



## Repercusiones emocionales del trabajo con pacientes en la asistencia pública

Àngels Córcoles i Pamies<sup>1</sup>  
Médico-Psicoterapeuta, Barcelona.

El trabajo con pacientes tiene repercusiones emocionales en los profesionales, de las que se ha hablado poco en el ámbito médico y asistencial. Hemos sido formados para atender las enfermedades, pero desconocemos qué hacer con lo que vamos sintiendo al ir ejerciendo nuestra profesión. Este escrito explica algunos de los sentimientos comunes a la mayoría del personal sanitario cuando trata con pacientes, para darlo a conocer y en la medida de lo posible integrarlo en nuestra práctica clínica.

**Palabras clave:** Repercusiones emocionales, Esperanzas del clínico, Temores del profesional, Clima emocional, Transferencia, Contratransferencia, Grupos Balint.

Working with patients has emotional repercussions in professionals, though not many things have been said about them in medical environments. We have been formed to take care of the diseases, but we don't know what to do with our feelings when we are performing our profession. This paper explains some of the common feelings to most of the sanitary personnel when they deal with patients, so that they can be integrate in our clinical practice.

**Key Words:** Emotional consequences, Clinical hopes, Professional fears, Emotional climate, Transference, Countertransference, Balint groups.

**English title:** Emotional consequences working with patients in the public health system.

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Córcoles i Pàmies, Àngels (2008). Repercusiones emocionales del trabajo con pacientes en asistencia pública. *Clinica e Investigación Relacional*, 2 (1): 177-184. [ISSN 1988-2939] [http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen21Mayo2008/tabid/355/autorizacion/es-ES/Default.aspx]

## Introducción

El trabajo con pacientes tiene repercusiones emocionales en los profesionales de las que se ha hablado poco, fuera del ámbito psicoterapéutico. Así pues, como médicos nos enfrentamos no sólo a los pacientes, sino también a los sentimientos que nos despiertan. Hemos sido formados para atender las enfermedades, pero desconocemos qué hacer con lo que vamos sintiendo. Esto nos puede llevar a creer que somos torpes o raros y despertar vergüenza en nosotros. Parecería como si aquello de lo que no se habla no existiese, por tanto difícilmente pensamos que lo que sentimos es normal y lo siente todo el mundo, y acabamos por no poner palabras a nuestra experiencia emocional ni compartirla. Este escrito explica algunos de los sentimientos comunes a la mayoría del personal sanitario cuando trata con pacientes, para darlo a conocer y en la medida de lo posible ayudar a integrarlo en nuestra práctica clínica.

Cuando me propusieron que hiciera este escrito, me hizo mucha ilusión. Pero al mismo tiempo me cogieron todos los males. Empecé a pensar que no sería capaz, que no se entendería, que sería técnico y aburrido: me angustié. Entonces empecé a coger libros, a pedir documentación a colegas, a buscar información. Era una manera de defenderme de la angustia. No soy yo quién habla, sino la ciencia. No hablo de mis conocimientos, sino que me escondo tras lo seguro para no fallar. Vuelvo a defenderme de la angustia.

Este proceso esquemático es el que pasamos cuando hemos de visitar un paciente, o cuando hemos de hacer algo nuevo. Por esto cuando tenemos un paciente delante, y especialmente un poco antes del primer encuentro, sentimos angustia.

De todas formas no es posible eliminar del todo la ansiedad que despierta en nosotros el trabajo con los pacientes. No es posible eliminar del todo el inquietarnos o angustiarnos alguna vez por nuestros pacientes o por nosotros, por nuestros errores o por lo que no sabemos.

En relación a los pacientes tenemos esperanzas y sentimos miedos:

## Esperanzas del clínico:

### 1.-Ser útil

Igual que el clínico quiere ser útil para los pacientes, yo quería ser útil para los que me pidieron el escrito y para los que lo puedan leer. Podía ser útil, o tremendamente aburrida. Cuando esperamos demostrar que somos útiles, antes o después sentimos ansiedad de no poder satisfacer esta expectativa. La necesidad de asegurar esta utilidad se encuentra en la base de algunas intervenciones intrusivas que realizamos con los pacientes. Ser útil al paciente no significa hacer cosas. Pero yo había hecho muchas. Por suerte fue antes de empezar y me pude frenar.

Hay pacientes que se quejan mucho y nos inducen a actuar. Y nos ponemos en marcha antes de escucharlos y antes de saber qué nos están pidiendo y qué hemos de hacer. Si es que hemos de hacer algo. Llamamos no hacer nada a escuchar, a entender, a contener... y no tenemos en cuenta que esto ayuda mucho. Una cosa que he aprendido en mi trabajo con adolescentes graves, es que en una situación de crisis lo primero que hay que hacer es no hacer nada. Así nos damos tiempo para pensar qué está pasando y después decidir qué hay que hacer.

Y escuchar nos puede ayudar a entender qué representa para el paciente la relación

consigo mismo, con el otro sexo, cuáles son sus fantasías, sus temores sobre su potencia, sobre su capacidad creativa, sobre la otra persona de la relación, qué representa para él la limitación que la enfermedad le está ocasionando, ya que dicha enfermedad no se presenta sola, sino que la sufre una persona que tiene una historia, unas vivencias y unos sentimientos. Los pacientes *vienen con una mochila*. Y nosotros llevamos otra.

Hemos de preguntarnos qué ansiedades y temores estamos tratando con nuestra intervención: ¿Las del paciente o las nuestras?. Ha quedado claro que cuando empecé a prepararme este escrito lo primero que me puso en marcha fue mi ansiedad, no lo que me pidieron que explicara.

La esperanza de ser útil comporta el peligro de sentirse obligado a demostrar nuestra "utilidad". Pero la necesidad y el deseo de ser útiles no los hemos de confundir con la habilidad de ciertos pacientes para hacernos sentir culpables. En esta situación fácilmente cedemos a las presiones o manipulaciones de algunos pacientes.

## **2.-Comprender**

Esperamos comprender al paciente y que se sienta entendido. Tener mucha información de la enfermedad a veces puede ser un inconveniente para la capacidad de comprender, porque estamos más pendientes de qué clasificación ponemos al paciente que no de escuchar lo que nos dice. En mi caso pudo ser tener mucha necesidad de explicar lo que sé, en lugar de escuchar lo que me pidieron y hablar de ello. Yo ya os explico lo que dicen los libros y ya está. Pero podéis necesitar otra cosa.

Cuando empecé en este oficio los veteranos hablaban de tolerar "el no saber". Y yo me preguntaba a qué se debían referir, porque no entendía nada. En la Facultad de Medicina me entrenaron a saber muchas cosas, ¡¡¡y pobre de mí que no las supiera!!!. Con el tiempo aprendí que cuando no se entiende lo que dice el paciente hay que esperar, más adelante podremos atar cabos y darle un sentido. El deseo de entender a los pacientes hace que tengamos el temor de no conseguirlo. Lo que nos dicen los pacientes no es lo que hay en los libros. A veces el "no saber" crea ansiedad y esta se intenta superar con una actitud estándar focalizando nuestra atención en aquellos aspectos del paciente que encajan con lo que sabemos. Yo buscaba de alguna

manera encontrar un modelo de escrito sobre este tema para ir sobre seguro. Se trata de poder tolerar la ansiedad que experimentamos cuando no entendemos lo que nos dicen y esperar a poder ir atando cabos.

## **3.-Ser tolerante**

No sólo se trata de ser tolerante con lo que nos dice el paciente, sino con lo que vamos sintiendo en la relación con él y con lo que no entendemos, como decía en el apartado anterior.

La tolerancia no hace referencia a la complicidad. La tolerancia hace referencia a escuchar sin juzgar, pero sin hacernos cómplices de conductas lesivas o claramente delictivas. Hay situaciones muy claras y otras que se encuentran en el límite. Si no estamos seguros, va bien hablarlo con el resto del equipo.

## **4.-Que nos valoren**

Este deseo lo compartimos con todo el mundo. Yo iba pensando: "que les guste lo que les diré". Cuando nos sentimos valorados se nos cargan las pilas de la autoestima. Por esto el día que no nos salen las cosas bien o hay un paciente *que se nos pone en contra* nos baja la autoestima y nos sentimos mal.

### **5.-Que los pacientes nos ayuden con nuestros conflictos.**

Este deseo puede ser consciente o inconsciente. No es necesariamente negativo, depende de cómo lo usemos.

Cuando es consciente lo podemos utilizar a nuestro favor. El paciente se ha podido encontrar en una situación parecida a una nuestra, y esto nos ayuda empatizar con él. Como lo hemos superado, el conocimiento que hemos extraído, nos puede ser útil para ayudarlo. Pero cuando es inconsciente puede conducir a la inversión de roles, de manera que explicamos a los pacientes nuestros problemas, desgracias o nuestra vida privada y acaban ellos cuidándonos a nosotros. La norma de no hablar de nosotros ayuda a que esto no pase. ¡¡No lo tengáis en cuenta para este escrito !!.

### **Temores del profesional: En general son los negativos de los deseos.**

#### **1.- Fallar o hacer daño.**

Temor a no poder ayudar al paciente que nos ha venido a ver pidiendo ayuda. ¿Qué pensarán de nosotros si fallamos?, ¿qué dirán nuestros compañeros si lo saben?. ¡Qué vergüenza!. Si fallamos se produce una herida en nuestra autoestima y esto produce malestar.

A los profesionales sanitarios se nos prepara para afrontar el sufrimiento de los pacientes siempre que provenga de problemas o temores de origen físico. Aprendemos a tolerar este sufrimiento sin hundirnos. Pero de los afectos y de las emociones, se habla con un doble mensaje. Explícitamente se habla de ello, se nombra, para que no sea dicho, pero implícitamente se da a entender que no es importante. Así quedamos sin saber qué hacer con los sentimientos y las emociones.

No es necesariamente negativo que aparezca el miedo a hacer daño. Esto nos ayuda a ser más cuidadosos. Hace falta sentirse por un lado sensible y por otro seguro para atreverse a causar cierto dolor, sufrimiento y/o vergüenza con el propósito de averiguar y entender mejor qué le pasa al paciente y poder ayudarlo, sin llevarlo al extremo de pedir exploraciones lesivas que no varían la intervención a hacer.

#### **2.-Miedo a ser invasivo o a que nos consideren invasivos.**

¿Qué pensará el paciente ante determinada exploración? ¿Qué pensará si hago desnudar a un/a paciente, si le hago un tacto rectal o una exploración vaginal?

Es natural la presencia de cierta ansiedad ante el temor a ser invasivo.

Un buen contacto emocional con las propias dificultades psicológicas y una percepción de nuestras ansiedades, frustraciones y limitaciones es un buen instrumento para conectar con los pacientes.

Para realizar una correcta asistencia lo que necesitamos no son protocolos y cuestionarios para interrogar a los pacientes. Lo que necesitamos es nuestra capacidad de escuchar y observar. ¿Qué nos resultaría molesto a nosotros? ¿En qué situación nos hemos sentido incómodos como pacientes? ¿Y como sanitarios? Cuando estudiaba me preguntaba cómo me las tenía que arreglar para saber si un paciente estaba loco o no. La respuesta era que lo comparara conmigo. Yo pensaba que ya estábamos otra vez con consignas que no entendía. Con el trabajo que yo tenía para saber si estaba sana o loca, ahora me dicen que lo compare conmigo. Al final entendí que lo que me estaban diciendo era que el instrumento de medida era yo. Y que si algo me parecía extraño, probablemente lo era.

#### **3.-Ser poco útil**

Este temor se origina del miedo a que los pacientes “se den cuenta” de que no sabemos

suficiente y fallemos en nuestra capacidad de ayudar.

#### **4.-No entender al paciente, ser poco tolerante**

Si la falta de tolerancia es consciente, nos podemos preguntar qué nos pasa con la cuestión que no toleramos. Podemos escuchar y nos aguantamos las ganas de censurar. Escribir en un papel qué nos pasa nos puede ayudar a dilucidar porqué reaccionamos así y ver el origen de esta intolerancia. ¿Son aspectos nuestros que no toleramos y los vemos reflejados en los pacientes? Me refiero a aspectos que deberíamos tolerar y nos cuesta.

A veces esta falta de entendimiento o tolerancia es inconsciente. En este caso tenemos reacciones sutiles que capta el paciente y hacen que no nos hable de aquel tema que intuye que no nos gusta. Una pista nos la puede dar si nos damos cuenta que hay temas que no aparecen con los pacientes. A partir de aquí podemos ir tirando del hilo.

#### **5.-Encontrar algo maligno, desagradable o incurable.**

Es un temor relacionado directamente con la actividad sanitaria. Es el temor de dar malas noticias. En este caso nos podemos sentir un poco responsables de lo que le pasa al paciente y sentir que no se cura por nuestra culpa. De alguna forma lo podemos sentir como un ataque a nuestra omnipotencia. Se trata de tener claro que tenemos límites y no todo está en nuestras manos. No lo podemos curar todo, ni lo podemos resolver todo.

#### **6.-Que no nos valoren, nos hieran, suframos o nos hagan sufrir.**

La primera norma cuando vamos a trabajar, es no ponerse en peligro ni correr riesgos innecesarios. Pero ha aumentado el índice de agresiones al personal sanitario. Hay una parte de la población que atendemos que interpreta que el personal sanitario está a su disposición y se tiene que plegar a su voluntad. Esto tiene relación con el concepto de autoridad, que no hay que confundir con el autoritarismo. ¿Cómo valora la administración nuestro trabajo? ¿Qué valoración hace el usuario? ¿Cómo lo valoramos nosotros? ¿Qué concepto tiene nuestra sociedad de la autoridad?

#### **7.-Que nos abandonen.**

Este también es uno de los miedos más extendido porque cuando sucede, fácilmente interpretamos que no lo hemos hecho bien, que el paciente no nos quiere, o que no ha hecho de buen paciente porque no nos ha gratificado. Cuando nos abandonan nos baja la autoestima, y esto cuesta de tolerar. No tenemos en cuenta que el paciente puede tener sus razones para dejar el tratamiento, aunque esté contento con nuestro trabajo, o quizás precisamente porque hemos trabajado bien.

#### **8.-Que nuestras esperanzas resulten frustradas.**

Esta es una de las razones por las cuales se abandona la profesión.

### **Aspectos que se ponen en juego cuando ya estamos con los pacientes.**

Para entender a los pacientes hace falta:

-En un primer momento la posibilidad de identificar e identificarse con el sufrimiento y los conflictos del paciente, reviviendo nuestras experiencias equivalentes.

-Una vez hemos empatizado con el sufrimiento del paciente, nos hemos puesto en su lugar, nos hemos identificado con él para ver cómo lo podemos ayudar, es necesario que nos

desidentifiquemos. Es como si por un momento nos convirtiéramos en dos personas (nosotros y el paciente) y una vez entendemos qué le pasa, qué representa para él la enfermedad, y cómo lo podemos ayudar, dejásemos de ser el paciente para volver a ser nosotros mismos.

Una actitud más contenedora considera:

-Los factores etiopatogénicos, diagnósticos, y terapéuticos de origen biológico.

-El encuadre: la comunicación interhumana, la carga de factores emocionales y ansiedades. El encuadre nos lleva a la noción de límite. ¿Hasta dónde podemos llegar como técnicos? ¿Hasta dónde podemos llegar como personas? ¿Qué límite de tiempo tenemos para atender a un enfermo? ¿Hasta dónde llega nuestra función? Se trata de poner un marco: donde atendemos físicamente, en qué despacho visito, qué trato. No voy a hacer una visita en un bar. ¿Puedo ir a tomar café con mis pacientes?

-La importancia que los factores psicosociales tienen en las relaciones humanas y en las formas de expresión de las enfermedades. Las personas de diferentes culturas entienden las enfermedades de manera diferente. Por ejemplo, las personas de religión musulmana que tienen diabetes fácilmente se descompensan. Primero porque para ellos el azúcar es algo bueno. Por tanto, no puede ser una enfermedad mala tener mucho de algo bueno. Por otro lado si hacen el Ramadán, pueden tener una hipoglucemia. Pueden no querer dejar de hacerlo porque no quieren defraudar a la comunidad, y pueden entrar en coma hipoglucémico. Esto hay que tratarlo con una aproximación a su cultura. Nosotros, como occidentales, si les damos órdenes, no nos harán caso y desconfiarán. O las adolescentes magrebíes que vienen a la consulta con su padre y hay que pedir un traductor.

-Observación de lo que nos comunica el paciente.

-Aumentar la autoobservación de las angustias propias, ansiedades y mecanismos para evitarlo.

-El acto sanitario se realiza en el aquí y ahora de la entrevista. Tenerlo en cuenta ayuda a minimizar la confusión con el paciente y a no extralimitarse profesionalmente. El paciente aporta sólo un momento de su experiencia y para desidentificarse ayuda pensar que no hemos de dejarnos arrastrar fuera.

-Clima emocional de la práctica cotidiana. Observamos y prestamos atención a más elementos. Se trata de ofrecer un contacto emocional cálido y una disposición interna adecuada. Me refiero a una asistencia basada en la contención, en la capacidad de soportar la ansiedad, y si es posible, elaborar las ansiedades del sanitario y del paciente. Se intenta considerar al paciente globalmente, teniendo en cuenta sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En este contexto, la capacidad del sanitario de observar y observarse toma más importancia.

## Transferencia y contratransferencia

Como he dicho antes, el paciente y el sanitario, en tanto que personas, *llevan una mochila*. Son dos personas, con dos historias, que se encuentran en una situación asimétrica. El conjunto de experiencia de vida, y especialmente las de la primera infancia, son las que estructuran la mochila. Predeterminan nuestro mundo interno y nuestra percepción de la realidad externa. Este fenómeno inconsciente con el cual tejimos nuestra percepción del presente, la llamamos transferencia. El fenómeno de la transferencia es universal.

En la consulta sanitaria se dan emociones y conflictos. Estas emociones están relacionadas con los trastornos de los pacientes y con la vida y los recuerdos del paciente fuera de la consulta. Y en última instancia con el aquí y ahora de la relación sanitario-paciente.

Esto que le pasa al paciente también le pasa al profesional. Va en sentido contrario al del paciente. La consulta es una relación interpersonal. El sanitario tiene o ha tenido problemas, ansiedades o fantasías que están presentes en la interacción. Lo que vamos sintiendo puede estar relacionado con como estamos aquel día o ser el paciente quien nos lo hace sentir. Para poderlo diferenciar ayuda pensar que lo que nos dicen los pacientes, no nos lo dicen a nosotros, sino a lo que nosotros representamos.

Es útil que el sanitario pueda conocer, analizar y contener sus dificultades, sus deseos y sus ansiedades para que no los viva mezclados con lo que le despierta el paciente. Conocer los propios conflictos ayuda a no actuarlos. Entender y sentir lo que nos hacen sentir los pacientes, diferenciando los sentimientos propios y los que nos despiertan los pacientes ayuda a entender mejor.

A veces interpretamos que lo que los pacientes necesitan y esperan de nosotros es que hagamos cosas, y que sino no se sentirán satisfechos con nosotros. Muchos médicos dan medicación sin darse cuenta de que la están dando para calmar su ansiedad y no porque el paciente la necesite.

En general los pacientes tienen bastante claro qué pueden esperar de nosotros. Pero muy a menudo somos nosotros los que no valoramos lo suficiente lo que ofrecemos. La contención emocional, como no es algo físico que podamos ver en una disección, la ignoramos. Y sin embargo es lo que más piden los pacientes y la fuente de más quejas. Cuando la persona que tenemos delante ha sufrido algún tipo de agresión, o si trabajamos con mujeres víctimas de abusos, es imprescindible que las escuchemos. Esta persona necesita que empaticemos con su sufrimiento porque esto la ayuda a sentirse mucho mejor. Muy a menudo lo que fija el efecto traumático es la constatación de que el entorno no empatiza con lo que sienten o culpabiliza explícita o implícitamente a la víctima. Las chicas víctimas de abusos sexuales lo pasan peor cuando su madre no las cree, que por el abuso en sí mismo, dado que se perpetúa el abuso y se corta la vía de elaboración del dolor.

Si podemos sentir que hemos hecho suficiente por el paciente, ya no nos sentimos culpables de no haber hecho nada. Además, solemos funcionar por al ley del todo o nada. O lo hemos curado, o no lo hemos ayudado en absoluto. Y no tenemos en cuenta que hemos hecho lo suficiente por él.

Así como nosotros nos identificamos con el paciente, éste se identifica con la forma que tenemos de tolerar cierto grado de dolor, de tolerar la espera, de no entender, de relacionarnos con las emociones, las frustraciones. Este proceso se produce aunque no se hable directamente de sentimientos y/o emociones.

### **Cómo sacar partido de lo que los pacientes nos hacen sentir**

La autoobservación es el instrumento que utilizamos. Para poder usarla va bien escribir en un papel qué hemos sentido con determinado paciente, en qué momento ha sido, de qué estábamos hablando cuando lo hemos empezado a sentir.

Para discriminar si lo que estamos experimentando emocionalmente es algo relacionado con nuestra historia o es el paciente quién nos lo hace sentir, nos preguntamos si la mayoría de pacientes nos despiertan estos sentimientos, si lo podemos relacionar con algún episodio de nuestra historia, o si por el contrario sólo nos pasa con aquella persona en concreto. También podemos preguntar a los compañeros si les pasa lo mismo.

Un segundo nivel son los grupos Balint. Michael y Enit Balint, en los años 50 empezaron a investigar cómo se podrían mejorar las capacidades emocionales de los médicos de cabecera. A partir de este trabajo empezaron a surgir los "Grupos Balint" o "Grupos de

discusión sobre los problemas psicológicos de la práctica médica”. Son grupos de personal sanitario, conducidos por un psicoanalista familiarizado con el trabajo médico. Se realiza una reunión semanal o quincenal de una o dos horas de duración, con la presentación de material clínico y puesta en común de lo que despierta el paciente presentado en el equipo. A partir de aquí se valora si esto le pasa a una persona en concreto o si lo despierta a nivel general, qué sentimientos ha despertado en el equipo, si ha habido actuaciones inadecuadas derivadas de una falta de autocontención, etc. Cuando nos damos cuenta de lo que está pasando fácilmente encontramos respuesta. A partir de aquí el equipo suele cambiar de actitud. No son grupos de tratamiento.

Un tercer nivel es hacer un tratamiento personal, cuando el sufrimiento es muy grande y no conseguimos recuperarnos con nuestros recursos.

## REFERENCIAS

- Siegel, D.J, y Hartzell, M (2005). *Ser padres conscientes. Un mejor conocimiento y comprensión de nosotros mismos contribuye a un desarrollo integral y sano de nuestros hijos*. Vitoria: Ediciones La llave.
- Gay, J. D. (1987). *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Buenos Aires: Paidós.
- Tizón García, J.L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Editorial Biblànica. Colección Didascàlica.

## NOTAS

---

1 **Àngels Córcoles i Pamies**, Médico Psicoterapeuta, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. Diploma como *Psicoterapeuta infanto-juvenil* por el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, Postgrados de Pareja y Familia, Psicopatología y Psicoterapia Breve en la Fundación Vidal y Barraquer de Barcelona. Como experiencia profesional: 20 años de trabajo institucional con adolescentes con patología grave y familias. A nivel privado: psicoterapia psicoanalítica relacional con adolescentes, parejas, familias y adultos. Colaboradora en la traducción del libro “Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica.” de Robert D. Stolorow y George E. Atwood, Editorial Herder 2004. Para contactar conmigo: [www.psicoterapia-barcelona.com](http://www.psicoterapia-barcelona.com). E-mail: [22588acp@comb.es](mailto:22588acp@comb.es)