

La ciencia de la compasión* Parte II

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

Los beneficios psicológicos de la compasión

Así como se ha demostrado el efecto beneficioso de la empatía y la compasión sobre la salud física de las personas, ambas tienen también importantes efectos sobre la salud mental. Hay numerosos estudios que avalan esto. Pero, a diferencia de la sección anterior, en donde los datos provenían fundamentalmente del contexto clínico – y eran por lo tanto mayormente aplicables a la relación prestador de salud-paciente-, los datos que examinaremos ahora aplican a *todos*.

Muchos de nosotros conocemos a alguien que está luchando con algún problema de salud mental, como depresión, ansiedad o trastornos post-traumáticos. Las necesidades de salud mental en nuestra actual sociedad son generalizadas y crecen cada día más. (1)

Si bien los datos que veremos a continuación provienen de investigaciones realizadas en el contexto de la atención brindada por psiquiatras o psicólogos, los mismos pueden perfectamente aplicarse a cualquier persona que nos rodea y que esté enfrentándose con algún problema de salud mental, ya sean familiares, amigos o compañeros de trabajo. Algunas investigaciones sugieren que una de cada cinco personas con las que nos relacionamos están lidiando con algún problema de salud mental.(1)

Por eso, los datos que compartiremos a continuación no están destinados sólo a psicólogos o psiquiatras. Si bien los mismos provienen de su actividad, no se necesita ser un profesional en salud mental para tratar con compasión a un prójimo que está en problemas. Las personas comunes también pueden tener un enorme impacto sobre la salud psicológica de estas personas.

*Traducción libre parcial y adaptación del libro “*Compassionomics. The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference*” Stephen Trzeciak & Anthony Mazzaelli. 2019, Studer Group Eds.

Traducción libre y adaptación al español: Dr.Fabián Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros

Una reciente revisión sistemática publicada en *Harvard Review of Psychiatry*, encontró que -en el ámbito de la psiquiatría-, las intervenciones basadas en la compasión son altamente efectivas para tratar pacientes con trastornos psicóticos, anorexia, bulimia, estrés post-traumático e incluso a pacientes con intentos de suicidios recientes. (2)(3)(4)(5) El principal mecanismo por el cual las intervenciones basadas en la compasión tendrían estos efectos beneficiosos sería la mejora de la auto-estima, reduciendo la vergüenza que suele asociarse con una determinada condición mental.

Un reciente meta-análisis muy rigurosamente conducido de la evidencia existente en el ámbito de la psicología, recogió datos de 21 estudios publicados sobre intervenciones de salud mental basadas en la compasión, abarcando un total de 1.285 participantes.(6) Encontraron que la compasión tiene un efecto estadísticamente significativo en el alivio de la depresión, la ansiedad y el estrés psicológico; también observaron que mejora el bienestar de los pacientes.

En este punto resulta importante establecer lo siguiente: de todas las cosas que pueden impactar sobre la salud psicológica de una persona, una de las más importantes (sino la más), es la *conexión humana*.

Esto de ninguna manera quiere decir que los psicofármacos no sean útiles. Durante las últimas décadas, los avances en medicamentos para tratar distintos desórdenes mentales han sido monumentales. El desarrollo de nuevas drogas terapéuticas ha mejorado la vida de millones de personas en el todo el mundo. Lo que se quiere destacar es que en la lucha contra estas enfermedades se necesita toda la ayuda que sea posible. Y la conexión humana puede tener un efecto sinérgico con la farmacoterapia muy beneficioso. De hecho, algunos estudios demuestran que la evolución de muchos pacientes depende tanto del esquema de drogas que se elija como de la personalidad del terapeuta y de su capacidad de empatizar y brindar compasión.(7)

La compasión puede aliviar la depresión

Un estudio de la Universidad de Pennsylvania reclutó a 185 pacientes que estaban siendo tratados por depresión mediante una terapia cognitiva-conductual. Los investigadores evaluaron la relación entre el grado de compasión del terapeuta y la recuperación de la depresión.(8) Utilizaron para ello una escala validada de compasión (encuesta de investigación), en la cual se les solicitaba a los pacientes que calificaran cuán cálidos, atentos y compasivos eran sus terapeutas. También utilizaron una encuesta muy validada para medir la severidad de los síntomas de la depresión. Los investigadores fueron muy rigurosos en su abordaje al problema, y tuvieron en cuenta en su análisis la severidad inicial de la depresión y el hecho de que las depresiones severas hacen que sea menos probable que los pacientes juzguen a sus terapeutas como compasivos; no querían que estos factores influyeran sobre los resultados. Encontraron una fuerte y estadísticamente significativa relación entre una alta compasión por parte del profesional y la recuperación de los pacientes. Concluyeron que la compasión del terapeuta tenía un efecto entre *moderado y grande* en la reducción de los síntomas de la depresión. Es de destacar que esta mejora de los síntomas era específicamente el

efecto de la compasión del profesional, y no de las técnicas de terapia cognitiva-conductual utilizadas. El resultado no tenía que ver con el protocolo de tratamiento, sino con la forma en la cual fue aplicado (ej: con o sin compasión)

Pero, ¿Cuál es el mecanismo por el cual la compasión puede impactar sobre la depresión?

Científicos de Duke University encontraron que la compasión puede reducir los sentimientos de desesperanza, combatiendo la desmoralización. (9) Las personas que sufren de depresión a menudo perciben una incapacidad para salir de su condición, y la compasión puede ayudarlos a construir una expectativa positiva sobre su recuperación. Por eso, se ha dicho que la compasión puede aliviar la “depresión del paciente sobre su propia depresión”.

La atención compasiva puede también aumentar la sensación de auto-eficacia de los pacientes (el convencimiento de que el tratamiento será efectivo y de que efectivamente se recuperarán). Se sabe, a partir de investigaciones en pacientes con cáncer, que los cuidados compasivos “activan” a los pacientes, mejorando su adherencia a los tratamientos y su participación. Cada una de estas cosas disminuye el estrés relacionado con padecer cáncer.(10)

En los casos en los que la depresión es tratada con medicamentos, la auto-eficacia incluso puede aumentar la adherencia al tratamiento. En un estudio de University of Colorado, patrocinado por NIH (National Institutes of Health), los investigadores estudiaron a pacientes recientemente diagnosticados con depresión, a los que un médico de atención primaria les había recetado un antidepresivo por primera vez.(11) El objetivo de esta investigación era evaluar si el estilo de comunicación de estos médicos y lo que le decían al paciente influía o no en la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico. Se grabaron las visitas a estos médicos, y un investigador entrenado juzgó el lenguaje del médico generalista (ej: compasivo o no) utilizando técnicas de investigación validadas. Los investigadores también evaluaron la adherencia a la terapia antidepresiva midiendo la cantidad de días en que los pacientes tomaron efectivamente su medicación durante un plazo de 6 meses.

Luego de eliminar las variables que podían confundir el análisis estadístico, encontraron que el lenguaje compasivo del médico se asociaba de manera independiente con la adherencia a la medicación antidepresiva. De hecho, el grado de compasión permitió predecir qué pacientes irían por sus medicamentos a la farmacia y cuáles no.(11)

Y no se necesita ser médico o psicoterapeuta para marcar una diferencia. Cualquier persona del equipo de salud tiene la oportunidad de impactar con su compasión. En un estudio del U.S National Institute of Mental Health, los investigadores estudiaron la asociación entre la compasión del personal de un geriátrico (específicamente de las auxiliares de enfermería) y los síntomas de depresión auto-reportados por los adultos mayores residentes en el lugar cognitivamente intactos.(12) Vivir en un geriátrico puede ser muy duro, tanto desde el punto de vista físico como emocional y psicológico. La

depresión entre los residentes es extremadamente común. Lo que el estudio encontró fue que la compasión del personal auxiliar también importaba.

La alta compasión de las auxiliares se asoció con una menor depresión de los residentes del geriátrico. Lo más interesante de este trabajo fue que los resultados dependieron de la perspectiva desde donde se medía la compasión. La perspectiva de las propias auxiliares (cuán compasivas pensaban ellas mismas que eran) y la perspectiva de sus supervisoras (cuán compasivo ellas pensaban que era su personal auxiliar), no tuvo ninguna asociación con la depresión de los ancianos residentes. Sólo la perspectiva de estos últimos sobre la compasión de las auxiliares fue la que tuvo una asociación significativa.

En otras palabras, las perspectivas de las auxiliares y de sus supervisoras no coincidían con la de los residentes del geriátrico; sólo la percepción de estos últimos se asoció con un alivio de los síntomas de depresión.

Si estos resultados de la compasión pudieran generalizarse a otros contextos, tendrían grandes implicancias. Los médicos, enfermeros y el resto del personal de salud pueden pensar que son compasivos, pero si los pacientes no concuerdan (no sienten esta compasión), el impacto sobre la depresión será nulo.

Estos hallazgos ponen de manifiesto tres cosas importantes: Primero, que a las personas que sufren de depresión la compasión les importa; segundo, que los supuestos “dadores” de compasión son poco precisos evaluando la calidad de sus intervenciones compasivas. Es la percepción del receptor la que realmente importa. Y tercero, lo que en este caso impactó sobre la depresión fue la compasión brindada por personal auxiliar; no por médicos ni enfermeros profesionales. El poder de la compasión no proviene de las credenciales de quien la brinda, sino de la forma de ser de esa persona. El poder está en la conexión, no el en currículum vitae.

Para las personas que sufren de depresión, la compasión es definitivamente poderosa, y cualquiera puede marcar una diferencia significativa. Pero no debe mal interpretarse este mensaje. Las personas con problemas de salud mental severos deben estar bajo el control de un profesional. Eso es algo que se sobreentiende. La compasión no substituye una atención clínica de calidad. El mensaje aquí es diferente; además de la atención psiquiátrica o psicológica formal, el resto de nosotros tiene una tremenda oportunidad de impactar sobre la salud mental de otros. Y eso está avalado por los datos.

La compasión puede aliviar la ansiedad

¿Existen evidencias de que la compasión reduzca la ansiedad?

Investigadores de Johns Hopkins University estudiaron este fenómeno mediante un estudio aleatorio controlado del cual participaron 200 mujeres, la mayoría de las cuales eran sobrevivientes de cáncer de mama. Luego de dividir las participantes en dos grupos, las participantes debían concurrir a una consulta con un médico oncólogo para discutir

opciones de tratamiento en el caso de que aparecieran metástasis. Se prepararon a su vez para los mismos médicos dos guiones. Ambos contenían exactamente la misma información “técnica” (riesgos y beneficios de la quimioterapia, la probabilidad de efectos adversos, la probabilidad de sobrevivir en el corto y largo plazo, etc.). Pero uno de los guiones relataba fríamente los hechos, sin ningún componente emocional de apoyo y sin compasión (esta consulta “estándar” fue la que se aplicó al grupo control). El otro guión, interpretado por los mismos médicos incorporaba, antes de cada explicación técnica, algún lenguaje compasivo y de apoyo. Todas las consultas fueron grabadas para un posterior análisis.

Para medir el grado de ansiedad de las participantes, los investigadores utilizaron una escala validada de ansiedad. Como querían ser rigurosos con la investigación, se aseguraron que todas las mujeres recibieran la misma información, que el estadio de su enfermedad también fuera similar y que el oncólogo que les transmitiera el mensaje (con o sin compasión) fuera el mismo.

Midieron los niveles de ansiedad antes y después de las consultas, y después compararon los efectos de la “consulta normal” vs. la “consulta con compasión”

El primer hallazgo de este estudio fue que todas las mujeres que participaron tenían una importante carga de ansiedad, sin importar cuán calmas parecieran por fuera en la consulta. De hecho, el 57% de las mujeres enroladas en este estudio se encontraban por encima del percentilo 75 de ansiedad (en relación a la población general), y el 18% entró en el percentilo 99. Esto sin duda es comprensible, dado el estrés que soporta una mujer con cáncer de mama.

Como era de esperar, las participantes del grupo cuyas consultas fueron “reforzadas” con compasión, percibieron más que las otras que el médico se preocupaba realmente por ellas. Pero el hallazgo más notable fue que, al final de la consulta filmada, las participantes de este grupo estaban mucho menos ansiosas que las de la consulta estándar. Esta diferencia era mensurable y estadísticamente significativa. Esto no es nuevo; son muchos los estudios que arrojan resultados similares, incluyendo investigaciones en rehabilitación, en dar malas noticias y en atención primaria.(14)(15)

Otro interesante estudio de la Universidad de California San Francisco, patrocinado por NIH, calculó el valor acumulativo de cada una de las frases compasivas de un médico sobre el grado de ansiedad de sus pacientes.(16) Los pacientes de este estudio fueron internados en un hospital y puestos a cargo de médicos internistas. Utilizaron una escala validada para medir la ansiedad de los pacientes y una metodología validada para cuantificar el número de frases compasivas de los médicos. Lo que encontraron fue realmente sorprendente.

En primer lugar, que el nivel de ansiedad de los pacientes que se internan en un hospital es alto, lo cual no debería sorprendernos mucho, más allá de que muchos de estos pacientes también parecían estar muy calmos; la procesión iba por dentro...

Pero segundo, y más importante, los investigadores encontraron que por cada declaración compasiva del médico internista, el nivel de ansiedad de los pacientes disminuía en promedio un 4,2%. Y esto era acumulativo, no binario. De esta forma, si, el internista realizaba tres comentarios compasivos a un paciente, el nivel de ansiedad del mismo disminuía en promedio un 12,6%. Por lo tanto, cada “píldora” de compasión tenía un efecto incremental medible. A mayor compasión, mayor poder para calmar la ansiedad.

La compasión brinda esperanza

Para los pacientes, la esperanza es un elemento vital del proceso de recuperación. Es la esperanza la que les da fuerza para enfrentar la adversidad y seguir.

Y la esperanza no es sólo vital en cuadros terminales o que amenazan la vida, sino también en cualquier problema de salud medianamente serio. Un paciente con obesidad, por ejemplo, debe tener esperanza de que realmente podrá perder peso. Un paciente con diabetes descontrolada, debe tener esperanza en que finalmente podrá controlarla.

Cuando pierden la esperanza, los pacientes se rinden. Y esto tiene implicancias mayores para la salud y la enfermedad. Pero hay que ser claros en una cosa: acá no estamos hablando de *falsas* esperanzas. La falsa esperanza se da cuando un paciente espera una buena recuperación pese a que la ciencia dice que no es posible. Este escenario es de hecho bastante frecuente en medicina. Imaginemos un paciente con cáncer que descubre que su tumor primario ha metastatizado en múltiples órganos; la ciencia dice con un 95% de certeza que estará muerto en muy corto plazo, pero el paciente todavía cree que la cura es posible. En ese caso, ¿qué es lo que debería hacer un médico? Se trata de un tema controvertido en la práctica de la medicina.

Por un lado, si esa falsa esperanza es la que mantiene alto el espíritu del paciente (posiblemente lo único que le queda en términos de calidad de vida), entonces sería en su mejor interés no quitarle esa esperanza. Por otra parte, se podría argumentar que lo más ético sería hablar con el paciente para que reajuste sus expectativas de recuperación; eso podría ayudarlo a pasar el tiempo que le queda de manera diferente, dándole tiempo para ajustar cosas antes de morir. Se trata de un verdadero dilema, y las distintas opiniones pueden ser válidas. Pero una cosa sí es clara: no sería ético que el médico intencionalmente le dé al paciente una esperanza de recuperación cuando sabe que no la tiene. Probablemente todos coincidamos en este punto.

Pero no es de esto de lo que estamos hablando aquí. No estamos hablando de *falsas* esperanzas, sino de esperanzas *reales*.

Así como todos los médicos han tenido la experiencia de atender pacientes con falsas esperanzas ante enfermedades irreversibles, casi todos han experimentado también la experiencia opuesta: la de pacientes con buenas chances de recuperación de sus enfermedades, pero que han perdido la esperanza. A menudo, esta desesperanza es una manifestación de un cuadro depresivo. Esto es comprensible. Muchos pacientes con

problemas serios de salud suelen caer en una depresión que les hace creer (equivocadamente), que la recuperación no es posible. Como el escenario de la “falsa esperanza”, este escenario de “falta de esperanza” en la recuperación de enfermedades curables también es bastante común.

En este punto uno podría preguntarse ¿a qué viene todo esto? ¿Realmente importa?

La respuesta es sí; importa. Pero antes de comenzar a analizar los datos sobre expectativas de recuperación (léase “esperanza”) y los resultados clínicos, debemos advertir lo siguiente: como la depresión puede afectar las expectativas de recuperación, es importante que los estudios de investigación tengan en cuenta la presencia de signos de depresión en sus análisis. Sólo de esa forma podremos estar seguros de que los resultados son el efecto específico de las expectativas de recuperación, independientes de cualquier efecto que pudiera tener la depresión de los pacientes sobre estas expectativas. En otras palabras, para que haya datos convincentes de que las expectativas de recuperación importan (es decir, que la esperanza importa), estos datos tendrían que ir más allá de cualquier efecto de la depresión clínica sobre los resultados.

Igual de importante, la investigación también debería ajustar su análisis a variables como la edad, la severidad de la enfermedad y la presencia de otras condiciones físicas, si se quiere afinar el efecto de la esperanza de recuperación sobre los resultados clínicos.

Este cuidadoso abordaje fue precisamente el que adoptaron investigadores de Duke University en un fascinante estudio de pacientes con enfermedad coronaria; la investigación duró casi dos décadas y fue publicada en 2011 en *Archives of Internal Medicine*(17). Los investigadores enrolaron a 2.818 pacientes que ingresaron al hospital por síndromes coronarios y que fueron sometidos a hemodinamias diagnósticas y terapéuticas. Antes del alta, los investigadores evaluaron las expectativas de recuperación de los pacientes (ej: esperanzas de una buena recuperación), utilizando una escala bien validada. Lo que encontraron, luego de 17 años de seguimiento, fue que las expectativas de recuperación de los pacientes se asociaban fuertemente con la sobrevida.

En un corte a los 10 años, la sobrevida de los pacientes que según las encuestas expresaban mayores expectativas de recuperación (aquellos con más esperanza), casi duplicaba la sobrevida de quienes habían manifestado pocas expectativas. Tengamos en cuenta que se arribó a estos resultados luego de utilizar pruebas estadísticas que removieron la influencia de la edad, la severidad de la enfermedad, las condiciones médicas concurrentes y la depresión. En resumen, lo que se descubrió fue que la forma en la que los pacientes creían que les iba a ir influyó fuertemente en cómo les terminó yendo, ¡incluso sobre su sobrevida!

Una revisión sistemática llevada a cabo por investigadores de la Universidad de Toronto identificó que el 94% (15 de 16) de los estudios publicados sobre expectativas de recuperación de los pacientes reportó una asociación entre las mejores expectativas y los mejores resultados clínicos.(18)

Entonces, en base a la evidencia científica disponible, ya sabemos que la esperanza y la creencia en la propia recuperación *importan*. ¿Y esto qué tiene que ver con la compasión? La respuesta es: todo.

La compasión de los médicos, los enfermeros y resto del personal de salud puede tener un gran impacto sobre las esperanzas de recuperación de los pacientes. Un estudio aleatorizado y controlado sobre médicos de atención primaria encontró que cuando la comunicación del médico era positiva y específicamente buscaba aumentar las expectativas de recuperación, la misma era mucho más efectiva que cuando la conversación era fría e impersonal.. Sin embargo, encontraron que esta comunicación sólo era efectiva si incorporaba elementos de compasión.

Esto sin duda tiene sentido. Ya vimos cómo la compasión tiene efectos fisiológicos sobre nuestro sistema nervioso y calma nuestros miedos. Y por experiencia sabemos que cuando alguien se preocupa realmente por nosotros y nos brinda compasión, nos sentimos más animados. Cuando los pacientes tienen pocas esperanzas en su recuperación y son aún más pesimistas que la ciencia misma, la compasión puede hacer que “abran sus ojos” y vean que la recuperación es algo *posible*.

La compasión también puede motivar a los médicos a esforzarse más para que los pacientes entiendan mejor su enfermedad. A veces, las bajas expectativas de los pacientes con respecto a su propia recuperación es en parte producto de su falta de comprensión del problema. Tomarse un tiempo para sentarse con el paciente y explicarle su situación de una manera que realmente pueda comprender puede marcar una gran diferencia. Tal vez este “tiempo extra” para comunicarse mejor sea el mayor acto de compasión que un médico pueda ofrecer.

También es importante recordar que las pobres expectativas de recuperación pueden ser la manifestación de una depresión. Y ya hemos visto suficientes trabajos que demuestran cómo la compasión alivia la depresión. Entonces, por extensión, la compasión puede aumentar en los pacientes sus esperanzas de recuperarse.

La compasión hace que lo insoportable sea soportable

Kenneth B. Schwartz fue una persona especial. De hecho, sin saberlo y sin buscarlo inició un *movimiento*.

Luego de recibir el diagnóstico de cáncer de pulmón avanzado en noviembre de 1994, este abogado especializado en salud de 40 años, no fumador, casado y con un hijo de dos años, podría haber enfrentado su diagnóstico con amargura y enojo. Sin embargo, hizo algo verdaderamente extraordinario – algo que continúa resonando en hospitales y sistemas de salud a lo largo y ancho de los Estados Unidos y que ha impactado sobre numerosas vidas en los últimos 25 años-.

Todo comenzó con una simple observación que hizo como paciente. Después, escribió sobre su experiencia en un artículo publicado en el Boston Globe Magazine titulado: *“La historia de un paciente”*.(19)

Schwartz contó que, por muy angustiante que fuera su calvario, pudo sentir momentos de infinita compasión por parte del equipo de salud que lo cuidaba. Estaba muy impactado por la forma en la que la compasión de estas personas transformaban su experiencia y aliviaban su sufrimiento.

Como escribió en el artículo del Boston Globe, la compasión de estas personas hizo que lo “insoportable fuera soportable”. Las describió como personas que voluntaria e intencionalmente atravesaban las usuales barreras que existen entre los prestadores y sus pacientes. Eran, en sus palabras, individuos que no temían atravesar el “Rubicón” profesional. Podía sentir que se interesaban en él como persona.

También habló en su carta de un médico oncólogo, el Dr. Kurt Isselbacher, un renombrado experto de investigación clínica y director del centro de cáncer del Massachusetts General Hospital. Isselbacher estaba ayudando a Schwartz a navegar por el mundo de las terapias experimentales buscando cuál podría ayudarlo a extender su vida. Era un investigador muy famoso, pero también se interesó mucho por Schwartz, tocándolo con su compasión y brindándole esperanzas. No falsas esperanzas, claro está, sino esperanzas reales. Las que provenían de la experiencia real de Isselbacher en la avanzada de los tratamientos oncológicos.

Schwartz escribió sobre él: *“Me afectó especialmente porque esta esperanza no provenía de un curandero sino de un distinguido investigador.”* Para Isselbacher, ciencia y compasión no eran mutuamente excluyentes. Eran complementarias y aún sinérgicas.

Schwartz también escribió esto sobre su experiencia:

“En mi nuevo rol de paciente, aprendí que la medicina es mucho más que realizar estudios, cirugías o administrar medicamentos. Estas funciones, por más importantes que sean, son apenas el principio. Por muy hábiles y conocedores que sean mis cuidadores, lo que más me importa es que se han acercado a mí de una manera que me da esperanza y que me hacen sentir como un ser humano, no sólo como una enfermedad. Una y otra vez, he sido conmovido por los más pequeños gestos amables...un apretón de manos, un toque suave, una palabra tranquilizadora. En cierto modo, estos silenciosos actos de humanidad me han brindado más ayuda que las altas dosis de radiación y la quimioterapia que conllevan la esperanza de una curación.”

Para Schwartz, la compasión no era algo “que era agradable tener”. Tampoco lo veía como un imperativo moral por parte de sus cuidadores. Para él, la compasión era una parte esencial del tratamiento; una medicina más... Con este simple mensaje, cambió todo.

Lamentablemente, Schwartz falleció en Septiembre de 1995, menos de un año después de su diagnóstico. Pero su mensaje había sido muy poderoso y llegó a mucha gente. El eco de su mensaje resonó por décadas gracias a las “Schwartz Rounds” que se llevan a cabo en las salas de lecturas o de conferencias de hospitales de los Estados Unidos.

Las Schwartz Rounds son reuniones periódicas en las que miembros del equipo de salud se reúnen para discutir los problemas sociales y emocionales a los que se enfrentan en el cuidado de los pacientes; comparten allí sus experiencias y sentimientos sobre temas extraídos de casos de pacientes reales.

Estos encuentros son posibles gracias a al Schwartz Center for Compassionate Healthcare, que el propio Schwartz fundó justo antes de su muerte. Hoy participan de esta iniciativa más de 550 hospitales y sistemas de salud, no sólo de los Estados Unidos, sino también del Reino Unido y Canadá. El Centro brinda apoyo a más de 200.000 profesionales de la salud cada año, proporcionando educación y recursos, y convocando a conferencias periódicas con el objetivo de promover la atención compasiva.

En resumen, hemos aprendido en los párrafos anteriores sobre los beneficiosos efectos psicológicos de la compasión. Hemos visto datos muy convincentes que demuestran cómo la compasión puede disminuir el estrés psicológico y, específicamente, cómo alivia los síntomas de la depresión y la ansiedad. Hemos aprendido también cómo la compasión puede mejorar la calidad de vida y alimentar la esperanza... el tipo de esperanza que las personas necesitan para seguir.

Pero todas estas investigaciones científicas acerca del impacto de la compasión sobre la salud mental puede resumirse en las palabras de Kenneth Schwartz, que resuenan desde 1995: *“La compasión hace soportable lo insoportable”*

Beneficios de la compasión sobre la adherencia a tratamientos

La adherencia se define como el grado en el cual los pacientes son capaces de seguir las recomendaciones de sus médicos. La falta de adherencia, por supuesto, es lo contrario: los pacientes no siguen el tratamiento que le han recomendado. El ejemplo más común de falta de adherencia se da cuando se supone que el paciente está tomando las píldoras que le recetaron pero no lo hace. Pero la falta de adherencia puede ir mucho más allá de no tomar la medicación. Juega también un rol importante en otras condiciones, como en el caso de pacientes con insuficiencia renal que faltan a sus sesiones de diálisis. O cuando el médico le recomienda al paciente modificar ciertos hábitos, pero el paciente no cumple (dejar de fumar, bajar de peso, realizar ejercicio, etc.)

Todas estas cosas nos introducen en el concepto del auto-cuidado de los pacientes, es decir en la forma en la que se cuidan a ellos mismos cuando no están frente a un profesional de la salud, que es la mayor parte del tiempo

El contacto de los pacientes con el sistema de salud es mínimo. Típicamente un paciente ve al médico unas pocas horas por año, ¿pero qué pasa el 99,99% del tiempo restante? La inmensa mayoría del tiempo el control de su salud está en sus manos. En condiciones crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial, la capacidad de los pacientes de auto-cuidarse y gestionar su enfermedad resulta fundamental.

Un médico puede ser el mejor del mundo en su especialidad y saber cuál es el mejor tratamiento para su paciente, ya sea una pastilla, una cirugía o un cambio de estilo de vida. ¿Pero cuán bueno puede ser si el paciente en definitiva no le hace caso? Las drogas no funcionan en los pacientes que no las toman...

Un reciente artículo del New York Times sostuvo que la falta de adherencia a los tratamientos se había convertido en una “*epidemia fuera de control*”. Y lo hizo a partir de números sorprendentes: Investigaciones rigurosas demuestran que, típicamente, las personas a las que se les prescriben medicamentos toman sólo la mitad de las dosis prescritas.(20)

Otra investigación patrocinada por AHRQ y publicada en *Annals of Internal Medicine*, encontró que pacientes con enfermedades crónicas no toman los medicamentos indicados la mitad de las veces.(21). También encontraron que entre el 20 al 30% de las recetas ni siquiera llegaban a las farmacias. Los pacientes simplemente no compraban los medicamentos prescritos.

Se trata de un problema mayor, sobre todo desde una perspectiva de salud pública. La falta de adherencia deriva en un pobre control de la enfermedad, que a su vez lleva a sufrir complicaciones evitables y hospitalizaciones. De hecho, distintas investigaciones demuestran que la falta de adherencia a las terapias prescritas genera un costo anual evitable que estaría entre los 100 y 300 billones de dólares.(22)(23)

Es importante reconocer que la falta de adherencia a los tratamientos es un problema extremadamente complejo y multidimensional. Los investigadores han identificado numerosos factores que contribuyen a esta realidad, incluyendo factores socio-económicos, la capacidad del paciente de pagar sus medicamentos, la falta de motivación y la creencia de que lo que se le indicó no puede ayudarlo. Otras cosas que inciden son el deterioro cognitivo, la falta de comprensión del paciente de su enfermedad, instrucciones complicadas y efectos adversos de las drogas, entre otros factores. Cada situación y pacientes son únicos.

Por lo tanto, no existe una “bala de plata” para abordar de manera efectiva el desafío de la falta de adherencia. Sin embargo, existen herramientas y estrategias tendientes a promover la adherencia de los pacientes que pueden ayudar. Dada la enorme carga humana y económica del problema, aún pequeñas mejoras en la adherencia pueden tener un impacto muy significativo.

Vale la pena entonces concentrarnos en las causas de falta de adherencia más fácilmente modificables, especialmente en aquellas que pueden ser diseminadas con un bajo costo de implementación.

De todas estas, tal vez la más importante sea que el paciente sienta que a alguien le importa que cumpla con el tratamiento. En sentido contrario, si el paciente siente que a nadie le importa si toma o no su pastilla, es mucho menos probable que adhiera a su tratamiento. Esto es bien conocido por los médicos de atención primaria. Las personas con enfermedades crónicas que tienen éxito adhiriendo a su esquema de tratamiento y cumpliendo con sus objetivos de salud, generalmente le otorgan un enorme crédito a sus seres queridos: “Lo hice por mi mujer”, o “Lo hice por mis hijos.” El común denominador es que saben que a alguien le importa que tomen sus medicinas y que esa persona se sentiría mal si no lo hiciera. La ciencia ha demostrado que el apoyo social es un factor determinante en la adherencia al tratamiento de pacientes con patologías crónicas.(24)(25) Los pacientes que saben que no están solos en su lucha están mucho más motivados.

Por otro lado, la creencia de que a nadie le importa que alcance un objetivo de salud (como es el control de una enfermedad crónica), puede hacer que los pacientes estén mucho menos motivados, incluso en ausencia de depresión o soledad. Aun queriendo adherir, suelen ser mucho menos estrictos por el solo hecho de no tener a nadie detrás.

Sin duda, el interés de los seres queridos marca una diferencia importante en el autocuidado de los pacientes. ¿Pero pasa lo mismo si los que están interesados son los médicos? ¿Existen evidencias de que la compasión por sus pacientes pueda ayudar a que estos adhieran más a los tratamientos?

Absolutamente. Si los médicos se preocupan profundamente por sus pacientes y éstos lo sienten, es mucho más probable que tomen sus medicamentos.

Considerado alguna vez una sentencia de muerte, gracias a los avances en la terapia antiretroviral, el HIV se ha transformado hoy en una condición crónica tratable. Pero el ingrediente vital para el éxito en el control de la enfermedad es la estricta adherencia del paciente al esquema terapéutico indicado. Tienen que tomar sus medicamentos todos los días. Aún una mínima falta de adherencia puede hacer que la enfermedad se salga de control, con consecuencias muy severas para la salud.

¿Podría una conexión compasiva entre un médico y su paciente tener un efecto significativo sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con HIV?. Esto es precisamente lo que investigadores de Johns Hopkins trataron de dilucidar. Específicamente, querían saber qué pasaba cuando los pacientes creían que sus médicos los conocían más como *personas* que como una patología a tratar. En un estudio realizado sobre más de 1700 pacientes con HIV, los investigadores les pidieron a los pacientes que respondieran “sí” o “no” a la siguiente pregunta: “El médico que lo atiende por su HIV, ¿lo conoce a usted como persona?”(26) Estudiaron la asociación

entre tres cosas: ser conocidos como personas, adherencia a los medicamentos y carga viral.

Eligieron esta asociación porque la carga viral es el mejor indicador de que la enfermedad está controlada. Ajustaron su análisis para eliminar algunos factores que pudieran generar confusión en los resultados. Lo que encontraron fue realmente asombroso. El hecho de que los médicos se interesaran por las personas detrás de los pacientes se asoció de manera independiente con un 33% más de probabilidades de que estos adhirieran a la terapia antiretroviral. Pero eso no fue todo; Ser reconocidos como personas también se asoció con un 20% más de probabilidades de que los pacientes no tuvieran virus detectable en sangre.

¿Por qué? En la sección anterior hablamos del concepto de auto-eficacia (el convencimiento del paciente de que el tratamiento será efectivo y que sus objetivos de salud podrán ser alcanzados). En el estudio del Johns Hopkins, los investigadores también midieron la auto-eficacia de los pacientes bajo tratamiento por HIV. Específicamente les preguntaron si creían que la adherencia a la terapia antiretroviral los iba a ayudar a vivir más. Encontraron que aquellos pacientes que creían que sus médicos los consideraban como personas eran más optimistas, y estaban más convencidos de que su medicación los ayudaría a vivir más. De hecho, en comparación con los pacientes que no se sentían reconocidos como personas, la proporción de pacientes que creía en que su tratamiento los ayudaría a vivir más era un 39% mayor en aquellos que se sentían tratados como personas.

Estos resultados sobre el impacto de la relación médico-paciente sobre la auto-eficacia fueron corroborados por otro estudio de pacientes HIV positivos realizado en University of Virginia. En este trabajo, los investigadores grabaron 435 consultas de pacientes HIV con 45 médicos de cuatro centros ambulatorios distintos para examinar la relación entre el grado de compasión que expresaban los médicos y la convicción de sus pacientes de que podrían adherir con éxito a la terapia antiretroviral (auto-eficacia). Encontraron que, en comparación con los pacientes que habían sido tratados por los médicos más fríos y con menor compasión, aquellos que habían recibido un trato cálido y compasivo tenían más del doble de posibilidades de creer que podrían adherir exitosamente al régimen de medicamentos.

En resumen, la existencia de un vínculo compasivo por el cual el médico realmente llega a conocer a su paciente HIV como persona puede ayudar a que los pacientes estén convencidos de que lo que les recetaron funcionará; por lo tanto adhieren estrictamente a las indicaciones y logran erradicar el virus de su sangre. Este vínculo de compasión entre el médico y el paciente es como el “pegamento” que une todo: auto-eficacia, mayor adherencia y mejores resultados.

Además de estos hallazgos, el estudio del Johns Hopkins nos dejó otra enseñanza: el ser reconocidos como personas, además de mejorar la adherencia y disminuir la viremia, también se asoció con una mejor calidad de vida de estos pacientes HIV.

Ahora que ya sabemos de la importancia de conocer al paciente como persona, hagamos un poco más de foco sobre las evidencias que explican por qué una comunicación compasiva por parte de los médicos mejora el auto cuidado de los pacientes.

La comunicación efectiva es esencial en este aspecto, sobre todo en la adherencia a los tratamientos. Un riguroso meta-análisis patrocinado por National Institutes of Health (NIH) y Robert Wood Johnson Foundation, que examinó 127 estudios publicados en la literatura encontró que la comunicación centrada en la persona se asociaba con un 66% más de probabilidades de que los pacientes adhirieran a los tratamientos.(28)

Otro meta-análisis de Northeastern University encontró que las conversaciones con los médicos que tenían más comentarios positivos que negativos se asociaban también con una mayor adherencia del paciente al tratamiento indicado.(29)

De manera similar, otro estudio de Michigan State University aportó más evidencias de que la compasión de los prestadores de salud es el eslabón clave entre la mejor comunicación del médico y la adherencia del paciente al tratamiento.(30) En este estudio, los investigadores realizaron una encuesta con 550 pacientes de consultorio. Entre las muchas preguntas, las referidas a la compasión buscaban determinar si el médico que los atendió mostró interés y preocupación por su bienestar, si parecían interesados en sus experiencias como pacientes y si respetaban sus sentimientos. Otras preguntas se referían a si el médico había respondido a sus preguntas de manera “mecánica.” Encontraron que a mayor compasión, mayor adherencia a los medicamentos prescritos; los factores mediadores eran un mejor intercambio de información, la pericia percibida, la confianza interpersonal y el sentido de “sociedad”.

Otro concepto crucial asociado a la adherencia al tratamiento es el de la motivación de los pacientes. Hay muchísimos datos que apoyan la relación entre la compasión de los médicos y la activación, el compromiso y el empoderamiento de los pacientes. Consideremos cada uno de estos conceptos. La “*activación*” de los pacientes es su voluntad y capacidad de tomar decisiones independientes para manejar su propio cuidado y salud.(31) Implica que el paciente tiene (o está adquiriendo) el conocimiento, la habilidad y la confianza para manejar su propia salud.

El “*compromiso*” de los pacientes es un concepto más amplio que queda abarcado dentro de la activación. Involucra todas las intervenciones diseñadas para activar a los pacientes y las conductas resultantes de esta “activación”, como los cuidados preventivos o los hábitos saludables.(32) Ambos conceptos dejan implícito el hecho de que son los pacientes quienes manejan su salud la inmensa mayoría del tiempo, tomando todos los días decisiones que afectan de manera significativa dicha salud.

La evidencia científica demuestra que la atención compasiva de los pacientes se asocia con mayor activación y compromiso y, por lo tanto con un mejor auto-cuidado. (33)(34) Sin duda, esto tiene sentido. La compasión del médico puede hacer que los pacientes se comprometan más con su salud y quieran tener mayor información sobre las opciones de

tratamiento o de promoción de la salud. Y esto a su vez se asocia con mejores resultados a largo plazo y mejor calidad de vida.(34)

El concepto de “empoderamiento” es levemente distinto a los anteriores. Hace referencia al grado en el cual el paciente se siente empoderado luego de la consulta médica para comprender, gestionar y hacer frente a su enfermedad. (35) A un nivel muy básico, se trata de un estímulo (ej: *“Usted puede hacerlo”*). Aun cuando una condición sea incurable o no se puedan alcanzar los resultados deseados, el empoderamiento sirve para alentar al paciente para enfrentar su situación. Es un componente vital del autocuidado.

Son muchos los estudios que asocian a la compasión con un mayor empoderamiento de los pacientes.(36)(37) En un estudio sobre más de 3000 pacientes de atención primaria, los investigadores midieron la compasión de los médicos desde la perspectiva del paciente (utilizando la escala CARE ya descrita), y el grado de empoderamiento de los pacientes, mediante una escala bien validada.(37). Vieron que con los médicos con bajo niveles de compasión percibidos, *nunca* se alcanzaba el máximo de empoderamiento de los pacientes.. Concluyeron que el empoderamiento de los pacientes requiere compasión. Sin compasión, los pacientes no se sentirán totalmente empoderados para comprender, manejar, y hacer frente a su enfermedad.

La asociación entre la compasión de los prestadores de salud y la adherencia de los pacientes también resulta evidente en el tratamiento del cáncer. En un estudio realizado en 2007 por la University of California Los Angeles (UCLA) y patrocinado por la American Society of Clinical Oncology, los investigadores pusieron bajo la lupa la adherencia al tratamiento quimioterápico con tamoxifeno de 881 mujeres con cáncer de mama.(38) En algunas pacientes, el tamoxifeno puede reducir el riesgo de recidivas y muerte; sin embargo, se trata de una terapia muy prolongada, que puede durar hasta 5 años para alcanzar su máxima efectividad. Resulta extremadamente desafiante adherir a un tratamiento tan largo con los efectos adversos de la droga. Pero si las pacientes no toman el tamoxifeno, el cáncer tiene muchas más probabilidades de recidivar.

En este estudio se investigó la asociación entre el apoyo emocional del médico tratante a lo largo del tiempo (calificado por las pacientes a través de una encuesta validada) y la adherencia de las pacientes a la terapia con tamoxifeno. En su análisis, consideraron muchos factores que podían potencialmente generar confusión, como las características del tumor, el estadio del cáncer, otros tratamientos oncológicos recibidos, y cualquier efecto adverso que las mujeres pudieran experimentar con el tamoxifeno. Este ajuste le da más validez a los resultados.

Encontraron que, cuatro años después del diagnóstico de cáncer, las pacientes que percibieron que habían recibido “la cantidad correcta” de apoyo emocional por parte de sus médicos, tenían una adherencia significativamente mayor al tamoxifeno, en comparación con las pacientes que habían recibido un apoyo emocional “menor al necesario.” De hecho, la proporción de los pacientes que a los cuatro años seguían

adhiriendo a su terapia fue un 12 % mayor en el primer grupo que en el segundo (81% vs. 69%).

Pero el auto-cuidado no consiste solamente tomar los medicamentos prescritos y modificar conductas. Tiene también que ver con la prevención de enfermedades, uno de cuyos ejemplos paradigmáticos es la realización de los chequeos preventivos de cáncer. En un estudio realizado en Georgetown University y patrocinado por el National Cancer Institute, los investigadores encontraron que una relación más fuerte con el médico de atención primaria (calificada por los pacientes) se asociaba con una mayor adherencia de los pacientes a las recomendaciones del profesional en cuanto al screening de cáncer.(39)

Específicamente, la evaluación que hacían los pacientes del grado de compasión de los médicos generalistas se asociaba con un mayor o menor cumplimiento de los estudios preventivos de cáncer cervical, de mama y de colon. Los pacientes cuyos médicos eran más compasivos tenían una adherencia a estos estudios preventivos entre un 13% y un 30% mayor.

Estos datos sobre screening de cáncer, sumados a los de adherencia a los tratamientos oncológicos que pueden evitar las complicaciones y progresión de la enfermedad, son la evidencia científica de que la compasión por los pacientes no es sólo una poderosa terapia para tratar enfermedades serias, sino que también puede ser muy significativa para mantener a los pacientes libres de enfermedad.

La compasión de los profesionales de la salud también puede incidir sobre el propósito de vida de sus pacientes. Y tener un propósito en la vida es un fuerte predictor de mortalidad, según han corroborado varios estudios científicos.(40)(41)(42) Si a los médicos no les interesa mayormente conocer cuál es el propósito de vida de sus pacientes, serán menos efectivos para ayudarlos a conectarse con ese propósito; no entenderán cuáles son sus objetivos de salud ni sus valores. La compasión por sus pacientes hace que los médicos conecten con ellos de una manera mucho más significativa, comprendiendo mejor qué es lo que los motiva a seguir adelante; esto hace mucho más fácil a su vez que puedan establecerse objetivos de salud.

Beneficios de la compasión sobre la calidad de atención

Hasta ahora, hemos examinado la evidencia científica del impacto directo de la compasión sobre los pacientes desde el punto de vista fisiológico, psicológico y en los aspectos relativos a su auto-cuidado. Pero, ¿existen evidencias de que la compasión también influya sobre la calidad técnica de la atención? En esta sección consideraremos los efectos de la compasión sobre los procesos de atención.

La National Academy of Medicine de los Estados Unidos (antes llamada Institute of Medicine –IOM-), define a la calidad como: *“El grado en que los servicios de salud para*

las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y están en consonancia con los conocimientos profesionales actuales.” (43)

Esto incluye la adecuada utilización de los recursos, algo que abordaremos más adelante, cuando veamos los efectos de la compasión sobre los costos en salud. Pero por el momento, nos concentraremos en su impacto sobre los procesos de atención (calidad clínica).

Si recordamos, cuando escribieron “*Compassionomics*”, Mazzarelli y Trzeciak plantearon una hipótesis principal y otra secundaria. La primera era que la compasión beneficiaba clínicamente a los pacientes. La adicional era que la compasión también beneficiaba la calidad de la atención y los procesos de cuidado. Para probar esta segunda hipótesis, focalizaron su búsqueda en evidencias que demostraran que un bajo nivel de compasión se asociaba con una mala calidad o bien que un alto grado de compasión se asociaba con una mejor calidad de atención

Su revisión sistemática encontró datos muy convincentes para apoyar esto último (más compasión, mayor calidad), pero *mucha más evidencia* de lo primero (baja compasión-baja calidad). Esto se explica fundamentalmente por la forma en que los hospitales y organizaciones de salud miden la calidad técnica de su atención. Las métricas de calidad se basan generalmente en tasas de complicaciones, como podrían ser, por ejemplo, los errores médicos. En vez de hacer foco en la inmensa mayoría de casos que salieron tal como fueron planificados, los cañones apuntan al pequeño número de casos que salieron mal. Uno de los objetivos centrales es que la incidencia de eventos adversos y de incidentes de todo tipo sea lo más baja posible. Esto no deja de ser una buena noticia: como las organizaciones de salud esperan que las cosas salgan bien para sus pacientes, están interesados en medir lo que sale mal, con el fin de aprender y prevenir problemas futuros.

Entonces, los datos que podrían apoyar la teoría de que la compasión mejora la calidad clínica serían aquellos que demuestren la asociación entre una baja compasión y una alta incidencia de complicaciones, eventos adversos y errores. En otras palabras, evidencias que apoyen la idea de que cuando hay poca compasión los pacientes están menos seguros.

¿Cuál sería la razón por la cual los pacientes tratados sin compasión estarían menos seguros? Una posibilidad son los descuidos. Los prestadores que no se preocupan mucho por sus pacientes tienden a ser más descuidados en los aspectos técnicos de su práctica. Por el contrario, los médicos y enfermeros que se preocupan profundamente por sus pacientes suelen ser más meticulosos.

Por ejemplo, cuando un médico se preocupa más, suele prestar más atención a los pequeños detalles para garantizar que nada salga mal (o que todo salga perfecto). También es posible que vayan un poco más allá tratando que la atención no sólo sea buena, sino excepcional. (44)(45)

El establecimiento de una conexión humana es crítico para la calidad

Cuando hicimos referencia al problema del burnout de los profesionales de la salud, mencionamos a la despersonalización como uno de sus tres componentes fundamentales (junto con el agotamiento emocional y la sensación de que uno no puede marcar una diferencia). La atención es despersonalizada cuando los prestadores ven a sus pacientes como objetos, como algo que tienen que arreglar; se vuelven así insensibles a sus necesidades. La despersonalización es también la incapacidad para establecer una conexión personal que permita comprender cómo impacta la enfermedad sobre toda la persona del paciente. Una lesión traumática de mano de resolución quirúrgica tal vez no represente gran cosa en el esquema mental de un médico emergentólogo. Pero si ese mismo médico se tomara un tiempo para conectar humanamente con el paciente, descubriría, por ejemplo, que se trata de un pianista al que le cuesta llegar a fin de mes y que acaba de perder su medio de vida en el futuro previsible; su hijo está por entrar en la universidad...¿cómo afrontará este gasto?. Tal vez por eso aparezca con la mirada perdida en el shock room, sin hablar casi nada...

La despersonalización y su producto, la falta de conexión humana, también pueden dar lugar a una menor actitud por parte del profesional. Este es el tipo de despreocupación que puede llevar a una falta de meticulosidad y atención a los detalles, disminuyendo así los estándares de calidad y haciendo más probable que ocurran eventos adversos.

¿Por qué esto es importante para la compasión? Porque la despersonalización impide la compasión. Esta no puede existir si quien brinda la atención es incapaz de ver la humanidad del otro.

La falta de compasión pone en riesgo a los pacientes

Como los autores de "*Compassionomics*" se cansan de destacar una y otra vez, quienes leen estos conceptos no deben llamarse a confusión: el principal determinante de un buen resultado clínico es la excelencia clínica (la calidad técnica de la atención). Punto. Ninguna cantidad de compasión puede compensar una mala calidad de atención. Toda la compasión del mundo no alcanza para compensar un grosero error de diagnóstico o de medicación o una complicación quirúrgica evitable.

Dicho esto, la falta de compasión puede hacer que los médicos o enfermeros brinden una atención sub-óptima. De hecho, cuando no hay compasión, el riesgo de daño a un paciente puede ser mayor. Para ser más claros, un prestador que no demuestra compasión no sólo se pierde la oportunidad de mejorar el resultado de su paciente, sino que hace que sea mucho más probable dañarlo, de hacerle perder (generalmente por omisiones), la chance de tener un resultado aceptable. Y eso es importante.

Vamos a los datos. Existen evidencias muy sólidas en la literatura científica de que la despersonalización conlleva un enorme riesgo de dañar a los pacientes.

En 2009, por ejemplo, investigadores de la Mayo Clinic publicaron un estudio longitudinal en *JAMA*. Para el mismo reclutaron a 380 residentes de medicina interna y evaluaron la asociación entre sus puntajes de despersonalización y fatiga emocional con la ocurrencia de errores médicos graves.(46)

Así como la despersonalización es un importante marcador de falta de compasión, también lo es el agotamiento emocional, que puede a su vez ser un indicador de fatiga de compasión entre los prestadores. De hecho, resulta intuitivo pensar que si se suma la despersonalización al agotamiento emocional, virtualmente se garantiza la existencia de una fatiga de compasión, por lo menos hasta cierto grado.

En este estudio, los residentes fueron entrevistados cada tres meses durante los tres años de su residencia. Las encuestas, anónimas, capturaron los errores médicos mayores auto-reportados por este grupo de médicos (aquellos que según los encuestados tuvieron o podrían haber tenido consecuencias serias para sus pacientes). El anonimato hace presumir improbable que los médicos ocultaran los errores. Cerca del 40% de estos residentes cometió algún error médico grave en algún punto.

Lo que encontraron fue sorprendente. Era significativamente más probable que los médicos con altos puntajes de despersonalización cometieran un grave error médico en los próximos tres meses. Cuanto mayor era el puntaje en la escala de despersonalización (ej: sólo un punto más), la probabilidad de un accidente médico mayor aumentaba un 9%. Esto significa que los médicos que estaban en el nivel más alto de despersonalización tenían un 45% más de probabilidades de cometer un error serio en los próximos tres meses que los médicos con el nivel más bajo de despersonalización.

De manera similar, los residentes con mayores puntajes de agotamiento emocional también tenían mayor chance de equivocarse seriamente en los siguientes tres meses (6% más), lo que se trasladaba a un 54% más de probabilidades de error para los médicos con el nivel más alto de agotamiento vs. los médicos con el nivel más bajo.

Otro estudio sobre 115 médicos residentes de la Universidad de Washington, publicado en *Annals of Internal Medicine* también estudió mediante una encuesta la relación entre la despersonalización de los profesionales y el cumplimiento sub-óptimo de estándares de calidad.(47)

Dentro de los ejemplos de cuidados sub-óptimos que los médicos admitieron se incluían: dar de alta a pacientes sólo para reducir la sobrecarga de trabajo, no discutir totalmente las opciones de tratamiento con los pacientes, no contestar de manera completa las preguntas, errores de medicación que no se debían a falta de conocimientos o experiencia, ordenar inmovilización o medicación sedante sin evaluar al paciente con excitación psicomotriz, saltarse una prueba diagnóstica por el deseo de dar de alta al paciente, prestar poca atención al impacto social o personal de la enfermedad sobre el

paciente y sentirse culpables desde el punto de vista humano sobre el cuidado provisto al paciente.

Encontraron que la despersonalización entre los médicos se asociaba de manera independiente con una alta incidencia mensual (e incluso semanal) de cuidados sub-estándar reportados de manera anónima por los mismos médicos. También observaron que la relación entre la despersonalización y la mala calidad parece ser “dosis dependiente”; cuanto mayor es el puntaje de despersonalización (según escalas validadas), mayor es la probabilidad de una atención por debajo del estándar: los médicos con alta despersonalización tenían 4 veces más probabilidades de incumplir con los estándares de calidad.

La mayoría de los estudios que hemos estado repasando, se hicieron sobre médicos clínicos, pero ¿qué pasa con los cirujanos? En un estudio sobre 7905 cirujanos del American College of Surgeons, el mismo grupo de investigadores, también de la Mayo Clinic estudió la asociación entre la despersonalización/agotamiento emocional y la ocurrencia de errores quirúrgicos mayores.(48) También utilizaron escalas validadas para medir la despersonalización y el agotamiento emocional. Los errores fueron evaluados por encuestas confidenciales en las que se les preguntaba a los cirujanos si habían cometido algún error mayor en los últimos tres meses. El 9% de estos casi 8 mil médicos reportó haber cometido un error quirúrgico grave en ese lapso de tiempo.

La despersonalización y el agotamiento emocional de los cirujanos estuvieron significativamente asociados con una mayor incidencia de errores graves durante la cirugía. La proporción de errores entre los médicos con mayor nivel de despersonalización o agotamiento emocional era tres veces mayor que en aquellos que tenían un bajo nivel de esos problemas para conectarse humanamente. De acuerdo a los mismos cirujanos, el principal factor contribuyente de estos errores fueron fallas en su juicio clínico.

Son numerosos los estudios clínicos que han corroborado que la incapacidad de los prestadores para establecer relaciones humanas significativas con los pacientes se traduce en una mala calidad de atención y pone en riesgo la seguridad de los pacientes. Por ejemplo, un estudio suizo realizado sobre un grupo de 1425 enfermeros y médicos de terapia intensiva encontró que el agotamiento emocional de estos profesionales (un precursor de la “fatiga de compasión”) se asociaba con una mayor mortalidad en dicho ámbito.(49) Entonces, el problema con la falta de compasión no es que sólo produce más errores... también produce más muertes.

Otra encuesta anónima realizada a 681 médicos emergentólogos del Reino Unido, encontró que la “fatiga de compasión” entre estos profesionales también se asociaba con una reducción de los estándares de calidad del departamento de urgencias con potencial riesgo de dañar a los pacientes.(50) De hecho, un tercio de estos médicos con fatiga de compasión reportaron conductas sub-estándar al menos mensualmente.

Si se consideran todos los datos disponibles de manera conjunta, la evidencia es clara. La falta de compasión de los prestadores puede ser un problema serio de seguridad.

Los daños a los pacientes producidos por la falta de compasión de los profesionales van más allá de los daños físicos. Los daños emocionales son menos visibles pero muy reales. Son infinitas las historias que nos cuentan de la falta de tacto para dar malas noticias, de comentarios peyorativos o discriminatorios, de violación de privacidad e intimidad, etc. Los daños emocionales, si bien no suelen quedar registrados en las bases de reportes de incidentes y eventos adversos son un enorme problema en la atención médica de nuestros días. Las evidencias demuestran que cuando se les pregunta a los pacientes sobre el impacto de los eventos adversos durante la atención, destacan mucho más los daños emocionales infringidos que los físicos. (51)(52)(53)

Y los daños emocionales pueden llegar a ser más comunes que los físicos. Algún trabajo reportó que son tres veces más frecuentes.(54). Por lo tanto, pueden “herir” más que los daños físicos y tener consecuencias más duraderas. Debemos siempre recordar que ser paciente significa estar vulnerable, y la compasión protege precisamente a los vulnerables. Si no brindamos compasión, estamos mucho más cerca de producir un daño emocional.

Los daños emocionales son en su inmensa mayoría prevenibles, y cuando fallamos, deberíamos considerarlo inaceptable. El principio de “No dañar” incluye también estos daños más “invisibles”. Por eso, cada palabra que sale de la boca de un médico o un enfermero, *importa*.

Así como ocurre con las infecciones asociadas al cuidado de la salud, con las complicaciones quirúrgicas y con otros eventos adversos, los sistemas de salud también deberían contar con algún método para reportar, rastrear e investigar casos de daño emocional. Lo que no se mide no se puede mejorar; sin duda, la dignidad y el respeto por los pacientes son, de hecho, indicadores de calidad legítimos.(51)

La compasión eleva la calidad de la atención

Ahora que hemos abundado acerca de las formas por las cuales la ausencia de compasión puede disminuir la calidad de la atención, veamos la otra cara de la moneda: cómo la compasión puede mejorar la calidad.

Existen muchos mecanismos potenciales por lo que esto podría ocurrir, incluyendo:

- Un mayor compromiso del prestador para garantizar un resultado clínico óptimo.
- Mayor cumplimiento de estándares de alta calidad (mayor diligencia y meticulosidad de los prestadores)

- Mayor nivel de confianza del paciente en sus prestadores, reforzando la alianza terapéutica.
- Mayor apertura del paciente al momento de la anamnesis, lo que resulta en una mejor recolección de información y un diagnóstico más preciso.

Pero, ¿cuál es la evidencia?

Cuando analizamos previamente los beneficios de la compasión sobre la adherencia a los tratamientos, vimos un estudio de Johns Hopkins que demostró que cuando los médicos establecían una buena conexión humana y conocían a la persona detrás del paciente, estos últimos adherían mejor a su terapia antiretroviral para HIV; también vimos cómo esta “compasión” disminuía su carga viral.

Pero, a los efectos del tema que estamos tratando (calidad de atención), el mismo trabajo tuvo otro hallazgo trascendental: los investigadores vieron que el conocimiento del paciente como persona se asociaba con un 41% más de probabilidades de que el médico prescribiera el régimen de medicación recomendado por las guías de buena práctica para tratar HIV. En otras palabras, había un 41% más de chances de que el médico prescribiera los medicamentos y dosis correctas. Parece poco probable que pueda hablarse de causalidad en estos casos. El hecho de conocer a la persona detrás del paciente no debería tener mucho impacto sobre la parte técnica de una prescripción. Sin embargo, es posible que haya algún grado de correlación.

Tal vez el médico que se toma su tiempo para conocer a la persona sea el tipo de persona que es más cuidadosa y se asegura que está prescribiendo la medicación correcta.

O a lo mejor, el conocimiento del paciente como persona sea un signo de la *competencia* de este médico. La hipótesis en este caso sería que los médicos que son más competentes saben que la creación de un vínculo con el paciente es una parte esencial de la atención.

¿Existen entonces evidencias que relacionen a la compasión con la competencia?. La respuesta es sí; muchos estudios parecen apoyar esto, sobre todo aquellos que evalúan las competencias desde el punto de vista del paciente.

Un estudio realizado sobre estudiantes avanzados de medicina encontró que la compasión “transmite” competencia.(47) Una de las formas en las cuales las facultades de medicina evalúan las competencias de interacción de los estudiantes con los pacientes es a través de un método de simulación denominado OSCE (Objective Structured Clinical Examination)

Durante el OSCE, el profesor observa al alumno mientras realiza la anamnesis y el examen físico de pacientes, calificando su competencia en conocimientos y habilidades clínicas utilizando un sistema de puntuación previamente definido y validado. En

ocasiones, graban la interacción y se la muestran a gente común y a otros pacientes para que también ellos califiquen la capacidad de comunicación de los estudiantes. Numerosos estudios han demostrado que este método de evaluación de la capacidad de comunicación de los futuros médicos es válido y confiable.(48)

En este estudio, realizado sobre 57 estudiantes avanzados de medicina, los investigadores encontraron que aquellas conductas (verbales y no verbales) de los estudiantes que expresaban compasión se asociaban fuertemente con la percepción de competencia clínica, no sólo por parte de los pacientes, sino también de los evaluadores.(47) De hecho, el promedio de competencia clínica entre los alumnos con mayor compasión era un 15% mayor que en los que no demostraban casi nada.

En otro singular estudio de Harvard Medical School y del Departamento de Psicología de Yale University, los investigadores estudiaron la asociación entre la conducta compasiva no verbal de los médicos y la percepción de los pacientes sobre sus competencias clínicas. Utilizaron para ello una plataforma online de reclutamiento que permitió que más de 1.300 personas evaluaran a los médicos.(49) (Como se mencionó antes, la utilización de personas comunes como observadores para evaluar la comunicación de los médicos es reconocida como un método válido en la investigación sobre este tema.)

En este estudio, a todos los participantes se les hizo leer el mismo texto de un guión de consulta clínica de un médico interactuando con un paciente. Pero, acompañando el texto se les entregó también diferentes imágenes visuales. Algunas de estas eran fotografías de médicos con actitudes posturales y gestos compasivos no verbales, como contacto visual, ausencia de barreras físicas, postura abierta, inclinarse y una expresión facial de interés.

A los otros participantes (que leían en mismo guión), se les entregó en cambio fotografías de médicos en una actitud absolutamente opuesta: sin contacto visual, mirando al paciente desde arriba (parados), sentado detrás de una barrera física, brazos cruzados, y una expresión facial de cierta molestia.

Luego de ajustar el análisis eliminando posibles factores de confusión (como el estado de ánimo del participante al momento de la evaluación), encontraron que los pacientes que veían las imágenes de médicos con gestos compasivos pensaban que éstos eran más competentes técnicamente. De manera similar al estudio que acabamos de ver, el puntaje promedio de percepción competencia para el grupo de médicos con más altos niveles de compasión (según las fotos), era casi un 15% más que el del grupo de médicos con baja compasión.

Estos datos muestran que si el médico brinda compasión de manera consistente, es mucho más probable que los pacientes creen que saben qué es lo que están haciendo. Las evidencias, entonces, parecen apuntar a que la compasión y la competencia (o al menos la percepción de competencia) van de la mano. Pero, ¿se trata sólo de una percepción, o es que *realmente* la compasión mejora la calidad técnica de la atención?

La compasión inspira una comunicación de calidad con los pacientes

Si los médicos, enfermeros y demás prestadores no se interesan lo suficiente en descubrir qué es lo que más les preocupa a sus pacientes, es probable que nunca lo sepan. En un interesante estudio de University of Colorado School of Medicine, los investigadores distribuyeron tarjetas a los pacientes que se presentaban a la guardia de emergencias que tenían escrita una sola pregunta: “¿Qué es lo que más le preocupa? Los pacientes tenían suficiente espacio como para responder abiertamente, con texto libre.

Luego compararon las principales preocupaciones escritas por los distintos pacientes con el “motivo de consulta” registrado por la enfermera de triage.

Aprendieron que las preocupaciones más urgentes de estos pacientes a menudo no estaban relacionados con el motivo de consulta. De hecho, sólo el 26% de las preocupaciones de los pacientes coincidían con el principal motivo de consulta.⁽⁵⁰⁾ Por ejemplo, la principal preocupación de un hombre de 68 años cuyo motivo de consulta fue “rigidez y dolor de nuca era: *“morirme y no volver a ver a mis hijos y nietos.”*

Una mujer de 27 años, embarazada, ingresó por “sangrado vaginal”, pero su principal preocupación era de hecho la depresión: *“No quiero volver a caer en un pozo depresivo... Sobrellevar un aborto espontáneo es duro...”*

Esta información cualitativa muestra muy claramente que si los médicos no se interesan en preguntarles a los pacientes qué es lo que más les preocupa, nunca se van a enterar. Y difícilmente puedan brindarle una atención de calidad y centrada en sus necesidades si ni siquiera conocen sus principales preocupaciones relacionadas con su actual estado de salud.

La compasión por los pacientes no sólo hace más probable que el médico ahonde sobre las preocupaciones y sentimientos del paciente, sino que también lo predispone a escuchar más. Parte de una sincera preocupación se demuestra cuando se le deja al paciente contar su historia.

Sir William Osler, uno de los grandes médicos y científicos de la historia de la medicina solía decir: *“Escuchen a sus pacientes; ellos les están contando el diagnóstico.”* Los médicos que escuchan activamente y se interesan por lo que el paciente les está contando recibirán, con alta probabilidad, toda la información que necesitan. Aquellos que no lo hacen están mucho más propensos a cometer errores, tanto de diagnóstico como de juicio clínico.

A su vez, cuando los médicos tienen una gran compasión por sus pacientes, estos están mucho más dispuestos a escuchar sus consejos y a recordarlos, según lo demuestran

distintos trabajos.(51)(52). Y esto es importante para la calidad clínica porque promueve la adherencia a los tratamientos.

Cuando los pacientes dejan de hablar, comienzan los verdaderos problemas. La precisión diagnóstica del médico depende en gran medida de tener la mayor cantidad de información correcta. Y los pacientes son a menudo renuentes a brindar información sensible y de naturaleza muy íntima si piensan que a sus médicos no les interesa o no quieren escucharla. Esto es una amenaza seria para la calidad de atención.

La compasión mejora los ingresos y reduce los costos

Más allá de lo convencidos que podamos estar a título personal acerca del valor de la compasión desde el punto de vista moral, la industria de la salud sólo le dará impulso si también puede ver el caso económico. Entonces, la próxima pregunta que surge es: ¿Existen evidencias que demuestren que la compasión puede marcar una diferencia en los resultados financieros de las organizaciones de salud? La respuesta inequívoca es sí. La compasión genera mayores ingresos y reduce el costo para los sistemas y prestadores de salud. El beneficio potencial es enorme, cuando se considera el alcance del problema.

El negocio depende cada vez más de la experiencia del paciente

La “experiencia del paciente” se modela por la suma todas las interacciones que éste tiene con el sistema de salud, médicas y no médicas. Y es el mismo paciente quien la califica. Incluye distintos aspectos de la atención que ellos valoran de manera especial cuando acuden a las organizaciones de salud, como por ejemplo una buena comunicación con los prestadores. Desde hace años que muchos hospitales y centros de salud realizan encuestas para evaluar esta experiencia.

Para ser sinceros, estas encuestas no han sido muy populares entre los médicos y enfermeros. El personal muchas veces se resiste a que se los califique por cosas tales como su amabilidad, su capacidad de respuesta o por hacer esperar poco. Cuando los pacientes los “castigan” en las encuestas por un pobre desempeño, pueden a veces resentirse porque sienten que muchas de las cosas por las cuales se los critica están fuera de su control y no están relacionadas con la calidad de atención clínica que brindaron.

Un cirujano, por ejemplo, no quiere ser sólo juzgado por cuán bien explicó las instrucciones al momento del alta; quiere ser juzgado por el resultado final y por las complejas maniobras que tuvo que realizar para tener éxito cuando el paciente estaba dormido. Algunos médicos y enfermeros incluso piensan que es injusto que reciban

bajas calificaciones cuando se negaron a cumplir con pedidos poco racionales, como aumentar opiáceos o antibióticos sin una indicación clínica.

Si bien el feedback crítico de las encuestas puede molestar a algunos prestadores y no un reflejar verdaderamente la calidad de atención recibida, es en definitiva lo que sintieron los pacientes. No importando cómo puedan sentirse los médicos y enfermeros, los pacientes tomarán decisiones basados en cómo se sintieron tratados. Por otra parte, los financiadores quieren cada vez más que la atención por la cual están pagando incluya importantes aspectos de “servicio al cliente.”

En el año 2006, el Gobierno Federal de los Estados Unidos desarrolló una encuesta estandarizada y obligatoria de experiencia del paciente para los hospitales, denominada Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Sus 32 preguntas indagan muchas dimensiones de la atención: comunicación de los médicos y enfermeras, tranquilidad y limpieza de las instalaciones, manejo del dolor, instrucciones sobre la medicación, instrucciones al momento del alta, etc. Desde entonces, la encuesta ha sido adaptada para otros ámbitos de atención más allá del hospital: consultorios ambulatorios, servicios de urgencias, centros de diálisis y geriátricos, entre otros. Los resultados de las encuestas están muchas veces ligados a los reembolsos de los financiadores.

Cuando se analizan estas encuestas, se observa que los hospitales con mejores calificaciones en cuanto a la experiencia de los pacientes son también las que tienen un mejor desempeño económico. Esto no debería llamarnos la atención. En todas las industrias son los clientes los que impulsan el negocio, y la industria de la salud no es diferente. Es por eso que luego de ir a un restaurante, alojarnos en un hotel o comprar algo, recibimos tantas encuestas para que califiquemos nuestra experiencia y la empresa pueda mostrarle a sus clientes prospectivos lo contentos que estuvimos con el servicio brindado.

Un estudio de Deloitte mostró que los hospitales calificados como “excelentes” en una encuesta ganaron (promedio de ingresos netos del paciente, por día cama ajustado) un 127 por ciento más de lo que ganaron los hospitales que fueron calificados como “baja calidad.”⁽⁵³⁾ Los costos también fueron mayores en estos hospitales, pero esto fue compensado por un aumento en los ingresos.

De manera similar los hospitales con mejores resultados en las encuestas de experiencia del paciente también son más rentables. El margen de rentabilidad de las organizaciones calificadas como “excelentes” fue de 4,7%, mientras con el de las con peores calificaciones fue de un 1,8%. Tal vez una diferencia de 2,9% de rentabilidad no parezca mucho para quienes no manejan las finanzas de organizaciones de salud, pero para muchos hospitales puede significar la diferencia entre estar abiertos o cerrados.

Los errores médicos erosionan los ingresos

Los errores médicos, además de dañar seriamente la reputación de las organizaciones de salud, son hoy un gran problema económico. Según un estudio de 2010 realizado por la Sociedad de Actuarios de los Estados Unidos, los errores médicos le cuestan al país \$19,5 billones de dólares; de estos, \$17 billones son costos médicos evitables atribuibles a los errores, \$1,4 billones a la mayor tasa de mortalidad y \$1,1 billones a la pérdida de productividad por incapacidad laboral.(54)(55) Pero de acuerdo a investigaciones más recientes, estos números pueden estar groseramente subestimados.

En un estudio publicado en el *Journal of Health Care Finance*, los investigadores partieron de datos más recientes que sugieren una tasa mucho mayor de errores asistenciales. También fueron un poco más allá en sus cálculos, midiendo cosas tales como la pérdida de productividad de aquellos que perdieron la vida a consecuencia de un error médico. Y midieron esta pérdida a lo largo de diez años y no de uno, como el estudio anterior. El nuevo estimado anual considerando todas estas variables es escalofriante: entre \$735 billones y \$980 billones.(56)

Como ya hemos aprendido, una atención compasiva suele ser una atención más meticulosa y con mejores resultados clínicos. Si un aumento de la compasión en los cuidados pudiera reducir los errores médicos aunque fuera mínimamente, el impacto económico sería sustancial.

Los médicos compasivos indican menos estudios y derivan menos

La compasión hace que el foco esté puesto en el “otro”, y esto es la base de una de las principales dimensiones de la calidad: la atención centrada en el paciente. Muchas veces, la falta de conexión humana y compasión se intenta suplir con más estudios y derivaciones.

Un estudio de la Universidad de California Davis consideró los estilos de práctica de cerca de mil médicos de atención primaria y los relacionó con los resultados de sus pacientes. Los investigadores concluyeron que los pacientes que sentían que sus médicos brindaban una atención centrada en la persona hacían un uso mucho más racional de los recursos y gastaban menos. El costo en salud promedio de estos pacientes que “se sentían el centro” era un 51% menor que el del resto.(57)

Una de las principales razones de esto fue la menor cantidad de derivaciones a especialistas. Cuando el médico se toma su tiempo para escuchar las preocupaciones del paciente y demuestra compasión por su sufrimiento, es mucho más probable que el este último confíe en sus recomendaciones. Por el contrario, si el médico aparece distraído, si no hace contacto visual o tiene un trato despersonalizado, es poco probable que genere confianza, haciendo que el paciente busque una “segunda opinión”. Aún sin pedirla expresamente, el paciente puede transmitir su ansiedad e incertidumbre mediante claves no verbales. El médico percibe esto y para tranquilizarlo comienza a pedir estudios y derivaciones a especialistas. Y esto es exactamente lo que estos

investigadores concluyeron. Cuando estos pacientes de atención primaria no sentían una fuerte conexión personal, eran sometidos a más estudios y derivaciones.

La razón por la cual los pacientes que recibieron una atención centrada en su persona hicieron un mejor uso de los recursos fue porque confiaban en sus médicos y creían que ellos los comprendían. La conexión humana también hizo que los médicos fueran capaces de manejar mejor la ansiedad y las expectativas.

Los pacientes de este estudio que tuvieron una baja utilización de recursos nunca sintieron en que necesitaban un montón de estudios para confiar en el plan diagnóstico y terapéutico de sus médicos. Y ese es un importante beneficio de la compasión. El uso innecesario de estudios y de derivaciones a especialistas es una fuente importante de gastos sin mayores beneficios.

Otro estudio sobre atención primaria realizado en la Universidad de Rochester arrojó resultados similares. Para calificar el grado de atención centrada en la persona, los investigadores se valieron de encuestas a los pacientes y de grabaciones de audio de las consultas. Observaron que los médicos con menor puntaje tenían pacientes con mayores costos, principalmente por un mayor uso de estudios diagnósticos.(58)

Otro estudio británico, también sobre atención primaria, también reportó que los pacientes insatisfechos con su conexión personal con el médico tenían un 41% más de probabilidades de ser derivados a un especialista.(59)

En un singular estudio canadiense, los investigadores pusieron a prueba la hipótesis de que los pacientes que reciben una atención compasiva y centrada en la persona se recuperan antes, se mantienen más sanos y hacen un menor uso de consultas, estudios o derivaciones innecesarias.(60) Filmaron para el estudio cada una de las consultas para calificarlas según la comunicación centrada en el paciente; luego de cada visita, los investigadores entrevistaron a cada paciente en persona. Finalmente, durante los dos meses posteriores auditaron las historias clínicas y realizaron entrevistas telefónicas de seguimiento para medir la utilización de recursos (estudios, derivaciones, etc.).

En comparación con los pacientes que no percibieron que la atención estuviera centrada en ellos, los pacientes que sí lo percibieron tuvieron significativamente menos derivaciones a los especialistas. Específicamente, la proporción de pacientes derivados fue un 51% más baja. La de estudios diagnósticos también fue un 41% menor.

Estos datos son muy reveladores para aquellos que temen que si el médico está muy atento a cada una de las preocupaciones de los pacientes puede llegar a pedir más estudios y derivaciones sólo para complacerlo. Este último estudio probó exactamente lo contrario. ¡La atención compasiva y centrada en el paciente en realidad reduce costos!

La compasión reduce costos por una mayor adherencia a los tratamientos

Ya vimos en párrafos anteriores la importancia que tiene la compasión para aumentar la adherencia de los pacientes a los tratamientos y recomendaciones médicas (medicación, hábitos saludables, chequeos, etc.)

La falta de adherencia es una enorme amenaza para la salud pública, porque cuando los pacientes no toman sus medicamentos ni siguen las recomendaciones de sus médicos, la enfermedad progresa sin controles hacia estadios mucho más difíciles de manejar. Se trata de un problema complejo y multidimensional.

La falta de control de condiciones crónicas se ha transformado en una verdadera epidemia que origina una enorme cantidad de hospitalizaciones y muertes que podrían prevenirse. Y esto tiene también un enorme impacto económico: algunas estimaciones sostienen que la falta de adherencia a controles y tratamientos le cuestan a los Estados Unidos entre \$100 y \$200 billones de dólares al año.

Entonces, si la compasión efectivamente promueve la adherencia a los tratamientos, el sólo ahorro de tan sólo un poco de estos billones, tendría un impacto muy significativo.

No es necesario gastar enormes cantidades de dinero para desarrollar y lanzar al mercado nuevos medicamentos si los pacientes no los toman. ¿Por qué no convencer a los pacientes para que tomen los que ya están disponibles?

La compasión, aplicada a los trabajadores, disminuye el ausentismo laboral

Ahora que comprendemos de qué forma la compasión puede disminuir los costos asociados con los errores médicos, la sobreutilización de recursos y la falta de adherencia de los pacientes, veamos otro ángulo desde el cual la compasión puede marcar otra importante diferencia: en el bienestar de aquellos que cuidan a los pacientes. Ya vimos previamente de qué forma una cultura compasiva en el hospital se traduce en una mayor compasión por los pacientes. Pero, qué pasa con la compasión hacia quienes tienen la misión de cuidar?

No se puede dar lo que no se tiene. El bienestar del personal de salud es una precondition para una atención compasiva. Si queremos que los trabajadores demuestren compasión por sus pacientes, la organización tiene que demostrar compasión por sus cuidadores.

A nadie escapa que trabajar en salud puede ser emocionalmente desgastante y a veces traumático. Si estos efectos negativos no se abordan proactivamente, los trabajadores tienden a enfermarse, a pedir licencias o a cambiar de trabajo.

Un estudio de la Universidad de Pennsylvania sobre el personal de salud de 13 centros de tercer nivel (“nursing homes”- equivalentes a nuestros geriátricos-), probó esta hipótesis. Los investigadores hicieron una encuesta a todos los trabajadores, incluyendo enfermeros profesionales, auxiliares de enfermería, médicos, trabajadores sociales, nutricionistas y otros. Mediante esta encuesta se buscaba evaluar la percepción de la cultura de trabajo en esas instituciones.(63)

Utilizaron específicamente una escala de medición validada para determinar si en esos lugares de trabajos había una “cultura de compasión”. Es importante destacar que no les preguntaban a los trabajadores sobre sus propias conductas compasivas, sino sobre las conductas de sus compañeros de trabajo hacia ellos.

¿Qué debemos entender exactamente por una “cultura de la compasión”? Para este estudio, los investigadores la definieron como la forma en la que los compañeros se ayudaban y expresaban su preocupación por el otro...cómo estaban atentos a los sentimientos de sus colegas y brindaban compasión cuando las cosas no les salían bien, tanto en el trabajo como en sus vidas personales.

Pero para este trabajo, los investigadores no estaban interesados en como fluía la compasión entre dos compañeros de trabajo. Querían averiguar cómo fluía en situaciones de grupo y entre los supervisores y sus reportes directos (y viceversa).

Encontraron que la cultura emocional de estas “nursing homes” tenía una fuerte asociación con la forma en la cual los empleados trataban a los pacientes, pero también con las experiencias y resultados de estos últimos. Como podía anticiparse, el personal no era capaz de demostrar compasión por sus pacientes si ellos mismos no la experimentaban por parte de sus compañeros y jefes.

Sin embargo, en aquellas instituciones de estas trece en las que se pudo comprobar una mayor cultura de compasión, se comprobaron mejores resultados en la fuerza de trabajo: mayor bienestar, mayor trabajo en equipo, menor cansancio emocional y menor ausentismo. La mejor cultura de trabajo de los empleados incluso tuvo un impacto positivo sobre los residentes de los geriátricos: mejor calidad de vida, menos visitas a guardias de emergencias y mejor experiencia de los pacientes y sus familias.(63)

La asociación entre una cultura de la compasión y un menor agotamiento emocional de los empleados es un hallazgo importante. Una de las consecuencias del agotamiento emocional es la pérdida por parte del médico o del enfermero de sentir lo que se denomina “satisfacción por la compasión”, que es el grado en el cual la persona se siente gratificada por sus esfuerzos para aliviar el sufrimiento del otro.

Los médicos que a consecuencia del agotamiento emocional no son capaces de sentir esta “satisfacción por la compasión”, tienden a faltar más al trabajo y a pedir más licencias médicas. Consideremos, por ejemplo, los hallazgos de un estudio de 2013 sobre 7.548 médicos.(64) Se trató de una encuesta que buscaba obtener información tanto sobre su satisfacción profesional como sobre su agotamiento emocional.

Encontraron que entre los médicos que estaban experimentando “fatiga de compasión (agotamiento emocional, despersonalización y –en este caso- altos niveles de estrés), el 68% habían tenido licencias médicas. También eran los que registraban más faltas por enfermedad.

Sería fácil achacar a las presiones particulares del ambiente de trabajo en salud la fatiga de compasión y los temas de ausentismo. Sin embargo, estudios realizados en otras industrias muestran resultados similares.(65)

- 74% de los empleados reportan que el trabajo es una fuente significativa de estrés y uno de cada 5 ha faltado al trabajo a consecuencia del estrés.(66)
- 55% de los empleados reportaron ser menos productivos en sus trabajos a consecuencia del estrés. (66)
- 52% de los empleados reportaron que a consecuencia del estrés en el trabajo habían pensado en buscar uno nuevo, declinar una promoción o directamente renunciar.(66)
- En 2001, la mediana de días de ausencia como resultado de ansiedad, estrés y desórdenes relacionados fue de 25 días, sustancialmente mayor a la mediana de días de ausencia atribuibles a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que fue de 6 días.(67)
- Se estima que el estrés laboral le cuesta a las industrias de los EE.UU más de \$300 billones por año a consecuencia ausentismo, rotación, menor productividad, y costos médicos, legales y de seguros.(68)

La Dra Emma Seppälä es la directora de ciencia del Stanford University’s Center for Compassion and Altruism Research and Education (CARE), y autora del libro “*The Happiness Track*” (“El camino de la felicidad”).(69) A menudo escribe sobre los beneficios de la compasión en el ámbito de los negocios. En un artículo titulado “Why Compassion in Business Make Sense” (“Por qué la Compasión tiene Sentido en los Negocios”), resume los datos más actualizados en este campo de la siguiente manera:

“Un nuevo campo de investigación está sugiriendo que cuando las organizaciones promueven una ética de la compasión en vez de una cultura de estrés, no sólo logran un ambiente de trabajo más alegre, sino que también mejoran sus resultados económicos. Consideremos el importante –pero a menudo pasado por alto- tema de la cultura del lugar de trabajo... Los empleados con un estado de ánimo positivo están más dispuestos

a ayudar a sus compañeros y a brindar un buen servicio al cliente por decisión propia... Al hacerlo, aumentan el nivel de productividad de sus compañeros, su sensación de conexión social y su compromiso con la empresa y su trabajo. Dados los elevados costos que tienen los accidentes/enfermedades laborales, la alta rotación de empleados y un bajo nivel de servicios de atención al cliente, entendemos que la compasión podría tener un impacto muy positivo no sólo sobre la salud y el bienestar del personal, sino también sobre el éxito financiero de la organización.”

Cuando el trabajo sobre la compasión de investigadores como la Dra. Seppälä se aplica al sector salud, donde la intensidad del trabajo y el nivel de estrés son tan altos, los resultados pueden llegar a ser aún más espectaculares. Como consecuencia de esto, también es de esperar que los beneficios económicos se magnifiquen.

Invertir en el bienestar de los médicos arroja beneficios económicos

En cualquier organización, la alta rotación de personal es costosa; a los costos directos de la salida hay que sumarle los costos de tener que contratar y entrenar nuevos empleados. También se agregan otros costos por la menor productividad -a consecuencia del achicamiento del plantel y a la pérdida de moral de los que se quedan viendo que un compañero abandona el barco. Por otra parte, cuando quien renuncia es un veterano, se pierden años de conocimiento de la cultura organizacional; el nuevo empleado tardará mucho tiempo en adquirirla.

Estos costos se magnifican aún más cuando quienes renuncian son los que más contribuyen a la organización y tienen mejores salarios. Tal es el caso de los médicos de distintas especialidades. Ya hemos visto que el burnout de los profesionales de la salud es no es gratis: compromete la calidad clínica y agrega a las organizaciones que los emplean costos significativos por errores, ausencias y licencias por enfermedad.

Se trata de un problema generalizado. Sólo en los Estados Unidos, el burnout afectaría a cerca de medio millón de médicos.(71)(72) Si bien es difícil calcular el impacto económico de esto con precisión, una estimación conservadora sería que el aumento en la rotación de médicos a consecuencia del burnout le cuesta al sistema de salud de los Estados Unidos aproximadamente \$12 billones de dólares al año.(73). Y esto sólo hablando de médicos, sin considerar otros profesionales de la salud.

Entonces, las organizaciones de salud no sólo tienen la responsabilidad moral de cuidar a sus médicos en el mejor interés de sus pacientes; también tienen una fuerte justificación económica para hacerlo.

En este sentido, algunas organizaciones de salud pioneras están formalizando sus esfuerzos para que los médicos trabajen a gusto. Por ejemplo, en 2017 , Stanford University contrató su primer “Chief Physician Wellness Officer” (Jefe Responsable del Bienestar de los Médicos). Fue el primer gran centro académico en hacerlo. La posición

fue ocupada por el Dr. Tait Shanafelt, un reconocido líder de pensamiento e investigador en el tópico de bienestar ocupacional de los médicos. De hecho, durante varios años había liderado los estudios sobre burnout de los médicos y resiliencia en la Mayo Clinic.

A poco de su llegada a Stanford, Shanafelt publicó en *JAMA* un convincente trabajo sobre los beneficios económicos de invertir en el bienestar de los médicos. En el mismo detalla la carga financiera de los médicos con burnout para el sistema de salud estadounidense. Luego de detallar los costos de reclutamiento (siempre difícil), de la pérdida de ingresos durante la falta de ese médico y la pérdida de eficiencia, el costo de reemplazar a un médico *duplica o triplica* el salario anual de un médico promedio.(74)

Además, cuando un miembro del equipo de atención renuncia, expone al resto de sus colegas a un mayor riesgo de burnout, ya que de alguna manera tendrán que cubrir el vacío que genera su ausencia. Hay entonces un potencial efecto dominó que puede ser muy contraproducente.

Lo que agrava aún más el problema es que en muchas especialidades faltan médicos. La epidemia del burnout es de hecho muy peligrosa. En otro estudio liderado por Shanafelt cuando estaba en la Mayo Clinic, encontraron que un mínimo incremento del burnout (de tan sólo un punto en la escala de burnout) aumentaba entre un 30% a un 50% la probabilidad de que un médico reduzca sus horas laborales en los próximos dos años.(75)

Y esto no es sólo un fenómeno de los Estados Unidos. Está ocurriendo en muchos países del mundo. Por ejemplo, una encuesta realizada a emergentólogos del Sistema de Salud Británico encontró que los médicos que no experimentaban placer o satisfacción aliviando el sufrimiento de los pacientes (características del burnout), se quejaban mucho más de sus pacientes y sus colegas, reducían sus estándares de calidad y se retiraban antes. De hecho, el 59% de estos médicos estaban considerando el retiro anticipado.(76)

La compasión reduce el costo de los juicios por mala praxis

Según un artículo publicado en *Health Affairs* en 2010, el costo anual del sistema de responsabilidad civil de los Estados Unidos, incluyendo los costos de la medicina defensiva, es de aproximadamente \$56 billones de dólares. Y esto sin incluir los costos de las primas de seguro.(77)

Con todo lo que se gasta, el sistema de responsabilidad civil no cumple con sus objetivos básicos ni en los Estados Unidos ni en el resto del mundo. Ni compensa adecuadamente a las víctimas de negligencias (porque la mayoría no demandan), ni sirve para mejorar la calidad de la atención (porque los errores se tienden a ocultar)

Según el clásico trabajo “Harvard Medical Practice Study, sólo 1 de cada 15 pacientes dañados por negligencias recibe alguna compensación. Por el contrario, en cinco de cada 6 casos donde se paga una indemnización no pudo demostrarse negligencia.(78) En otras palabras, la inmensa mayoría de actos de mala praxis jamás terminan en juicio, y la mayoría de los juicios no se originan en malas praxis reales.

Entonces, ¿por qué demandan los pacientes? ¿qué puede hacerse para evitar juicios? Como veremos, la compasión también ayuda mucho...

Más que un mal resultado o la negligencia en sí, lo que gatilla la mayoría de los reclamos por mala praxis es la percepción de una falta de cuidado o preocupación. En un estudio sobre personas que iniciaron juicios por mala praxis contra un gran hospital metropolitano, los investigadores vieron que, en general, los pacientes y sus familias habían tomado la decisión de litigar porque percibieron que a nadie parecía importarles mucho su situación.(79)

Durante los procesos contra este hospital, casi siempre surgían quejas porque que los médicos no estaban disponibles, no les importaban sus preocupaciones, no se comunicaban bien o no entendían la perspectiva del paciente y de su familia. La mayoría no hacía mucha alusión a la parte técnica del cuidado, sino a la humana.

Un estudio de la experiencia de madres primerizas con sus obstetras llevado a cabo por investigadores de Vanderbilt University llegó a conclusiones similares.(80) Entrevistaron luego del parto a más de mil nuevas madres y relacionaron sus hallazgos con la historia de juicios por mala praxis entablados contra los obstetras que las habían atendido. Separaron a estos médicos en dos grupos: en uno agruparon a aquellos obstetras que tenían un historial de muchos juicios por mala praxis y en el otro agruparon a de quienes no habían tenido o habían tenido muy pocos juicios. Querían saber si una mala relación médico-paciente se correlacionaba con mayor cantidad de juicios.

Si bien ninguna mujer del estudio había entablado una demanda contra su obstetra, surgía un patrón muy claro: Las pacientes atendidas por los obstetras más demandados, consistentemente afirmaban que sus médicos estaban siempre apurados, que no les explicaban bien las cosas y a menudo las ignoraban.

¿Recuerdan la discusión previa acerca de la relación entre la compasión y la confianza?. Cuando un médico o enfermero expresa su compasión de manera auténtica, es muy probable que también haga contacto visual y brinde una gran cantidad de claves verbales y no verbales que demuestran su sincera preocupación por lo que le está pasando al paciente. Es ese tipo de conducta la que genera confianza. Su ausencia genera lo contrario, y ésos son los pacientes que demandan.

Muchos estudios han sugerido que la buena o mala relación médico-paciente es un factor muy importante, sino “el” factor en la decisión de iniciar un juicio por mala praxis.(81)(82)

Ninguno de estos estudios, sin embargo utilizó un modelo experimental –como por ejemplo un estudio aleatorizado y controlado-, que es una forma mucho más precisa de demostrar una relación de causa-efecto en las investigaciones científicas. Pero investigadores de la Universidad de California san Francisco diseñaron un estudio de este tipo con pacientes obstétricas (la población de pacientes más proclives a demandar cuando las cosas salen mal)(83)

Reclutaron para el estudio a mujeres que habían tenido bebés dentro del último año, las cuales fueron asignadas al azar a uno de cuatro hipotéticos escenarios. En estos escenarios se describían distintas interacciones ficticias entre pacientes y obstetras durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto. Esencialmente, se les pedía que se imaginaran ellas mismas en esas situaciones y que explicaran cómo se habrían sentido si la situación hubiese sido real. Es de destacar que todas las historias terminaban con un recién nacido con complicaciones.

En los cuatro escenarios se describían diferentes estilos de comunicación del médico y diferentes grados de complicaciones con los recién nacidos, algunas de ellas incapacitantes de por vida. Una de las preguntas que les hicieron a las participantes del estudio fue: “Dado lo que pasó en la situación de parto que acabamos de describir, ¿estaría dispuesta a iniciar un juicio por mala praxis contra el médico? (sí/no).”

Encontraron que en los escenarios donde se describía una fuerte relación médico-paciente, era más probable que las participantes creyeran en la competencia de su médico y en su falta de culpa por las complicaciones del parto. En consecuencia también era menos probable que expresaran su intención de iniciar un juicio, aún en casos donde los recién nacidos habían quedado con daños graves.

En resumen, cuando las cosas salen mal, la decisión de iniciar o no una demanda depende mucho más de los aspectos humanos de la atención que de los técnicos.

El poder de 40 segundos

Una de las principales razones que exponen los médicos para no demostrar compasión es que realmente no tienen tiempo para “*conocer a sus pacientes como personas*”, que están demasiado ocupados. Más de la mitad de los médicos se sentirían así, de acuerdo a un estudio de Harvard Medical School, el 56% de ellos específicamente creen que no tienen tiempo suficiente para tratar a sus pacientes con compasión.(84)

Y, si bien es cierto que los médicos cada vez tienen menos tiempo (presiones de los financiadores, burocracia, requisitos de documentación, etc.), también es cierto que las palabras y gestos compasivos no insumen mucho tiempo.

La mayoría de los estudios coinciden en que el ejercicio de la compasión no agregaría más de un minuto a la consulta... De hecho el promedio es de 40

segundos.(85)(86)(87)(88)(89). Más que del tiempo real, se trata del tiempo percibido y de la calidad verbal y no verbal del encuentro.

La compasión no es algo que “se tiene de fábrica o no se tiene”. La evidencia indica que las conductas compasivas también se pueden aprender. Y no estamos hablando de “simular”, sino del adecuado manejo de las emociones. En el 80% de los más rigurosos artículos científicos publicados sobre este tema, el entrenamiento en compasión mejora a los médicos, haciéndolos mejores cuidadores.(90)

Tal vez el principal mensaje que Mazzarelli y Trzeciak nos dejaron con su libro “*Compassionomics*” sea la frase de la antropóloga Joan Halifax, que citan al comienzo de sus conclusiones:

“Vivimos un tiempo en el que la ciencia está validando los que los humanos sabemos desde el inicio de los tiempos: que la compasión no es un lujo; es una necesidad para nuestra supervivencia, resiliencia y bienestar.”

Referencias

1. Kamal, Rabah, Cynthia Cox, David Rousseau, and Kaiser Family Foundation: “Costs and Outcomes of Mental Health and Substance Use Disorders in the US.” *JAMA* 318, n°5 (August 1, 2017); 415
2. Graser, Johannes and Ulrich Stangier. “Compassion and Loving-Kindness Meditation: An Overview and Prospects for the Application in Clinical Samples.” *Harvard Review of Psychiatry* 26, n°4 (July/August, 2018); 201-15
3. Laithwaite H; O’Hanlon M; Collins p; et al. “Recovery after Psychosis (RAP): A Compassion Focused Programme for Individuals Residing in High Security Settings.” *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 37, n°5 (October, 2009): 511-26
4. Kelly AC, Wisniewski, C; Hoffman E. “Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial.” *Clinical Psychology & Psychotherapy* 24, n°2 (March 2017): 475-87
5. Beaumont E; Durkin M; McAndrew S, et al. “Using Compassion Focused Therapy as an Adjunct to Trauma-Focused CBT for Fire Service Personnel Suffering with Trauma-Related Symptoms.” *The Cognitive Behavior Therapist* 9 (2016): e34
6. Kirby JM, Tellegen CL, Steindl SR. “A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions.” *Behavior Therapy* 48, n°6 (November 1, 2017): 778-92

7. McKay, KM, Imel ZE, Wampold BE. "Psychiatrist Effect in the Psychopharmacological Treatment of Depression." *Journal of Affective Disorders* 92, n°2.3 (June, 2006): 287-90
8. Burns DD, Nolen-Hoeksema. "Therapeutic Empathy and Recovery from Depression in Cognitive Behavioral Therapy: A Structural Equation Model." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, n°3 (June, 1992):441-9
9. Ilardi SS, Craighead WE. "The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-Behavior Therapy for Depression." *Clinical Psychology: Science and Practice* 1, n°2 (1994): 138-56
10. Zachariae RC, Pedersen CG, Jensen AB. et al. "Association of Perceived Physician Communication Style with Patient Satisfaction, Distress, Cancer-Related SelfEfficacy, and Perceived Control over the Disease." *British Journal of Cancer* 88, n° 5 (March 10, 2003)
11. Kaplan JE, Keeley RD, Engel Matthew, et al. "Aspects of Patient and Clinician Language Predict Adherence to Antidepressant medication." *Journal of the American Board of Family Medicine* 26, n° 4 (July-August, 2013): 409-20
12. Hollinger-Samson M; Pearson JL. "The relationship between Staff Empathy and Depressive Symptoms in Nursing Home Residents." *Aging & Mental Health* 4, n°1 (February 1, 2000): 56-65
13. Fogarty LA; Curbow J; Wingard JR, et al. "Can 40 seconds of Compassion Reduce Patient Anxiety?" *Journal of Clinical Oncology* 17, n° 1 (January, 1999): 371-9
14. Van Osch M; Sep M; Van Vliet S, et al. "Reducing Patient's Anxiety and Uncertainty, and Improving Recall in Bad News Consultations." *Health Psychology* 33, n°11 (November, 2014) 1382-90
15. Verheul W; Sanders, A; Bening J. "The Effects of Physicians' Affect Oriented Communication Style and Raising Expectations on Analogue Patients' Anxiety, Affect and Expectancies." *Patient Education and Counseling* 80, n°3 (September, 2010): 300-6
16. Weiss, R; Vittinghoff, M; Fang C. et al. "Association of Physician Empathy with Patient Anxiety and Ratings of Communication in Hospital Admission Encounters." *Journal of Hospital Medicine* 12, n° 10 (October, 2017):805-10
17. Barefoot JC; Brummett BH; Williams RB, et al. "Recovery Expectations and Long Term Prognosis of Patients with Coronary Heart Disease" *Archives of Internal Medicine* 171, n° 10 (May 23, 2011): 929-35

18. Mondloch MV; Cole DC; Frank JW. "Does How you Do Depend on How You Think You'll Do? A systematic Review of The Evidence for a Relation between Recovery Expectations and Health Outcomes." *CMAJ* 165, n°2 (July 14, 2001): 174-9
19. Schwartz, Kenneth B. "A Patient's Story." *The Boston Globe Magazine*, July 16, 1995
20. Nieuwlaat R; Wicynski N; Navarro T. et al. "Interventions for Enhancing Medication Adherence." *Cochrane Database of Systemic Reviews*, n° 11 (November 20, 2014)
21. Viswanathan M; Golin C; Jones CD, et al. "Interventions to Improve Adherence to Self Administered Medications for Chronic Diseases in the United States: A Systematic Review." *Annals of Internal Medicine* 157, n° 11 (December 4, 2012): 785-95
22. Luga AO, McGuireMJ, "Adherence and Health Care Costs." *Risk Management and Healthcare Policy* 7 (2014): 35-44
23. Zulig, LL; Bosworth H. "Engaging Patients to Optimize Medication Adherence." *NEJM Catalyst*, Marc 29, 2017
24. Miller TA; Dimatteo MR; "Importance of Family/Social Support and Impact on Adherence to Diabetic Therapy." *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity* 6 (November 6, 2013): 421-6
25. Dimatteo MR. "Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis." *Health Psychology* 23, n°2 (March, 2004): 207-18
26. Beach MC; Keruly J; Moore RD. "Is the Quality of Patient-Provider Relationship Associated with Better Adherence and Health Outcomes for Patients with HIV?" *Journal of General Internal Medicine* 21, n°6 (June, 2006): 661-5
27. Flickinger TE, Somnath Saha, Roter D; et al. "Clinician Empathy is Associated with Differences in Patient-Clinician Communication Behaviors and Higher Medication Self-Efficacy in HIV Care." *Patient Education and Counselling* 99, n°2 (February, 2016):220-6
28. Zolneriek K; Haskard B; Dimatteo MR. "Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis." *Medical Care* 47, n° 8 (August,2009):826-34
29. Hall JA; Toter DL; Katz NR. "Meta-Analysis of Correlates of Provider Behavior in Medical Encounters." *Medical Care* 26, n° 7 (July, 1988): 657-75

30. Kim S, Kaplowitz S; Johnston MV. "The Effects of Physicians Empathy on Patient Satisfaction and Compliance." *Evaluation & the Health of Professions* 27, n° 3 (September 2004): 237-51
31. Hibbard JH; Stockard Jean, Maohoney Eldon; et al. "Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers." *Health Service Research* 39, n°4 pt.1 (August, 2004): 1005-26
32. Hibbard J, Greene J. "What the Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs." *Health Affairs* 32, n° 2 (February, 2013)
33. Hezen-Klemens I.; Lapinska E. "Doctor-Patient Interaction, Patients's Health Behavior and Effects of Treatment." *Social Science & Medicine* 19, n° 1 (1984):9-18
34. Neumann M; Wirtz M; Bollschweiler W; et al. "Determinants and Patient-Reported Long Term Outcomes of Physician Empathy in Oncology: A Structural Equation Modelling Approach." *Patient Education and Counseling* 69, n° 1-3 (December, 2007): 63-75
35. Howie JG; Heaney DJ; Maxwell M. et al. "Quality at General Practice Consultations: Cross Sectional Survey." *BMJ* 319, n°7212 (September 18, 1999): 738-43
36. Bikker A; Mercer W; Reilly D. "A Pilot Prospective Study on the Consultation and Relational Empathy, Patient Enablement and Health Changes over 12 Months in Patients Going to the Glasgow Homeopathic Hospital." *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11 n° 4 (August, 2005) 591-600
37. Mercer SW; Bhautesh DJ; Maxwell M, et al. "Patient Enablement Requires Physician Empathy: A Cross-Sectional Study of General Practice Consultations in Areas of High and Low Socioeconomic Deprivation in Scotland." *BMC Family Practice* 13 (February 8, 2010):6
38. Kahn K; Schneider EC; Malin JL, et al. "Patient Centered Experiences in Breast Cancer: Predicting Long Term Adherence to Tamoxifen Use". *Medical Care* 45, n° 5 (May, 2007)
39. O'Malley AS; Forrest CB, Mandelblatt. "Adherence of Low-Income Women to Cancer Screening Recommendations." *Journal of General Internal Medicine* 17, n°2 (February, 2002)
40. Hill, PL; Turiano NA. "Purpose in Life as a Predictor of Mortality across Adulthood." *Psychological Science* 25, n°7 (Jul 2014): 1482-6

41. Cohen R; Bavishi C; Rozanski A. "Purpose in Life and Its Relationship to All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-Analysis." *Psychosomatic Medicine* 78, n°2 (February-March, 2016): 122-33.
42. Kim ES; Sun JK; Park N et al. "Purpose in Life and Reduced Incidence of Stroke in Older Adults: *The Health and Retirement Study*." *Journal of Psychosomatic Research* 74, n° 5 (May 2013): 427-32
43. National Academy of Medicine. "Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative." 2001
44. Batson CD; Duncan BD, Ackerman P: et al. "Is Empathic Emotion a Source of Altruistic Motivation?" *Journal of Personality and Social Psychology* 40, n° 2 (1981): 290-302
45. Toi M; Batson D "More Evidence That Empathy Is a Source of Altruistic Motivation." *Journal of Personality and Social Psychology* 43, n° 2 (1982): 281-92
46. West C; Tan AD; Habermann; et al. "Association of Resident Fatigue and Distress with Perceived Medical Errors." *JAMA* 302, n° 12 (September 23, 2009): 1294-300
47. Ogle J, Bushnell JA, Caputi P. "Empathy is Related to Clinical Competence in Medical Care" *Medical Education* 47, n° 8 (August 2013): 824-31
48. vanVliet LM, van der Wall AA, Spreeuwenberg WV, et al "The Validity of Using Analogue Patients in Practitioner-Patient Communication Research: Systematic Review and Meta-Analysis" *Journal of General Internal Medicine* 27, n° 11 (November, 2012): 1528-43
49. Kraft-Todd GT, Reiner DA, Kelley JM, et al. "Empathic Nonverbal Behavior Increases Ratings of Both Warmth and Competence in Medical Context." *PLOS One* 12, n°5 (2017): e0177758
50. Chau, Mimi. Personal communication to Stephen Trzeciak, December 1, 2017.
51. Van Osch M, Milou See LM, van Vliet LM. Et al. "Reducing Patient's Anxiety and Uncertainty, and Improving Recall in Bad News Consultations." *Health Psychology* 33 n° 11 (November 2014): 1382-90
52. Sep M, van Osch M, van Vliet EM. "The Power of Clinicians' Affective Communication: How Reassurance About Non-Abandonment Can Reduce Patient's Physiological Arousal and Increase Information Recall in Bad News Consultations. An experimental Study Using Analogue Patients." *Patient Education and Counseling* 95, n°1 (April, 2014): 45-52.

53. Betts, D, Balan-Cohen A, Shluka M, et al. "The Value of Patient Experience: Hospitals with Better Patient-Reported Experience Perform Better Financially." Washington DC: Deloitte Center for Health Solutions, 2016.
54. Van Den Bos J, Rustagi K, Gray T, et al. "The \$17,1 Billion Problem: The Annual Cost of Measurable Medical Errors." *Health Affairs* 30, n° 4 (April, 2011): 596-603
55. Shreve J, Van Den Bos, TG, Gray T, et al. "The economic Measurement of Medical Errors." Society of Actuaries, 2012.
56. Andel Ch, Davidow SL, Hollander M, et al. "The Economics of Health Care Quality and Medical Errors." *Journal of Health Care Finance* 39, n° 1 (Fall 2012): 39-50
57. Bertakis K, Azari R "Patient-Centered Care is Associated with Decrease Health Care Utilization." *Journal of the American Board of Family Medicine* 24n n° 3 (May-June, 2011): 229-39
58. Epstein RM, Franks P, Cleveland G, et al. "Patient-Centered Communication and Diagnostic Testing." *Annals of Family Medicine* 3, n° 5 (September-October, 2005): 415-21
59. Little P, Everitt I, Williamson G. et al. "Observational Study od effect of Patient Centredness and Positive Approach on Outcomes of General Practice Consultations." *BMJ* 323, n° 7318 (October 20, 2001):908-11.
60. Stewart, M, Brown JB, Donner A., et al . "The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes." *Journal of Family Practice* 49, n°9 (September, 2000): 796-804.
61. Brody, Jane E. "The Cost of Not Taking Your Medicine" *New York Times*, April 17, 2017
62. Viswanathan M, Golin Carol, Jone CD, et al. "Interventions to Improve Adherence to Self-Administered Medications for Chronic Diseases in the United States: A systematic Review. *Annals of Internal Medicine* 157, n°11 (December 4, 2012): 785-95
63. Barsade SG, O'Neill OA. "What's Love Got to Do with It'. A longitudinal Study of the Culture of Compationate Love and Employee and Client Outcomes in a Long-Term Care Setting." 59, n°4 (2014): 551-98
64. Gleichgerrcht E, Decety J. "Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositons, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians." *PLOS One* 8, n° 4 (2013): e. 61526.

65. American Psychological Association. "Psychologically Healthy Workplace Program Fact Sheet: By the Numbers." 2008. http://www.phwa.org/dl/phwp_fact_sheet.pdf
66. American Psychological Association. "Stress in America." 2007. <http://apahelpcenter.mediaroom.com/file.php/138/Stress+in+America+REPORT+FINAL.doc>.
67. Bureau of Labor Statistics. "Number and Percent Distribution of Nonfatal Occupational Injuries and Illnesses Involving Days Away from Work." 2001. <http://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/ostb1222.pdf>.
68. Rosch PJ, "The Quandary of Job Stress Compensation." *Health & Stress*. Vol 3, 2001
69. Seppälä, Emma. *The Happiness Track*. San Francisco: HarperOne, 2016.
70. Sappälä, Emma. "Why Compassion in Business Makes Sense." *Greater Good Science Center*. Published on-line April 15, 2013.
71. Peckham, Carol. "Medscape National Physician Burnout & Depression Report." Medscape (2018)
72. Young A, Chaudhry XP, Arnhart K, et al. "A Census of Actively Licensed Physicians in the United States, 2016." *Journal of Medical Regulation* 103, n°2 (2017): 7-21.
73. American Medical Association. "Creating the Organizational Foundation for Joy in Medicine." <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702510>.
74. Shanafelt TD, Goh J, Sonsky CA. "The Business Case for Investing in Physician Well-Being." *JAMA Internal Medicine* 177, n°12 (December 1, 2017): 1826-32
75. Shanafelt TD, Mungo Michelle, Schmitgen KA, Storz KA, et al. "Longitudinal Study Evaluating the Association between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort." *Mayo Clinic Proceedings* 91, n° 4 (2016): 422-31
76. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, et al. "Prevalence, Causes and Consequences of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue in Emergency Care: A Mixed-Methods Study of UK NHS Consultants." *Emergency Medicine Journal* 32, n° 8 (August, 2015): 588-94
77. Melo M, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. "National Costs of the Medical Liability System" *Health Affairs* 29, n°9 (September, 2010): 1569-77

78. Harvard Medical Practice Study. "Patients, Doctors, and Lawyers: Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation in New York: The Report of the Harvard Medical Practice Study to the State of New York" Cambridge, 1990
79. Beckman HB, Suchman AL. "The Doctor-Patient Relationship and Malpractice Lessons from Plaintiff Depositions." *Archives of Internal Medicine* 154, n° 12 (June 27, 1994): 1365-70
80. Hickson GB, Clayton EW, Entman C. "Obstetricians' Prior Malpractice Experience and Patients' Satisfaction with Care" *JAMA* 272, n° 20 (November 23-30, 1994): 1583-7
81. Eisenberg H, "New Light on the Costliest Malpractice Mistakes." *Journal of Medical Economics* 16 (1973): 146-50
82. Vincent C, Young M, Phillips A. "Why do People Sue Doctors?" A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action." *Lancet* 343, n° 8913 (June 25, 1994): 1609-13
83. Moore, PJ Adler NE, Robertson PA. "Medical Malpractice: The Effect of Doctor-Patient Relations on Medical Patient Perception and Malpractice Intentions." *Western Journal of Medicine* 173, n°4 (October 2000): 244-50
84. Riess H, Kelley JM, Bailey RW. "Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum." *Journal of General Internal Medicine* 27, n° 10 (October, 2012): 1280-6
85. Fogarty LA, Curbow JR Wingard K, et al. "Can 40 seconds of Compassion Reduce Patient Anxiety?" *Journal of Clinical Oncology* 17, n° 1 (January, 1999): 371-9
86. Bylund CL, Makoul G. "Examining Empathy in Medical Encounters: An Observational Study Using the Empathic Communication Coding System." *Health Communication* 18, n°2 (2005): 123-40
87. Van Osch M, Sep M, van Vliet S, et al "Reducing Patients' Anxiety and Uncertainty, and Improving Recall in Bad Consultations" *Health Psychology* 33, N°11 (November, 2014): 1382-90
88. Roter D, Hall JA, Kern LR. "Improving Physicians' Interviewing Skills and Reducing Patients' Emotional Distress. A Randomized Clinical Trial." *Archives of Internal Medicine* 155, n° 17 (September 25, 1995): 1877-84
89. Dempsey Christina. *The Antidote to Suffering: How Compassionate Connected Care Can Improve Safety, Quality and Experience*. New York: Mac Graw-Hill Education, 2017

90. Kelm Z, Womer J, Walter JK, et al. "Interventions to Cultivate Physician Empathy: A Systematic Review." *BMC Medical Education* 14 (October 14, 2014): 219