bueno, ahora espero que usted sea capaz de ayudarme”. En ese momento, el trabajo del médico es ofrecer una visión de un futuro alternativo, cambiar el final de la historia. Este trabajo lo lleva a cabo dedicándose a esa súplica que sirve de epílogo a este relato.

La escuela de medicina y la práctica asistencial inicial nos prepara para cumplir la parte de rastreador de síntomas y cazador de enfermedades, pero nos deja desguarnecidos para tratar con la “otra” historia que puede contener elementos de diferentes sentimientos, como enojo (por qué me pasa esto justo a mí), pesar o temor, pasiones tristes, si las hay, que llevan al paciente a la desolación de la desesperanza. Mientras tanto, se espera que nos encontremos espontáneamente preparados para entender a los distintos pacientes que tienen enfermedades similares y de esta manera movilizar las pasiones felices que les permitan la esperanza.

Pero no debemos llamarnos a engaño, formarse como médico durante toda la vida profesional significa desarrollar la competencia clínica, y este atributo es el determinante mayor de la confianza del paciente. El conocimiento del médico, su habilidad en los procedimientos y su capacidad para resolver los problemas son todos requisitos indispensables para establecer confianza. Construir confianza en ausencia de competencia clínica es pura charlatanería.

IDENTIFICAR LA ESPERANZA DEL PACIENTE

El *Diccionario de la Real Academia Española* define esperanza como un “estado del ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos”. En el encuentro, el médico tiene la responsabilidad de reformular la esperanza, debe dar forma a los deseos del paciente de manera de crear un contexto en cual pueda lograrse la expectativa de esos deseos.

El contexto de la construcción de la historia que narra el paciente tiene suma importancia en el estado de su desesperanza y en la respuesta del médico. Por ejemplo, el significado de comunicar cifras de presión elevadas a un paciente de 50 años cuyo padre murió de un accidente cerebrovascular hipertensivo a los 50 años difiere completamente del significado de una cifra de tensión alta en una paciente de 20 años angustiada porque se disgustó con su novio.

Cuando no surgen con espontaneidad cuáles son los temores y las esperanzas del paciente, puede ser necesario hacer una búsqueda discreta y plantear una pregunta, tal como “¿Qué lo preocupa de su problema?” y si no se llega al corazón del temor del paciente, escalar un poco más con “¿Qué espera obtener de esta consulta?”, o aun ante esa súplica final del paciente “...bueno, ahora espero que usted sea capaz de ayudarme”, podría ser otra pregunta: “¿Qué espera que sea capaz de hacer por usted?”

Si bien es más fácil preguntar e identificar los temores, también se puede interrogar por la esperanza del paciente “¿Cuáles son los elementos de esperanza que puede identificar?” o “¿Qué lo hace estar esperanzado?” Es una manera que tiene el médico para reconocer cuáles podrían ser las fuentes de apoyo y de esperanza en las que este paciente concreto se puede refugiar.

Al terminar este acercamiento, el médico puede concluir que el paciente tiene, en sí mismo o en su entorno, reservas de esperanza, o que por el contrario su esperanza es frágil o inexistente para imaginar el futuro.

Forma parte de la tarea de un médico asistencial la responsabilidad de reconocer, dentro de la historia clínica que construye del paciente, la desesperanza si ésta existiera y, por lo tanto, estar preparado para reconstruir un nuevo contexto de esperanza de manera cuidadosa durante su relación con el paciente.

CÓMO TRANSFORMAR LA ESPERANZA

El médico no puede formular esperanzas basado simplemente en números y porcentajes. Cuando un paciente de 86 años, que es médico, con una estenosis aórtica calcificada grave solicita un reemplazo valvular debido a que está con disnea sintomática y grave a pesar de un tratamiento farmacológico completo, no es suficiente que ante la presencia de coronarias normales y ninguna otra morbilidad solamente le notifiquemos que su *Euroscore* demuestra un riesgo quirúrgico del 8,3%. El significado del sufrimiento, la vida y la muerte pueden influir en la esperanza más que el pronóstico en sí mismo.

Para ese paciente, la reformulación de su esperanza es una invitación a volver a imaginar un futuro sin limitaciones de su capacidad física, más allá del riesgo de la cirugía que ya había aceptado de antemano.

Pero si la situación fuera de una cirugía impracticable, aun cuando su recuperación completa es imposible, es inapropiado defraudar toda esperanza y debería ser objetivo del médico reformular una esperanza creíble en la cual si bien existirán altibajos, con la atención continuada y la adherencia al tratamiento tendrá períodos de una limitación aceptable para las actividades que para ese paciente son de relevancia.

En el mismo momento de la “construcción de la historia”, cuando el paciente le cuenta al médico los acontecimientos, que son primariamente acerca de su pasado; el médico también suele contarle una historia al paciente, que es primariamente acerca del futuro.

Los médicos en su charla, la mayoría de las veces implícitamente, reformulan el cuadro que puede tener el futuro del paciente. El desafío que tenemos por delante es aprender a comunicar explícitamente esa visión, para ayudarlo a ver nuevas posibilidades en su futuro. Es nuestra particular manera de transformar la incertidumbre y la desesperanza en posibilidades y esperanza.

Reformular la esperanza es un proceso de intervención mayor que hace el médico para el proceso de curación y recuperación del paciente. Al hacerlo, generando “pasiones alegres”, educando, dando aliento y aumentando el poder del paciente sobre su enfermedad, le está permitiendo encontrar una nueva serie de posibilidades para percibir de manera distinta la realidad. Como comenta JTC Li, “¡Al redefinir la

esperanza, el médico está ofreciendo una promesa de un nuevo futuro, donde lo impensable se transforma en pensable y lo pensable se transforma en impensable!” (3)

Los pacientes de un médico cardiólogo frecuentemente presentan enfermedades crónicas, como cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes, hipertensión arterial; en esta situación, el médico puede transformar deliberadamente la falsa esperanza de cura en una esperanza de acuerdo con la realidad de una vida completa, activa, sin limitaciones ni incapacidad. Para ello, el médico debe redirigir y guiar al paciente por el camino de volver a imaginar su vida con una enfermedad crónica, debe aceptar que va a necesitar un tratamiento de por vida, pero que a cambio le permitirá vivir sin dolores anginosos y mejorar su expectativa de vida, o subir escaleras y caminar por la calle rápidamente sin disnea. O en otras ocasiones lo libera del cautiverio del miedo por un desacuerdo con la realidad; por ejemplo, cuando lo alienta diciéndole “su problema vascular de las piernas casi nunca termina en amputación, siempre que deje de fumar y haga caminatas regulares diarias”.

Si el médico, a través de su encuentro, llega a conocer a su paciente e identificar sus valores personales, está en condiciones de participar en la búsqueda del significado del sufrimiento y la enfermedad y rediseñar cuáles serían los objetivos que podrían reinstaurar la esperanza. A muchos pacientes, la simple atención cuidadosa, el control exitoso de los síntomas y comprometerlos en la toma de decisiones les da el poder suficiente para desechar la desesperanza y restaurar la esperanza.

Esta transformación ocurre predominantemente por medio de la palabra hablada, cuando describe, explica o reformula la esperanza de un futuro alternativo. La destreza del médico en el uso de la palabra hablada puede hacer que el paciente con claudicación intermitente pueda tener la esperanza de llevar una vida libre de invalidez. Que aquella otra con hipertensión pulmonar primaria avanzada pueda tener la oportunidad de seguir trabajando. Y aun aquellos con insuficiencia cardíaca terminal puedan mantener la paz y la esperanza de un trasplante cardíaco, aun cuando la mayoría fallece en lista de espera.

Como en el encuentro médico la efectividad del tratamiento está estrechamente relacionada con la naturaleza terapéutica de la relación médico-paciente, condensada en el aforismo “el propio médico es la droga más importante”, en esta relación el médico como mínimo puede prometer un cuidado de calidad, una relación abierta y honesta, una presencia firme y describir un futuro que tiene significado. Pero para que una promesa sea efectiva debe ser creíble, por lo que los médicos no pueden ni deben dar esperanzas ilusorias, engañosas o que lleven a conclusiones erróneas al paciente, como ha ocurrido y se ha mal utilizado en el pasado. Porque para que una esperanza sea efectiva, el que ofrece la promesa debe ser confiable

y debe permanecer confiable porque aquí yace el poder del médico en el encuentro con el paciente. “Sin embargo, como dice Li, los médicos pueden balancear la ciencia de lo probable (pensamiento probabilístico) con la esperanza de lo posible (cualquier cosa es posible) para mantener viva la esperanza del paciente.” (3)

Como la experiencia de la sufriente realidad presente se contradice con la esperanza para el futuro, el paciente debe creer al médico y por ende su mensaje reformulado, para tener la posibilidad de transformar su temor en esperanza.

Por lo tanto, la esperanza que permite al paciente mirar más allá del presente es la compañía inseparable de lo confiable que es para el paciente y la fe que tiene a su médico después del o los encuentros. El médico debe tener habilidades y destreza para crear y alimentar la confianza del paciente.

Hay otros beneficios prácticos que se generan cuando se transmiten esperanzas creíbles; algunos de ellos son que se facilita la aceptación de métodos médicos complejos, la adherencia al tratamiento y el seguimiento exitoso del paciente. A su vez, estos signos indican empatía y la realización de la reformulación de la esperanza. Una esperanza que atrapa el mañana puede dar al paciente la fuerza para perseverar hoy.

ESTABLECER LA CONFIANZA DEL PACIENTE

Las conductas médicas clave para construir y mantener la confianza del paciente con el médico han sido bien identificadas por los expertos en comunicación médica y las discutimos en extenso en la Carta del Director “Escuchar, narrar, construir historias: el oficio de un médico”. Allí decíamos: “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 hubiera 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.” (4)

O sea que saludar al paciente, reconocer los motivos y objetivos de la visita, demostrar minuciosidad en la dilucidación de la historia y en la realización del examen físico, acordar un plan de tratamiento, con-

testar sus preguntas y terminar arreglando su seguimiento son los elementos importantes de un encuentro con un paciente, que incluye la escucha activa y mostrar empatía.

Todas estas conductas son expresión de competencia clínica, que es el mayor determinante de la confianza del paciente. El paciente que viene en busca de una solución para su malestar reconoce en el conocimiento del médico, su habilidad para realizar los procedimientos y resolver los problemas, los requisitos indispensables para brindar su confianza. Es imposible e incompatible construir confianza en ausencia de competencia clínica.

Un principio de la mayor importancia para construir la confianza es que el paciente sienta que el interés primario se centra en su bienestar y que cualquier otro interés legítimo del médico viene después, ya que, al menos, el médico debería ser el más fuerte defensor ante los pagadores del paciente, ya sean privados o públicos.

Para que desde el punto de vista del paciente, el médico se transforme en una compañía confiable a lo largo de su dificultoso viaje por la vida, el médico debe tener una presencia inquebrantable al lado del paciente, ya que ésta es una demostración importante de cuidado y compasión. Y significa participar de su cuidado longitudinal respondiendo a sus llamados a través del teléfono y en el futuro cercano a través de Internet y estar accesible en la clínica y el hospital.

PALABRAS DE CONCLUSIÓN

La esperanza, una pasión alegre según Spinoza, hace posible llevar el dolor y el sufrimiento en el presente,

ya sea de la enfermedad o de otras afecciones de la vida. Al reformular la esperanza reinterpretemos el pasado y redirigimos la historia del paciente a otra conclusión alternativa. La esperanza es un paso intrínseco a toda interacción clínica.

Pero no podríamos terminar sin dejar en claro que la relación del médico con su paciente es solamente una de las fuentes de la esperanza. Al lado de esta relación siguen subsistiendo otras fuentes significativas de esperanza, que a veces está en la familia, otras veces está en el grupo cercano de amigos y aun otras en el grupo de compañeros de lucha con los cuales se comparten objetivos y metas que hacen coherente toda una vida.

Nuestro trabajo profesional sólo puede identificar, interpretar, dar forma y transformar la esperanza con nuestra mejor habilidad consciente posible. Pero no debemos olvidar que la esperanza profunda del paciente por la vida y el significado de la muerte (y de la vida) subyace en el dominio de sus relaciones contextuales, creencias y deseos, la mayoría de las veces por fuera del encuentro médico.

Hernán C. Doval

BIBLIOGRAFÍA

1. Baruch de Spinoza. Ética demostrada según el orden geométrico. Quadrata 2005. Parte III, Proposición VI.
2. Baruch de Spinoza. Tratado Político. Quadrata 2005. Capítulo III, 3.
3. Li JTC. Hope and the medical encounter (commentary). Mayo Clin Proc 2000;75:765-7.
4. Doval HC. Escuchar, narrar, construir historias: el oficio de un médico. Rev Argent Cardiol 2006;74:183-90.