

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/301708724>

La medicina centrada en el paciente como método clínico

Article in *Revista Medica Herediana* · April 2016

DOI: 10.20453/rmh.v27i1.2786

CITATIONS

2

READS

238

5 authors, including:



Maria Cuba

Universidad Peruana Cayetano Heredia

29 PUBLICATIONS 66 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Janet Angelina

Sri Krishna College of Arts and Science

1 PUBLICATION 2 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

La medicina centrada en el paciente como método clínico

Patient-centered medicine as a clinical method

Maria Cuba-Fuentes^{1,a;2,b,c,d}, **Janet Angelina Contreras Samamé**^{1,e}, **Paúl Steve Ravello Ríos**^{1,e}, **Miriam Aydeé Castillo Narro**^{1,e}, **Saúl Alan Coayla Flores**^{3,b}.

RESUMEN

El modelo biomédico tradicional centrado en la enfermedad, con su énfasis en la tecnología, en los últimos años viene siendo cuestionado; en su lugar, se propugna el Modelo biopsicosocial, más integral, sistémico y holístico, que se centra en la persona como un ser biológico, psicológico y social. Para responder adecuadamente las necesidades y expectativas de los pacientes surge el método clínico centrado en el paciente (MCCP) desarrollado por Stewart y Brown (1995). Para ejemplificarlo, en este artículo tomamos un caso clínico, desarrollando los cuatro componentes de la MCCP: la exploración de la dolencia, la enfermedad y la salud; el entendimiento de la persona como un todo, la búsqueda de un espacio común para definir problemas, metas y roles que se adoptarán en el encuentro de la consulta y finalmente el desarrollo de la relación médico paciente.

PALABRAS CLAVE: Atención dirigida al paciente, relaciones médico-paciente, atención primaria de salud. (**Fuente:** DeCS BIREME).

SUMMARY

The traditional biomedical model centered in the disease with emphasis on technological advances is being questioned in recent years. Instead of this model, a bio-psycho-social more integral, systemic and holistic model that is centered in the patient is proposed. To better answer the needs and expectations of the patients, Stewart and Brown (1995) developed a patient-centered clinical method (PCCM). To describe this method, we present a clinical case and explain the components of the method: exploring the ailment, integration of the concept of disease and health, understanding the patient as a whole with search of common ground to define problems, aims and roles during medical consultation, and finally the physician-patient relationship.

KEYWORDS: Patient-Centered Care, physician-patient relations, primary health care. (**Source:** MeSH NLM).

¹ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Policlínico Juan José Rodríguez Lazo EsSalud. Lima, Perú.

³ Policlínico Guillermo Kaelin de la Fuente. Lima, Perú.

^a Profesora;

^b Médico asistente;

^c Médica Especialista en Medicina Familiar;

^d Magister en Gerencia Social;

^e Médico Residente de la especialidad de Medicina Familiar.

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

El modelo biomédico tradicional, es probablemente, el modelo con el cual se forman la mayor parte de profesionales de la salud y en especial los médicos. Nuestra formación responde al paradigma de la enfermedad con agentes causales únicos, con problemas de salud mental separados de los problemas físicos, con la labor principal de los profesionales centrada en diagnosticar y curar (1).

Cuando un modelo no da respuestas adecuadas a la mayor parte de problemas que pretende resolver, debe ser modificado (2), en respuesta a estas fallas del sistema el psicoterapeuta norteamericano Carl Rogers planteó las bases de la “terapia centrada en el cliente”, también denominada “terapia no directiva”, la cual suscitó gran interés en diversos campos profesionales. Martínez (3) dice, “La terapia centrada en el cliente parte de la hipótesis central de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido”. Este enfoque, ha sido extrapolado, aunque con diferentes matices, a otros ámbitos de la atención de personas: la educación centrada en el alumno, la medicina centrada en el paciente, o incluso en el mundo empresarial, el marketing y su orientación hacia el cliente, son algunos ejemplos. En todas ellas el enfoque consiste en hacer que la persona se convierta en actor activo de su cambio, evitando dar directivas, en su lugar dar un papel central a la autonomía de las personas a quienes van dirigidas las actuaciones profesionales (1,3).

En el ámbito de la salud, la medicina centrada en el paciente, fue introducida por Balint (4), en contraposición a la medicina centrada en la enfermedad. La atención sanitaria centrada en la persona enfatiza elementos como: la exploración en conjunto de la enfermedad (todo lo que el médico puede objetivar como naturaleza real de un proceso patológico) y la dolencia (lo que el paciente sufre con su proceso, y como este lo interpreta); la comprensión de la persona en forma integral y en su contexto; la búsqueda del diálogo y entendimiento entre el profesional sanitario y el paciente; compartir el control y la responsabilidad del proceso de atención, la construcción de un vínculo y el desarrollo de una relación médico-paciente (1,4). Todo ello demanda en el profesional habilidades que permitan una comunicación efectiva.

Para describir como debe darse esta comunicación efectiva, se ha desarrollado el método clínico centrado en el paciente (MCCP) (5), una herramienta útil aplicable a la consulta ambulatoria y también

hospitalaria. Basado en el modelo formulado por Engels llamado “modelo biopsicosocial” (MBPS), que implica tanto una “filosofía de la atención clínica” como una guía práctica para ésta (6). Aunque teorizado simultáneamente en varios centros de investigación y clínicos, tanto de Estados Unidos con Jack Madalie y en Canadá Mc Whinney, Brown y Stewart, tiene un mismo fin: una forma más globalizadora para intentar entender cómo el sufrimiento y la enfermedad están influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social (7). En el ámbito pragmático, el MBPS intenta proporcionar vías para entender la «experiencia de enfermar» del paciente, considerándola una parte fundamental para llegar al diagnóstico y a un adecuado tratamiento (6,8).

Reconociendo al ser humano como un todo indivisible y por ende un ser complejo, el MCCP es la mejor forma de abordar al paciente que acude a la consulta en busca de ayuda. El paradigma de la medicina centrada en la enfermedad debe ser dejada de lado y redescubrir al paciente como lo que es, una persona, con expectativas, sentimientos, creencias y problemas que acuden en busca de ayuda porque el equilibrio que existía en su vida se alteró y eso le ocasiona sufrimiento.

Existe evidencia acumulada que la aplicación del MCCP, mejora la satisfacción de pacientes y profesionales, mejora la adherencia en enfermedades crónicas, disminuye las quejas por mala práctica médica y no exige más tiempo del que se pudiera pensar (9).

En esta revisión, se desarrollarán los cuatro componentes del Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP), a través de un caso de la consulta ambulatoria.

Caso clínico:

Juan tiene 19 años, tiene asma desde los 9 años; acude al médico de Atención Primaria por presentar tos persistente a predominio nocturno y dificultad para respirar sobre todo durante el ejercicio, negando otras molestias. Juan viene acompañado por su madre; y pese a estar con la medicación correcta sus síntomas persisten. El médico que lo evaluó le dijo que se trataba de una exacerbación del asma.

Juan parece no haber querido venir a la consulta. Habla poco, su madre se expresa por él en la consulta

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

se perciben desacuerdos entre madre e hijo. La madre cuestiona todas las actividades que él realiza, aduciendo que ella sabe lo que es mejor.

El médico habla dirigiéndose a la madre. No hay oportunidad para que Juan haga preguntas. En casa, el padre de Juan fuma, pero el médico no lo sabe, no le pregunta.

El médico termina la consulta diciéndole: “Debes usar tus medicamentos como te he dicho sino te vas a complicar y puedes morir”.

Un mes después, Juan es hospitalizado por una exacerbación del asma.

Primer componente: *Explorar la salud, dolencia y enfermedad.*

El enfoque en la enfermedad no logra abordar la complejidad del paciente (biológica, psicológica, social y espiritual), por ende, el médico no logra percibir las necesidades y expectativas reales de los pacientes (1).

Hablamos de salud cuando las personas tienen: un sentimiento de bienestar y capacidad para cumplir sus propósitos y metas en su vida. También podría definirse como “sentirse” libre de enfermedad y dolencia (10). Nos referimos a enfermedad cuando los pacientes sintomáticos o no, pueden ser categorizados en algún problema de salud que puede o no interferir

con sus objetivos; por otro lado, hablamos de dolencia al describir los sentimientos, ideas, expectativas y alteración de la función, relacionado con la enfermedad o síntoma (10,11).

Cabe mencionar que las personas no siempre se encontrarán en alguno de estos dos grandes grupos, sino, en su gran mayoría, en una combinación de ellas (por ejemplo: pacientes enfermos asintomáticos que se sienten bien de salud; pacientes con síntomas de alguna enfermedad y que no se sienten en condiciones para lograr lo que se han propuesto en esta vida, por el impacto que puede ocasionar esta enfermedad y sin que la patología de fondo justifique este cuadro, etc.) (Gráfico 1).

Al explorar la salud debemos tener en cuenta la percepción única y la experiencia de salud que tiene cada paciente. En enfermedad, debemos evaluar los síntomas, los resultados del examen físico y los exámenes de ayuda diagnóstica; y al explorar la dolencia, debemos averiguar cuatro puntos fundamentales: 1. Los sentimientos del paciente acerca del problema, 2. ¿Cuáles son las ideas acerca de éstos?, 3. ¿Cómo afectan estas dolencias a sus funciones? y 4. ¿Cuáles son sus expectativas con respecto a su médico? (5). Haciendo una buena integración de estos puntos, involucrando al paciente en su salud y promoviendo el autocuidado a través de la promoción y prevención, lograremos personas saludables con capacidad de perseguir sus propósitos y metas.

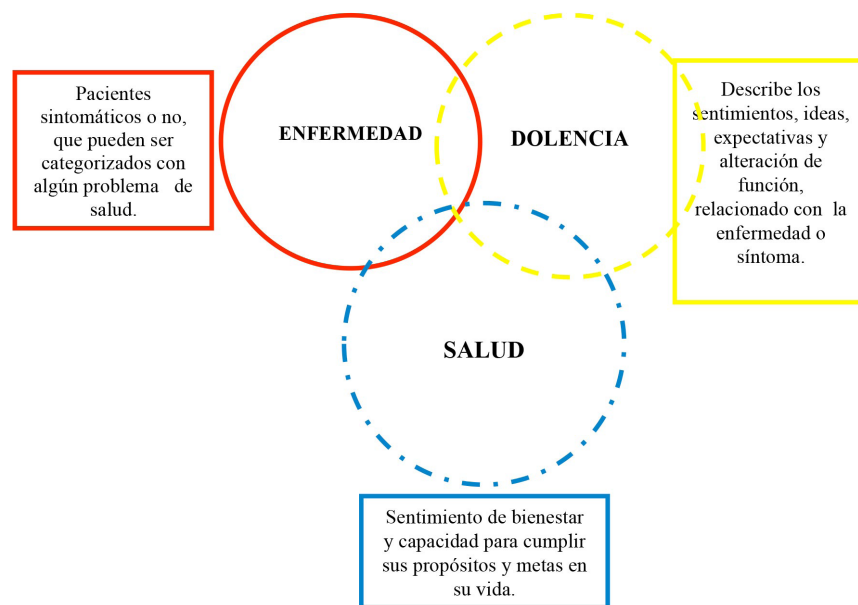


Gráfico 1. Salud, enfermedad y dolencia. Fuente: Adaptación de Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method (5).

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

En el caso de nuestro paciente Juan, la primera conducta a seguir sería hacerlo sentir como el centro de la consulta. Para ello la entrevista será dirigida a él. Luego de explorar el contexto clínico del asma (anamnesis y examen físico) exploraremos los cuatro puntos de su dolencia (SIFE).

1. S: Sentimientos

¿Qué siente con respecto a sus crisis asmáticas?

¿Siente que su familia se preocupa mucho por usted?

¿Se siente culpable?

2. I: Ideas

¿Qué sabe acerca del asma?

¿Cree que el ejercicio desencadenará sus crisis?

¿Cómo podría mejorar o evitar las crisis?

3. F: Función

¿Cómo interfieren estas crisis en su vida diaria?

¿Qué cree que podría lograr si no tuviese las crisis tan continuas?

¿En qué cree que le limitan estas crisis para lograr sus aspiraciones?

4. E: Expectativas

¿Qué espera que haga por usted en esta consulta?

Segundo componente: *Entender a la persona como un todo.*

Para realizar una buena atención médica muchas veces será necesario tener en cuenta una gama de componentes psicológicos y una integración social de la vida de las personas que asisten a consulta.

El segundo componente implica la comprensión integral de la persona como un todo.

La persona

El carácter y la personalidad establecidos en base a la experiencia vivida y nuestra formación, influyen en el estado evolutivo de la vida en el cual nos encontramos y definen mucho de nuestro comportamiento (5,6).

En el caso de Juan, el conocer más de él y su contexto, ayudará a mejorar nuestra aproximación a la resolución de sus problemas. Él, actualmente con 19 años de edad es hijo único. A los 16 años cursaba el quinto grado de secundaria y soñaba con entrar a la universidad para desarrollar la carrera de ingeniería mecánica. Le gusta el fútbol, pero no puede jugarlo muy seguido ni hacer alguna actividad física regularmente, ya que no cuenta con mucho tiempo y la crisis asmática sobreviene. Su madre de 46 años de edad tiene estudios primarios incompletos. Sufre síntomas de climaterio,

es muy arraigada a la religión evangélica, es ama de casa y vende postres y chocolates que ella misma prepara, para tener un ingreso económico adicional.

Para entender a Juan como un ser completo, podemos hacer las siguientes preguntas:

¿Qué edad tiene?, ¿a qué se dedica?, ¿qué expectativas tiene en su futuro?, ¿con quién vive en casa?, ¿sufre de alguna otra enfermedad?, ¿ésta es incapacitante?, o tal vez si tiene algún pariente con una enfermedad crónica como diabetes mellitus (DM), lupus eritematoso sistémico (LES), hipertensión arterial (HTA), etc.

Si hacemos estas preguntas, sabremos que Juan asumió la responsabilidad de su familia y entró a trabajar a una industria textil a los 18 años de edad, desde que su padre de 50 años de edad con HTA y DM, perdió el empleo en una empresa constructora porque le amputaron la pierna izquierda como complicación de la DM, lo que le llevó a fumar cigarros en mayor cantidad.

Se puede reflexionar en cómo se siente Juan ante esta situación y en lo que ha pensado hacer al respecto. Ubicarse en estos parámetros que usualmente es poco habitual hacerlo en la consulta regular, puede ayudar a comprender las expectativas del paciente, y en qué escenario éste se encuentra. Conocer más allá del motivo por el cual acude el paciente a la consulta puede resultar a veces la solución al problema.

El médico en la práctica ambulatoria debería tener en cuenta la parte espiritual. La fe que profesa cada persona es importante. Entender que hay pacientes con distintas creencias y religiones, y por tanto escuchar con franqueza y respeto ofreciendo aceptación sin prejuicios (5). En este caso: Juan es católico no asiduo, conserva sus propias creencias con respecto a la religión, ya que fue bautizado como tal pero actualmente es agnóstico, razón por la cual tiene muchos conflictos con su madre, cuyo propósito desde hace ya unos años es la conversión de su familia a la religión evangélica. Esto es motivo de discusión en el hogar, no solo con Juan, sino también con su padre, quien reprocha a la señora de dedicar más tiempo a su religión que a las labores del hogar y su familia.

La familia

Una definición de familia debe ser asumida como un reconocimiento de las influencias socioculturales y políticas más amplias que dan forma al conocimiento del clínico sobre las creencias y valores de la familia

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

(12). Al examinar el papel y la influencia del ciclo de vida familiar y la respuesta del paciente a la experiencia de la enfermedad, ayudará a ampliar la perspectiva del médico en cómo la situación en discusión podría evolucionar.

Una enfermedad puede alterar el concepto de la familia, el concepto de apoyo, de confianza y de hasta amor familiar. Cuando una dolencia o una enfermedad invaden a algún miembro de la familia, desequilibra la armonía y puede llevar un hogar a una crisis y posteriormente a una mala dinámica familiar (12). Además de la familia, la seguridad financiera, la educación, el empleo, el ocio y el soporte social son contextos proximales influyentes en la homeostasis del individuo en cuanto a su salud y enfermedad (12,13).

En el caso, durante la consulta, Juan escucha a su madre referirse a lo que él supuestamente tiene y además a la conducta de Juan en casa. La madre de Juan le dice al médico que éste no quiere comer, sale temprano al trabajo y llega tarde, no escucha a su padre y duerme con los audífonos de música puestos. Insiste en que el médico llame severamente la atención a Juan y le inste a obedecer y permanecer más tiempo en casa. El médico fija la mirada en Juan y con voz firme le dice: “tienes que hacer caso a tu madre, y utilizar tus inhaladores”.

Para poder entender a la familia es necesario realizar un genograma de estructuración rápida y ordenada, pero si no se cuenta con el tiempo necesario en la consulta, podría ayudar la construcción de algunas preguntas que nos pueden ayudar a explorar un poco más esta parte de la persona y ciclo familiar como por ejemplo: ¿con quién vive?, ¿cómo es la relación con los integrantes de la familia?, ¿hay apoyo entre los integrantes?, y por último plantearnos ¿en qué fase del ciclo evolutivo se encuentra esa familia? (13).

Contexto distal

Es importante la exploración de otros componentes que pueden ser determinantes en la salud del individuo. Influyen en la homeostasis del paciente en cuanto a salud o enfermedad. Dependerá del soporte que tenga en base a la calidad de experiencia y en el medio en donde se desarrolle (5).

En el caso, Juan se siente agotado, ha bajado de peso y tiene las exacerbaciones del asma muy seguidas, trabaja 12 horas al día y además realiza horas extra (él

médico no lo sabe), pues tiene que pagar cuentas en el hogar y los medicamentos de su padre (éste perdió el seguro cuando fue despedido). Juan prefiere quedarse en el trabajo en lugar de retornar a su casa y escuchar discutir a sus padres.

Es así que las personas, su salud, enfermedad y dolencia son influenciadas por la comunidad, la cultura, la economía, el sistema de salud, los factores socio-culturales, la geografía, los medios de comunicación y el ecosistema de salud (3,5).

Para la exploración de la persona en su totalidad se debe:

- Explorar el desarrollo individual y espiritual de la persona.
- Explorar a la familia
- Explorar el contexto proximal: incluye seguridad financiera, educación, empleo, ocio y apoyo familiar.
- Explorar el contexto distal: factores socio-culturales, economía, sistema de salud, geografía, medios de comunicación.

El tercer componente: *Encontrar un terreno común*

El tercer componente constituye lo que debería ser la piedra angular de la interacción médico-paciente. Consiste en desarrollar, acuerdos entre ambos participantes de la entrevista.

Para conseguirlo, se debe:

1. Definir el problema.
2. Establecer las metas y prioridades del tratamiento.
3. Definir y asignar roles al médico y al paciente.

Definir el problema

Según Lawrence Weed (5), “Problema es todo aquello que requiera diagnóstico, manejo posterior, o interfiera con la calidad de vida, de acuerdo con la percepción del paciente.”

En el caso de Juan, la determinación de sus problemas de salud es dificultosa dada la interferencia de la madre durante la consulta. Por ello, tras haber definido bien el primer y segundo componente de la atención centrada en el paciente, solicitar amablemente que la madre abandone el consultorio durante unos momentos, afirmará el sentido de confidencialidad con el paciente. Juan se encuentra deseoso de conocer qué le está sucediendo:

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

- *“Doctor. Mis ataques son más frecuentes. Yo uso mi inhalador a las horas indicadas, aunque mi madre le diga lo contrario. Pero igual no me curo. ¿Tuve un mal diagnóstico? Por favor recéteme ampollas, esas son más fuertes. Quiero volver a jugar fútbol pero no puedo porque me agito”.*

Aquí se evidencian las dudas e incertidumbre de Juan, experto en la dolencia que padece. El médico, como experto en el campo biomédico, tiene el deber de aclarar estas dudas para poder consensuar un concepto claro y preciso sobre la condición patológica que aqueja a Juan. Es decir, explicar en términos simples y precisos el verdadero contexto de su enfermedad para su fácil comprensión (5):

- *“Verás Juan, el asma es una enfermedad en la que tus bronquios se cierran y se llenan de moco, y eso ocasiona tu falta de aire. Sin embargo, esta es una condición que se puede controlar muy bien si se siguen las indicaciones. Pese a que mencionas que cumples con las indicaciones, quisiera profundizar un poco más respecto a eso, por ejemplo: quiero saber la técnica de inhalación que tienes y si en tu domicilio crían animales, almacenan objetos con polvo, fuman o queman objetos.”*

Finalmente, no se identificó un único problema sino, tres distintos: 1) desconocía la forma correcta de utilizar su inhalador, 2) el hábito de fumar del padre, y 3) la crianza de un perro dentro de la casa.

Establecer las metas y prioridades del tratamiento

Después de haber determinado los problemas se deben establecer las estrategias y las metas a conseguir. Sin embargo, el médico debe ser realista, y no exigir algo que esté fuera del alcance del paciente porque esto podría llevar a un mayor incumplimiento de las mismas y frustración del paciente y su médico en el futuro (5,14).

En este caso, se debe establecer un orden de abordaje basado en el interés de paciente, la gravedad, implicancia en el desenvolvimiento diario de Juan, sus intereses, etc.

En conjunto con Juan, se decide abordar en primer lugar, el hábito de fumar del padre, ya que implica un factor desencadenante crucial para las crisis asmáticas. Por tanto se acuerda una conversación con su padre para tratar el tema y evaluar posibles soluciones.

Respecto al segundo problema, el desconocimiento del uso del inhalador, se explica verbalmente con lenguaje fácil de entender, e incluso se entrega documentación gráfica sobre la técnica correcta de inhalación.

Respecto al tercer problema, tras un diálogo se llega a un acuerdo en el que se intentará limitar el acceso del animal al interior de la casa. Juan construirá una casita para el animal y se ubicará en el patio. Se muestra conforme con los acuerdos. Y lo que es más importante, los comprende, interioriza y es partícipe en su elaboración.

Definir y asignar roles al médico y al paciente

Tras haber identificado el problema y haber decidido qué medidas se han de tomar para conducirlos y manejarlos. Se procede a la asignación de roles y de responsabilidades considerando las capacidades de los participantes de la entrevista clínica (5).

Se debe evitar la imposición de los deberes desde un único polo de la entrevista. En ocasiones será difícil hacerlo, por lo que se debe tratar de llegar al equilibrio entre la definición de estas responsabilidades (5).

Es importante motivar el cambio, una conducta del cambio basado en sus mismas ideas e intereses. Es decir, motivar hacia la formación de una actitud de autocuidado de su salud basada en la información facilitada por su médico y contrastada en mayor o menor medida con sus conceptos interiorizados a lo largo de su vida hasta antes de la consulta (3,5,15).

Nos encontramos finalmente ante el componente de la entrevista clínica donde convergen los otros tres, valorando la apreciación, opiniones y emociones que posea el paciente. Entonces se conseguirá la confianza y convicción necesarias para abordar los problemas de forma adecuada.

La toma de decisiones se puede catalogar en tres modelos distintos: el paternalista, el compartido y el informado (Tabla 1). Pese a que Juan, como paciente tiene la última palabra, necesita un modelo compartido de toma de decisiones. Un entendimiento horizontal y bidireccional facilitará brindar indicaciones a Juan que sean simples de cumplir y al mismo tiempo permitan un mayor cumplimiento de las mismas (15-16). Se deben detallar las actitudes terapéuticas lo mejor posible y programar una nueva visita para evaluar la evolución del cuadro y adherencia al tratamiento propuesto.

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

El cuarto componente: Mejorar la relación médico paciente

El método clínico centrado en el paciente, demanda una responsabilidad compartida de poder y control entre ambos (5-16). La calidad de la relación en la que se encuentran cosas en común es posible con la preparación del médico y el paciente para que lleguen a ser aliados en el cuidado de la salud.

Una buena relación médico paciente requiere una alianza de trabajo o una alianza terapéutica. Requiere de habilidades tan variadas como la tecnología, la perspicacia psicológica y la empatía (5). De acuerdo con Cassell (17): “*El primer escalón en el tratamiento es el médico*”.

Cada relación que se establece es única, y puede variar en grados o dimensiones según el tipo de paciente. Por ejemplo, una consulta con un adolescente, como en el caso de Juan, requiere la información de un experto pero a la vez quiere mantener el control de la situación, porque anhela ser tratado como un adulto pero necesita de una guía (modelo compartido).

Los médicos tienen la habilidad de desarrollar diferentes papeles de acuerdo al tipo de paciente que traten; a veces puedes ser un entrenador, otras veces el jefe, otras un familiar y otras, el doctor (5,16).

Compasión, cuidado, empatía y confianza

Por generaciones a los estudiantes de medicina se

les ha enseñado a “no involucrarse”; en los métodos convencionales el médico suele observar y prescribir un tratamiento. Permanecer al margen, puede proteger al médico de muchos problemas, sin embargo esta distancia entre el médico y el paciente propician un sistema de arrogancia, en el cual el paciente ya no es visto como una persona o un ser humano, sino como una enfermedad (5,16). Además, el énfasis actual en la tecnología y eficacia en la práctica médica, crean un escenario que favorece este problema.

La falta de compasión, empatía o apoyo pueden tener consecuencias negativas para el paciente justo cuando más lo necesita. Los médicos muchas veces estamos equivocados si pensamos que aplicar estas habilidades en la entrevista clínica puede ser más difícil y costoso. Por el contrario, nuestra dificultad consiste en que fallamos en entender lo que el paciente quiere, que algunas veces puede ser algo muy simple: reconocer su sufrimiento, o quizá nuestra presencia en el momento de la necesidad, “*meternos solo por un momento en la pena, en su miseria, en vez de ignorar su dolor*” (5).

Continuidad y constancia

La constancia y continuidad hacia el paciente son necesarias. Las decisiones políticas, en los sistemas de salud han ocasionado una marcada ruptura en la continuidad del cuidado de la salud (17). Este cometido no es fácil de lograr porque el médico se enfrenta a diversas situaciones como un paciente con una personalidad o conducta difícil, malestar del paciente por el sistema, etc.

Tabla 1. Modelos de participación del paciente en la toma de decisiones.

	MODELOS		
	PATERNALISTA	COMPARTIDO	INFORMADO
Intercambio de información			
Flujo	Una vía (sobre todo)	Dos vías	Una vía (sobre todo)
Dirección	$M \rightarrow P$	$M \leftrightarrow P$	$M \rightarrow P$
Tipo	Médica	Médica y personal	Médica
Cantidad	Mínima legal	Toda la relevante	Toda la relevante
Deliberación	Médico sólo o con otros médicos.	Médico y paciente	Paciente
Decisión	Médico	Médico y paciente	Paciente

Fuente: Grupo de comunicación de SEMFYC.

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION**Curación y esperanza**

El aspecto más importante de sanar a un paciente es “comprender su sufrimiento” (6). Los médicos deben tender puentes entre el mundo del paciente (el mundo del sufrimiento) y el mundo del bienestar. Para conseguir esto, el médico debe entender que todo sufrimiento es único e individual, que el sufrimiento involucra el autoconflicto, que el sufrimiento está marcado por la pérdida del propósito central que es: atender a la persona que fue antes de la enfermedad y que no toda esperanza está perdida (16).

La perspectiva del paciente es ser alentado por el médico a combatir su enfermedad. De acuerdo al grupo de personas enfermas se seguirán ciertos pasos en el proceso de curación, y cada grupo demandará expectativas distintas de su médico, desde escuchar, transmitir confianza, incentivar voluntad de cambio e incluso adquirir nuevas habilidades para la vida (17).

Autoconciencia y sabiduría práctica

Uno puede reconocer verdaderamente al paciente solo si uno está dispuesto a reconocerse a sí mismo en el paciente. Porque no podemos pretender conocer a otros hasta no conocernos nosotros mismos (5). El médico no podrá crecer ni evolucionar como tal hasta que hayamos enfrentado nuestros propios temores y hayamos hecho frente a nuestros defectos.

Se recomienda que los médicos tengamos una postura más receptiva (escucha activa), un pensamiento más analítico en vez de crítico, a favor de un proceso más contemplativo, en el que la mente actúe más como un receptor, de ideas, imágenes y sentimientos y que es estimulado por estas emociones. Esto sobre todo cuando estamos ante un paciente que “no nos gusta”; se trata de replantear la mentalidad de “no me gusta”, prestar atención a nuestras palabras, gestos y presentación, para con este paciente con el fin de entenderlo y poder ayudarlo, porque fue por eso que acudió al médico: para que le “ayuden” (17).

Transferencia y contratransferencia

Todas las relaciones humanas y en especial las relaciones terapéuticas son influenciadas por estos fenómenos: la transferencia y contratransferencia. Así en cualquier discusión sobre la relación médico paciente que excluyan estos procesos psicológicos deberían ser retomados.

La transferencia es un fenómeno que está presente en la vida diaria y sucede de forma inconsciente. Sucede cuando el paciente transmite sus vivencias pasadas hacia el médico tales como: amor, odio, ambivalencia y dependencia. Y mientras más significativa sea la relación médico paciente será más probable que ocurra este fenómeno. A menudo puede ser percibido como elemento negativo, sin embargo puede ayudar a conseguir la conexión entre el paciente y el médico (18-21). Se puede transferir una conducta infantil pasada al presente, por ejemplo; el paciente que está amenazado por una enfermedad ve en el médico una figura materna y paterna. Paterna porque lo va a reglamentar, le va a dar un régimen, le va a prohibir cosas y materna porque lo va a cuidar. Entonces internamente hace una regresión. Regresa a una etapa donde era chico y tenía mamá y papá y el paciente le dice al médico: “estoy en sus manos”. Esta actitud puede ocurrir durante cualquier etapa de la relación médico paciente, por ejemplo, durante los periodos de crisis los pacientes pueden buscar el cuidado y confort que no tuvieron en el pasado.

La contratransferencia es también un proceso inconsciente que ocurre cuando el médico responde frente a la transferencia del paciente de un modo similar a relaciones pasadas significativas (6). Frente a “Doctor estoy en sus manos” el médico puede experimentar un sentimiento de omnipotencia por ejemplo y creer que verdaderamente es una especie de Dios, sentir un inmenso placer narcisista. El médico debe saber qué es lo que le están transfiriendo y como tiene que responder, se puede sentir ese placer pero hay que detectarlo, ser consciente y decir: “no Juan usted no está en mis manos, si usted me ayuda entre los dos vamos a tener en nuestra manos la posibilidad de mejorarlo de su enfermedad”; y entonces así le devolvemos la responsabilidad al paciente.

A veces la contratransferencia es iluminada en el momento en que el encuentro médico paciente tiene una conexión empática. En otras ocasiones es más elusivo a la inconsciencia médica (20-21).

Para el caso de Juan, puede decirse que el médico puede ser un recurso muy importante. Juan se encuentra atravesando momentos muy difíciles en su vida, sus sueños se han visto truncados, ha asumido la responsabilidad económica en su familia, en casa solo ve discusiones entre sus padres y el único refugio es su trabajo. El médico lo ayuda a remar en medio de sus turbulencias, y ambos se dan cuenta (de forma tácita)

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

que son más fuertes trabajando juntos para resolver los problemas de Juan.

¿Cómo podría establecerse una buena relación médico paciente con Juan?

- Juan es el centro de la consulta, se pide a su madre que salga por un momento (principio de confidencialidad y desarrollo de la confianza).
- Se le pregunta que piensa sobre el asma, que mejoraría en su vida si controlara mejor su asma. El médico le dice: Mucha gente mejora su desempeño en los deportes si controla su asma o practica algún deporte (aquí se desarrolla la empatía y la esperanza).
- Pregunta sobre tabaquismo: “Muchos adolescentes fuman, ¿tú lo haces?” (él médico realiza una pregunta abierta, quiere saber más de Juan, no pretende juzgarlo ni regañarlo, quiere ayudarlo encontrando las posibles causas de su fracaso terapéutico. Aquí también se desarrolla la autoconciencia y sabiduría práctica, todos alguna vez fuimos jóvenes y quizá en algún momento probamos el cigarro o quizá somos fumadores, entonces si Juan fumara podríamos entenderlo mejor).
- Observa el uso del inhalador (el médico verifica la información obtenida por Juan mediante la observación de la técnica del uso del inhalador).
- Negocia y da un plan escrito (el médico muestra empatía y ofrece apoyo, llega a un acuerdo y por lo tanto se procede a elaborar un plan de acción en acuerdo con el paciente).
- Lo cita para control (se desarrolla la continuidad y constancia, el paciente siente que el médico se interesa por él).
- Lo refiere a un programa de educación sobre asma. (el médico quiere que Juan vea que hay otras personas con una enfermedad igual a la de él y que logran controlarla llevando una vida normal).
- Cita al padre (utiliza técnicas de negociación y persuasión apropiadas, con el fin de ayudar a su hijo).
- Un mes después, Juan acude al control y refiere que juega fútbol sin problemas (continuidad y constancia, el médico podrá felicitar a Juan por los logros alcanzados respecto a su enfermedad y dolencia, además podrá también reafirmarlo en sus acciones con el fin de evitar recaídas).

Conclusiones

El método clínico centrado en el paciente, nos lleva a practicar la Medicina bajo un nuevo paradigma, en el que la experiencia de la enfermedad, los valores de las personas y el conocimiento del contexto, nos pueden llevar a desarrollar una relación médico paciente adecuada y a llegar a un campo común con los pacientes

para el logro de objetivos y metas comunes; a través del MCCP se logran mejores resultados de salud, pero también se vuelve a la esencia de la práctica de una medicina más humana, centrada en las personas.

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

Los autores declaran haber realizado la revisión con recursos propios y no tener conflictos de interés en la realización de la presente revisión.

Contribución de autoría:

MC, JC, PR, MC y SC: Diseño de artículo y revisión bibliográfica.

Correspondencia

María Sofía Cuba Fuentes
Calle Micaela Bastidas 146 dpto. 101 Santa Patricia
La Molina. Lima, Perú.
Teléfono 958914161
Correo electrónico: maria.cuba@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saéz M. Modelo clínico centrado en el paciente. Archivos de medicina familiar y general. Buenos Aires. 2008; 5(1): 1-10.
2. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. 8va edición. Argentina: Fondo de cultura económica; 2004. Disponible en: http://www.conductitlan.net/libros_y_lecturas_basicas_gratuitos/t_s_kuhn_la_estructura_de_las_revoluciones_cientificas.pdf
3. Martínez, T. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos sociales. Gobierno Vasco, 2010.
4. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pitman; 1957 (2.a ed., enlarged: New York: International Universities Press, 1964) (Traducción castellana: El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1969).
5. Stewart M, Belle J, Wayne W, et al. Patient – centered medicine: Transforming the clinical method. 3era edición. New York: Radcliffe Publishing; 2014. p. 37, 107-141, 328-330, 346-351.
6. Tizón GJ. A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. Aten Primaria. Barcelona. 2007; 39(2):93-7.
7. Mezzich, J. Repensando el centro de la medicina: De

CONTRIBUCIÓN ESPECIAL / SPECIAL CONTRIBUTION

- la enfermedad a la persona. *Acta méd. Peruana*. 2010; 27(2): 148-150.
8. Mc Whinney IR, Freeman T. *Family Medicine*. 3era edición. New York: Oxford University Press; 2009. p. 140.
 9. Duncan B, Schmidt M, Giugliani E. *Medicina ambulatorial: Conduas de Atencao Primária Baseadas em Evidencias*. 4º Edicao. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1952 p.
 10. León-Barúa R. Medicina centrada en la persona: Perspectivas clínicas. *Rev Med Hered*, 2010; 21(3): 109-110.
 11. Wainwright D. *A sociology of health*. Londres: SAGE Publications; 2008. p. 1-3.
 12. Membrillo A. *Familia, introducción al estudio de sus elementos*. México: ETM; 2008. P.270.
 13. Suarez M. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Rev Méd La Paz*. 2010; 16(1): 53-57.
 14. Cooper A. Whose illness is it anyway? Why patient perceptions matter. *Int J Clin Pract*. 1998; 52(8): 551-556.
 15. Quill T, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*. 1996; 125(9): 763-769.
 16. Powers B., Jain S. Patient-Centered Physician Selection: A Necessary First Step for Accountable Care. *The American Journal of managed care*. 2014; 20(11 Supl): SP318-9.
 17. Cassell EJ. *The Nature of Healing: the Modern Practice of Medicine*. New York, NY: Oxford University Press; 2013.
 18. Scott G, Cohen D, Di Cicco-Bloom B, et al. Understanding healing relationships in primary care. *Ann Fam Med*. 2008; 6(4):315-22.
 19. Beaulieu M. Toward a patient-centered health care system. *Canadian Family Physician*. 2013; 59(1): 109.
 20. Casado V, Calero S. *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2da edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012. p. 133-165.
 21. Tulskey JA. Interventions to enhance communication among patients, providers, and families. *J Palliat Med*. 2005;8(Suppl 1):S95-102

Recibido: 01/04/2015 Aceptado: 22/12/2015
--