



Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias

Med Int Méx. 2017 May;33(3):299-302.

Empathy, physician-patient relation and evidence-based medicine.

Manuel Ramiro H¹, J Enrique Cruz A²

La buena relación médico-paciente y particularmente la empatía gozan de un prestigio y una primacía moral notable entre el personal médico, paramédico y sobre todo entre los pacientes. Se considera una cualidad deseable en todo médico,¹ se entiende que es un área de la práctica clínica que se desarrolla con el tiempo y actualmente se cuestiona si es posible enseñarla con las estrategias actuales de la docencia en medicina ya que también hay quien dice que “se tiene o no se tiene” en alusión a una característica un tanto innata. Muchas de las quejas contra médicos e instituciones de salud son consecuencia de fallas de comunicación o bien de una deficiente relación médico-paciente, tal como lo ha venido señalando de manera constante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), quien reporta que solamente en 2016 se presentaron 2,044 quejas atribuidas directamente a conflictos en la relación médico-paciente.²

Los médicos con una relación médico-paciente cercana a la ideal, referida por algunos autores como *cuasi-diádica* o de amistad,³ suelen ser los más solicitados en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, también suelen ser los más buscados por compañeros de trabajo y colegas, a pesar de que, en algunos casos, posiblemente no cuenten con una vasta trayectoria en la investigación ni grandes reconocimientos académicos. Este fenómeno no es casual y podríamos afirmar que está determinado de manera histórica.

En la historia de la medicina occidental solemos situar el origen del acto médico a partir de Hipócrates, Galeno y, por lo general,

¹ Editor de Medicina Interna de México.

² Coeditor de Medicina Interna de México.

Recibido: 15 de febrero 2017

Aceptado: abril 2017

Correspondencia

Dr. Manuel Ramiro H
manuel.ramiroh@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Ramiro HM, Cruz AJE. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. Med Int Méx. 2017 mayo;33(3):299-302.



damos un salto hasta el siglo XIX, en el que, debido a los avances científicos y tecnológicos, se dejó de lado todo el bagaje cultural previo y con él, lo que chamanes, brujos y místicos diversos sabían muy bien: una porción sustancial de la “cura” proviene de la comunicación y conexión con el paciente.⁴ Ofri, autor del anterior escrito es un autor avocinado en Nueva York, preocupado por la relación médico-paciente y otros aspectos humanistas del ejercicio de la Medicina.^{5,6}

El siglo XIX trajo consigo al positivismo y lo vio encumbrarse y posicionarse como el paradigma dominante por más de un siglo y lo que posiblemente esté por venir. En la medicina podemos observar su potente y fuerte influencia, en la gran aceptación y crecimiento que ha tenido la medicina basada en evidencias (MBE).

La medicina basada en evidencias nace a principios del decenio de 1990 con el objetivo de rescatar las bases y la objetividad científica de la medicina para así poder aplicarlas a la toma de decisiones a las que, día con día, se enfrenta el clínico,⁷ fundamentado en los principios ideológicos del Círculo de Viena los cuales, a su vez, derivan del positivismo lógico; una corriente filosófica de pensamiento cimentada en las matemáticas y la matematización de la realidad ya que, de acuerdo con los autores, la lógica matemática es “el lenguaje perfecto”⁸ y, con éste, es posible explicar la realidad concreta, y por supuesto, reproducirla.

Es así como posterior a la aparición del ensayo clínico aleatorio en el decenio de 1940, las revisiones sistemáticas en la década de 1970 y el continuo desarrollo de la epidemiología clínica, la medicina basada en evidencias vio la luz en noviembre de 1992,⁹ bajo el argumento del débil sustento científico de las opiniones de los clínicos expertos, de la obsolescencia de los libros de texto y de las revisiones publicadas en revistas médicas, la medicina basada en eviden-

cias se posiciona con un método novedoso para plantear problemas médicos desde un punto de vista científicamente aceptado, de un método sistemático, ordenado y tecnológicamente refinado para elaborar una pregunta científica y seleccionar una respuesta conforme al análisis crítico de la experiencia general que abarca la revisión sistemática de las publicaciones científicas. Con el advenimiento de la informática y el crecimiento exponencial del internet, se masificó la información que se publica en el mundo de la bibliografía médica, haciendo prácticamente imposible leer, aunque sea de manera somera, la mayor parte de los artículos publicados diariamente y es aquí donde las estrategias de la medicina basada en evidencias y su metodología cobran aún más auge y utilidad, llegando incluso a profesionalizar a los expertos que realizan revisiones sistemáticas para ofrecer el conocimiento destilado a los clínicos, ejemplo de ello es la biblioteca Cochrane.⁷ Sin embargo, con el paso del tiempo las críticas no se hicieron esperar y comenzaron a salir a flote: desde la crítica al anglicismo: “evidencia”, cuya traducción y significado en español difiere notablemente de aquel “*evidence*” originario. A pesar de ello, en la práctica se actúa conforme a la contundencia del vocablo inglés.⁸ Otras de las críticas fueron vertidas en relación con la poca practicidad que representa el uso de la medicina basada en evidencias en la práctica clínica cotidiana, tanto en el consultorio como al pie de la cama del enfermo, a esto se suma que no en pocas ocasiones, las revisiones sistemáticas llegan a conclusiones ambiguas, inconsistentes y de nueva cuenta dejan la toma de decisión en la experiencia o en el buen juicio del clínico.⁷ Se ha señalado también que en algunas ocasiones estas revisiones sistemáticas e incluso metanálisis son diseñados y patrocinados por la industria farmacéutica, por ejemplo: ellos deciden qué pruebas y qué tratamientos serán comparados en los estudios empíricos.¹⁰ Algunas otras críticas, dentro del ámbito filosófico, provienen de la Es-



cuela de Frankfurt, quienes a mediados del siglo XX denunciaron la posibilidad de desarrollar un proceso de toma de decisiones absolutamente tecnocrático con consecuencias negativas para la sociedad, una de las observaciones realizadas al respecto es la restricción del lenguaje, ya que para responder alguna cuestión clínica mediante la medicina basada en evidencias deben realizarse preguntas verificables, es decir, una pregunta concreta sin contenido metafísico; por otra parte, señalan, se cree que la demostración realizada por la medicina basada en evidencias es suficiente, es decir, deja de lado la percepción humana y la posible distorsión de los hechos que pueda traer esta “variable” humana. Husserl, por ejemplo, señala la tendencia humana natural de creer en los fenómenos sensoriales por encima de otros fenómenos –la Fenomenología– que implica la descripción (de lo percibido) y su posterior análisis mediante la conciencia, en concreto: ¿es la pregunta correcta, si la percepción varía de observador a observador con sus diferentes distorsiones de una misma “realidad”? Otro factor a tener en cuenta es la disonancia cognitiva que es la inclinación a aferrarse a una idea o preconcepción a pesar de que la evidencia muestre claramente que es falsa,⁸ ejemplo de ello lo vemos de manera cotidiana en los servicios clínicos, donde muchos de nosotros, y en lenguaje coloquial: “nos casamos con un diagnóstico” y muchas veces somos capaces de hacer embonar las piezas para que cuadren con “nuestro diagnóstico” dejando de lado y menospreciado lo que el paciente nos está comunicando, ya sea de forma verba o no verbal.

Este punto nos regresa de nueva cuenta al análisis de la relación médico-paciente; ¿cómo objetivar lo que por su naturaleza es subjetivo? Incluso: un mismo personal de salud, con el mismo paciente en diferentes momentos establecerán relaciones más o menos diferentes una de la otra. ¿Cómo estandarizar qué respuestas debemos presentar ante una situación emotiva, una situación que

evidencie nuestra ignorancia en algún tema, una situación que ponga en juego nuestras creencias religiosas o de vida? Difícilmente podría crearse un algoritmo correcto para estas situaciones.

Hace poco la medicina basada en evidencias ha evolucionado hacia algo llamado “real medicina basada en evidencias” que, mediante el uso a la vez de la “maestría clínica” y la mejor evidencia externa disponible considere prioridad al paciente y sea capaz de generar una evidencia individualizada para poderse aplicar mediante un juicio experto para que la evidencia científica sirva para acercar a los médicos y a los pacientes generando relaciones más sólidas.^{7,9} Evidentemente esta postura, aunque muy loable, carece del fundamento duro y positivista de la original medicina basada en evidencias, coincidiendo en que el peso de la relación médico-paciente y su razón de ser: el alivio del padecer, está centrado en la relación subjetiva y humana inherente a la misma existencia del ser humano y las relaciones sociales que establece.

En 2014 se publicó un estudio que exploró el papel de la comunicación en la terapéutica médica, denominada por los autores como alianza terapéutica, en el tratamiento del dolor lumbar crónico, en el que se comparó el alivio del dolor y la sensibilidad con terapia física y la “alianza terapéutica mejorada” como placebo, sorprendentemente encontró que los pacientes que fueron sometidos a la terapia física con alianza terapéutica (placebo) mostraron alivio del dolor de 55%, en contraste con los que recibieron la terapia convencional con alivio de 46%; es decir, la adecuada relación personal de salud paciente es más efectiva, en este caso, que el tratamiento convencional, evidentemente, el estudio demostró que la combinación de la alianza terapéutica con el tratamiento convencional consiguió alivio de 77%. Se demostró que el “placebo” o una adecuada relación médico-paciente fue el pilar del tratamiento y en ocasiones éste resulta ser marcadamente más efectivo.¹¹



Esto no pretende desacreditar a la medicina basada en evidencias, ni afirmar que todo el adelanto técnico científico no sirve, por el contrario, pretende reflexionar acerca del uso racional y humanista de estos adelantos, sin posicionarlo como la verdad absoluta, ni como guía inequívoca del quehacer médico, sino como complemento de la verdadera razón de ser de cualquier profesional de la salud: el paciente y su padecer y que, como personas que somos tanto pacientes como personal de salud, la manera más eficaz que tenemos para comunicar, entre otras cosas, las dolencias físicas y emocionales, es la comunicación que emana de las relaciones interpersonales.

Si bien la conversación entre un médico y su paciente pudiese considerarse “placebo” como en el estudio descrito, si este placebo ayuda y alivia sin causar daño, entonces es una medicina legítima, además de ser la herramienta diagnóstica más potente con que contamos.⁴

Los avances científicos y tecnológicos dejaron de lado a la persona padeciente y sustituyeron a ésta por “la enfermedad”, el órgano o sistema dañado, con esto, la escucha y la conversación quedaron sepultadas, la empatía a un lado. De acuerdo con el Dr. Kraus mirar en medicina exige menos compromiso que escuchar. La escucha convierte al interlocutor en testigo del otro y de sí mismo. Curar es una ciencia, acompañar es un arte.¹

La mayoría de los enfermos necesitan médicos empáticos, el médico internista, siendo el especialista y el experto en la elaboración de diagnósticos, no debe dejar de lado y mucho menos olvidar el arma poderosa y potente que lo ha acompañado durante décadas: la empatía, preciada característica de la relación médico paciente.

REFERENCIAS

1. Kraus A. Empatía: notas sin sosiego. Nexos, 1 de enero, 2017.
2. CONAMED. Motivos de las quejas concluidas 2016. En: Sistema de atención de quejas médicas y dictámenes (SA-CMED) consultado en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/189985/cuadros_2016_9.pdf accesado el 15 de marzo del 2017.
3. Gracia D. Fundamentos de bioética. Eudema, Madrid 1989.
4. Ofri D. The Conversation Placebo. The New York Times. Opinion. Sunday Review. January 22, 2017. P. SR2.
5. Ofri D. Adding Spice to the Slog: Humanities in Medical Training. PLoS Med 2015 Sep 29;12(9):e1001879.
6. Ofri D. Quality measures and the individual physician. N Engl J Med 2010 Aug 12;363(7):606-7.
7. Lifshitz A. La crisis de la medicina basada en evidencias. Gac Med Méx 2014;150:393-4.
8. Ortega M, Cayuela A. Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. Rev Esp Salud Pública 2002;76(2):115-120.
9. Boucourt L. Su excelencia: la medicina basada en evidencias. ACIMED 2003;11(3):3-4.
10. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348:g3725.
11. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, et al. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. Phys Ther 2014;94(5):740.