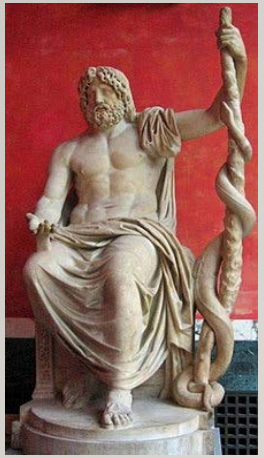
MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

Facultad de Medicina
SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO UNAM

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

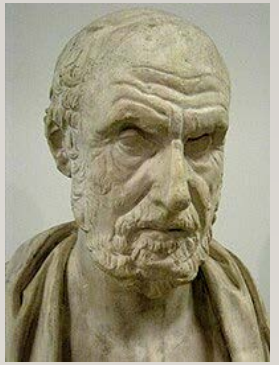


Si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre porque su hijo ya no padece, con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte, si ansías comprender al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino: hazte médico hijo mío".

Asclepio - (128-56 AC)

Donde hay amor al hombre en cuanto hombre, hay también amor al arte de curar

Hipócrates – (460 – 370 AC)



chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://areapsiquiatria.unioviedo.es/wp-content/uploads/2019/03/Cap1_ModelosRelacionMedPcte.pdf

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CONCEPTO Y GENERALIDADES

Ninguna relación entre seres humanos ha suscitado tanto interés a lo largo de la historia como la relación médico paciente (RMP).

Mendoza F., 2017

Pocas especialidades médicas requieren poner tanto énfasis en la relación médico-paciente, como la Medicina Familiar.

Quizás solo la psiquiatría.

(Gervas, 2012)

¿QUÉ ES LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La RMP: vínculo de confianza entre el médico y el paciente donde el primero trata de ayudar al segundo ante sus problemas de salud.

(Gérvas J., 2012)

Es una relación interpersonal especial, en la que uno sufre un desorden en su salud y el otro está capacitado para ayudar a recuperarla.

La RMP es, por tanto, una relación de ayuda y este es su objetivo principal.

Goic A., 1995

Esta relación se desenvuelve con características propias del momento histórico y del lugar (contexto situacional).

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Contexto situacional:

Papel del medico, del paciente y la familia, de acuerdo con la posición social y cultural que ocupan.

Otros contextos determinantes del contexto situacional, son: histórico – social; antropológico – cultural; concepto de salud - enfermedad; prevención de la salud; calidad de vida… etc.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

1 - Modelo de Laín Entralgo

Relación está fundada en el “binomio menester-amor”.

Momentos de la relación:

Cognoscitivo,

Operativo,

Afectivo

Ético-religioso.

El momento cognoscitivo es la etapa del diagnóstico = modo de conocer del médico.

El momento operativo es la actividad terapéutica del médico.

El momento afectivo comprende las emociones y los sentimientos, tanto del paciente como del médico.

El momento ético-religioso.
Presentes desde el inicio del encuentro y distintos para cada sujeto humano.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

2- Modelo interaccional: Watzlawick, Beavin y Jackson

- Relaciones complementarias.
- Relaciones simétricas.
- Relaciones paralelas.

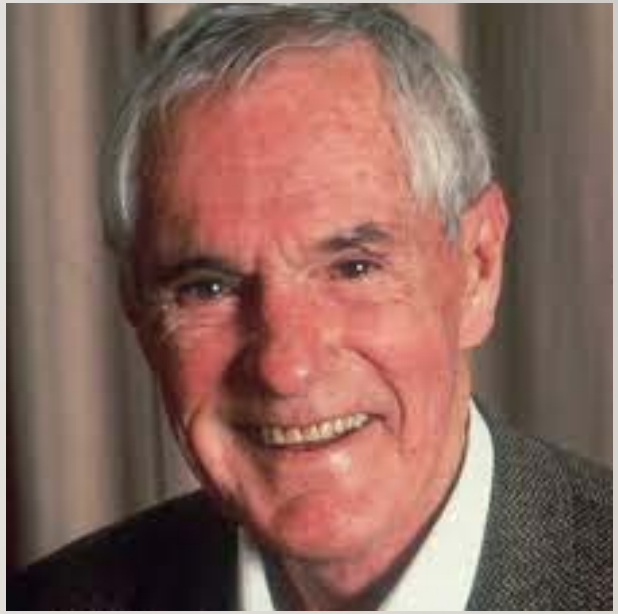
El control es desigual. Uno de los miembros ejerce más control y el otro menos: el control lo ejerce el médico, el paciente se somete.

El control se reparte por igual entre los participantes. Ante cada situación se observan cambios en el control. Ej., las relaciones entre profesionales suelen ser simétricas .

El control se transfiere de continuo entre los participantes

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

3. Modelo de Leary



Plantea que en la interacción las personas actúan sobre dos ejes:

Dominación – Sometimiento.
Una actitud determina en el otro la asunción de la contraria.

Amor – Odio
El asumir una actitud estimula en el otro el desarrollo de la misma actitud.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

4. Modelo de Szasz - Hollander

Modelo centrado en actitudes pasivas o activas que tanto médicos como pacientes pueden adoptar en el transcurso de la enfermedad.

Actividad-Pasividad

Prototipo: coma, delirium, madre-hijo…etc.

Dirección-Cooperación.

Prototipo: enfermedades agudas, padre-hijo.

Participación mutua y recíproca.

Prototipo: enfermedades crónicas, adulto-adulto.

TABLE II. SZASZ-HOLLENDER MODELS OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

	Model	*Physician's role*	*Patient's role*	*Clinical application of model*	*Prototype of model*
1)	Activity-passivity	Does something to patient	Recipient (unable to respond or inert)	Anesthesia acute trauma, coma, delirium, etc.	Parent-infant
2)	Guidance-cooperation	Tells patient what to do	Cooperator (obeys)	Acute infectious processes, etc.	Parent-child (adolescent)
3)	Mutual participation	Helps patient to help himself	Participant in "partnership" (uses expert help)	Most chronic illnesses, psychoanalysis, etc.	Adult-adult

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

5. Modelos de Robert Veatch

- **Modelo de ingeniería:** médico mecánico.
- **Modelo sacerdotal:** médico sacerdote.
- **Modelo de los colegas:** médico socio.
- **Modelo contractual:** concertación o acuerdo por el tema que motiva el encuentro: la salud del paciente.

Considera al hombre como una máquina orgánica; función del médico se dirige a reparar el daño o atenuar cuando no puede hacer otra cosa. El médico no se siente responsable ni comprometido. Actúa verazmente. El paciente toma la decisión.

El médico se ocupa del "bien" de su paciente y vulnera intencionadamente su autonomía si, según su criterio, es necesario. El médico Dx y decide el mejor Tx para el paciente, quien por su estado emocional o de salud no está en condiciones de hacerlo.

Cuando el médico y el paciente se comportan como socios, sin asimetría en el rol. Las decisiones son compartidas. La responsabilidad también se comparte.

El Dx lo realiza el médico; el paciente decid; la responsabilidad se comparte. Se respeta la autonomía del paciente quien es informado para que decida con fundamento.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

LOS CUATRO MODELOS DE EZEKIEL J. EMANUEL Y LINDA L. EMANUEL

1. MODELO PATERNALISTA

Coincide con el sacerdotal de Veatch: el paciente recibe las intervenciones necesarias que mejor garantiza su salud. El médico determina la situación clínica del paciente, pruebas Dxs., y Tx. Presupone un criterio objetivo del médico. También presupone el agradecimiento del paciente por la decisión tomada por el médico. El médico actúa como tutor del paciente. La obligación del médico es anteponer el interés del paciente por encima de los propios.

2. MODELO INFORMATIVO

También llamado modelo científico, técnico o del consumidor. El médico proporciona al paciente toda la información que requiera para que el paciente desde sus valores tome la decisión y el médico la llevará a cabo. No hay lugar para los valores del médico, ni para enjuiciar los del paciente. La obligación del médico es proporcionar información confiable y poseer competencia técnica.

3. MODELO INTERPRETATIVO

Requiere ayudar al paciente a determinar sus valores y lo que requiere en ese momento. También el médico proporciona toda la información necesaria para articular los valores del paciente con la mejor intervención médica. El médico determina qué pruebas y tratamientos empatan mejor con los valores del paciente. Lo más importante es que el médico no impone sus órdenes; es el paciente quien finalmente decide qué formas de actuar se adecúan mejor a él. El medico actúa como consejero

4. MODELO DELIBERATIVO

El objetivo del médico es deliberar con el paciente los valores que se consideran mejor que otros y que se debe aspirar a ellos. Es una reflexión entre médico y paciente acerca de qué tipo de valores sobre la salud se deben preferir. Evitar la coacción y permitir al paciente que decida su vida y el orden de valores que va a asumir.

El médico actúa como maestro o amigo que dialoga sobre el tipo de intervención que será mejor para el paciente.

OBJECIONES A LOS MODELOS

1. MODELO PATERNALISTA

- Justificable sólo en casos de urgencia: el tiempo en informar al paciente es vital.
- Casos de no urgencia; no asumir que médico y paciente tengan iguales valores.
- Por lo que este modelo no es el ideal.

2. MODELO INFORMATIVO

- Aquí el médico proporciona información y ejecuta la decisión del paciente.
- El paciente valora la eficiencia técnica, pero consideran deficiente al médico distante y acaba rechazándolo.
- Este modelo perpetúa la especialización y la práctica impersonal.

3. MODELO INTERPRETATIVO

- Es difícil que el médico no imponga sus propios valores.
- Los pacientes con poca claridad de valores aceptan con facilidad la imposición, convirtiéndose en M. paternalista.
- Lo anterior sobre todo al recomendar medidas preventivas.

4. MODELO DELIBERATIVO

- Es cuestionable si los médicos deben juzgar los valores del paciente y promover ciertas conductas de salud.
- Los valores del médico pueden entrar en conflicto con los de otro médico.
- Los valores del médico no deberían distorsionar la toma de decisiones médicas.

EL MEJOR MODELO

Todo modelo puede ser apropiado, dependiendo de las circunstancias clínicas.

Sin embargo, el **Modelo Deliberativo** puede ser más recomendado por:

1. La autonomía del paciente requiere actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias; reflexión sobre si estos valores son aceptables y lo más adecuados para justificar sus acciones.

2. La sociedad parece considerar al médico ideal como el humanista que integra la información y los valores relevantes para una mejor recomendación.

3. El auténtico modelo deliberativo no es un disfraz del paternalismo; trata de persuadir al paciente sobre la importancia de ciertos valores, no de imponerlos

EL MEJOR MODELO

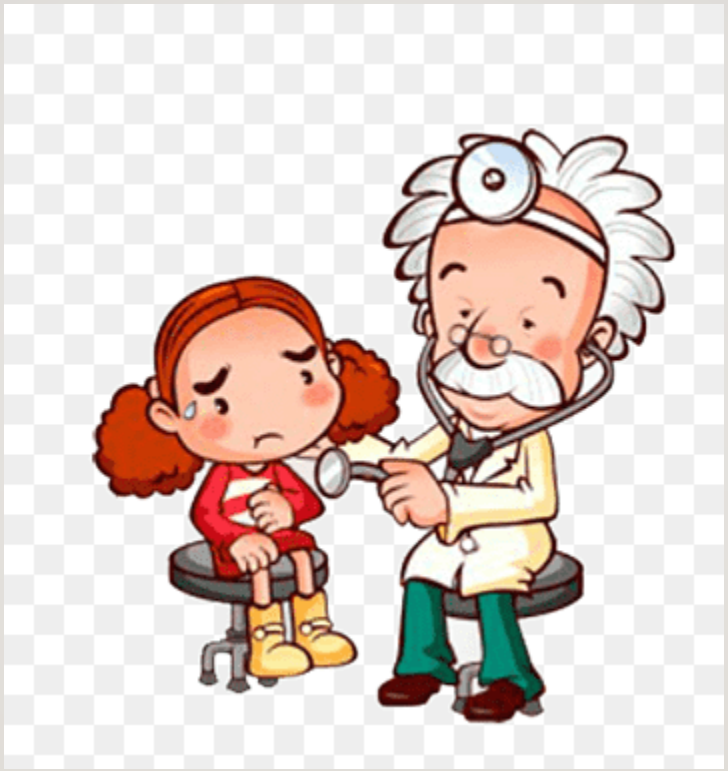
… Modelo Deliberativo

4. Los valores del médico son importantes para el paciente y por eso lo elige como su médico.

5. Los médicos no solo deben ofrecer tratamientos que se adecuén a los valores del paciente, sino promover valores relacionados con la salud. Y los pacientes deben estar dispuestos a hace compatibles sus valores con los valores que promocionan la salud.

6. Si el medico carece de la preparación adecuada para convencer al paciente de que ciertos valores son los adecuados, debemos hacer cambios en la forma asistencial y educación médica.

MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO PACIENTE



¡GRACIAS!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Modelos de relación médico paciente. Libros Virtuales Intramed: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://areapsiquiatria.unioviedo.es/wp-content/uploads/2019/03/Cap1_ModelosRelacionMedPcte.pdf

Bloom, S. W., & Summey, P. (1977). Physician-patient expectations in primary care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *53*(1), 75. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1807345/pdf/bullnyacadmed00137-0078.pdf

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos. Madrid: Triacastel.* 999

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

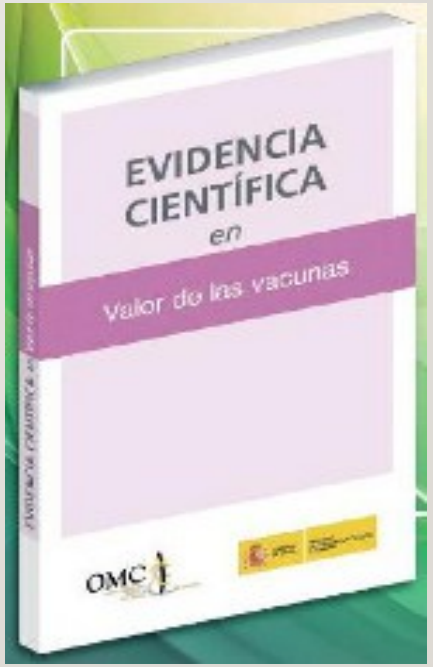
DEL MÉTODO BIOMÉDICO A UN MODELO CLÍNICO AMPLIADO.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
UNAM

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.

- Es preciso conocer y valorar las evidencias científicas disponibles.

- Pero también se debe fomentar una ciencia de la relación, e incluir como evidencia los sentimientos, las percepciones y las experiencias del paciente y del médico.



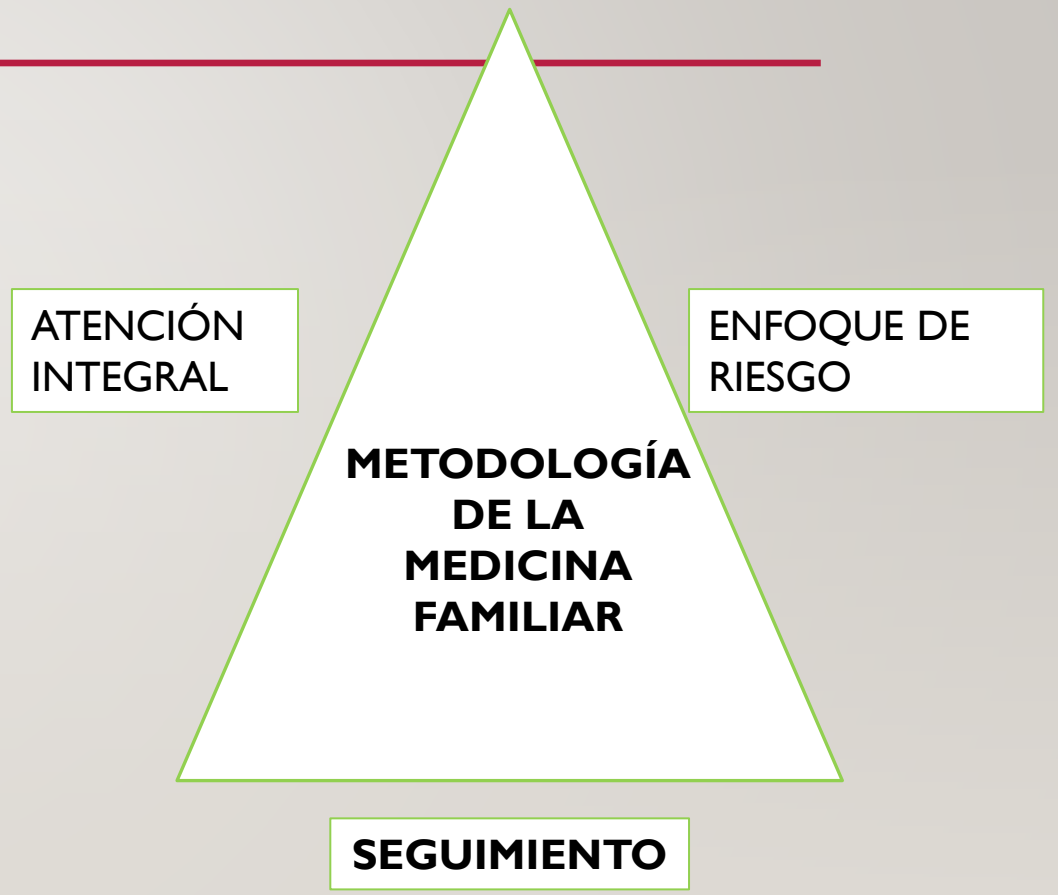
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- **Qué es :** Cambiar el foco de atención de las necesidades del médico, por las necesidades del paciente.

- Comprende los siguientes componentes:
  1. Atender la enfermedad y el padecer.
  2. Determinar y respetar las preferencias, valores y características de los pacientes, así como sus necesidades expresadas.
  3. Fomentar la comunicación médico paciente .
  4. Compartir la toma de decisiones.
  5. Prevenir enfermedades y educar para la salud.
  6. Brindar una atención continua.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- Destaquemos tres componentes de la atención centrada en el paciente y que son ejes fundamentales de la medicina familiar:
  1. **Atender la enfermedad y el padecer.**
  2. **Brindar una atención continua.**
  3. **Prevenir enfermedades discapacidades y educar para la salud**



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. RECOMENDACIÓN SIMPLE DE LA OMS

La atención centrada en el paciente:

- Aumenta las tasas de cumplimiento de los planes de atención.
- Reduce la morbilidad.
- Mejora la calidad de vida de los enfermos.

EL ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL (ENGEL, 1977)

- La atención del médico familiar no podrá ser integral si no utiliza realmente el enfoque biopsicosocial en la atención que otorga.

- "Primero descartar lo orgánico…pero no desatender las esferas psicológica y social"

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.

No se niega la importancia de la corriente biomédica, pero es incompleta por varias razones, entre las que destacan:

- La sola anomalía bioquímica o molecular no explica el significado de los síntomas para el paciente.
- Tampoco asegura las actitudes o habilidades del clínico para recabar la información y procesarla de manera adecuada.

CÓMO ACTÚA EL PROFESIONAL ORIENTADO EN FORMA BIOPSICOSOCIAL.

El médico:

- Busca el componente emocional que resulte terapéutico.
- Legitima cualquier motivo de consulta y no sólo los biomédicos.
- **Prioriza aspectos no valorados por el propio paciente.**

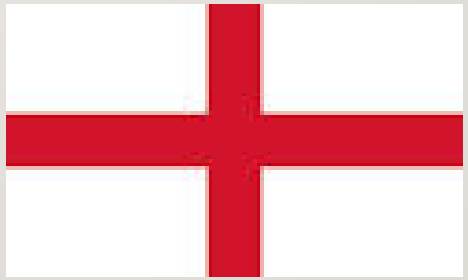
ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

- En el modelo biomédico, se obtiene la información necesaria para hacer un diagnóstico y tratamiento correctos.
- Pero, el paciente también se acerca movido por sus miedos, creencias o expectativas.
- Se requiere así un modelo diferente para rellenar las carencias del anterior modelo solo biomédico.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Descripción del modelo

- Este modelo es tan natural que aparecen dos escuelas en diferentes partes del mundo, llegando a conclusiones similares: la escuela canadiense y la escuela inglesa.



ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Modelo canadiense

El modelo está compuesto de 6 componentes:

I. Explorar la enfermedad y las vivencias.

2. Comprender a la persona y la familia como un todo.

3. Buscar acuerdos con el paciente (un terreno común).

4. Incorporar la prevención y la promoción de la salud.

5. Cuidar la relación médico paciente.

6. Ser realista.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

1. Explorar la enfermedad y la vivencia:
   - “Disease" (enfermedad) expresa la alteración real que existe en el organismo con sus alteraciones bioquímicas.
   - "illness" explora la forma en que experimenta, en que vive el paciente su enfermedad.

Además de la exploración de síntomas, explorar:

- Ideas que tiene el paciente.
- Miedos o sentimientos
- Impacto en su función.
- Expectativas con respecto al médico.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

2.Entender al individuo y a la familia como un todo.

Conocer quién es esa persona: su nombre, edad, estado civil, condición laboral, su situación en la familia.

Es decir; cómo está situado en el mundo.

Se debe incorporar el contexto familiar, social y laboral del paciente.

Esto modifica todo: comprensión y abordaje.

P ej., es absurdo indicar reposo absoluto a una ama de casa con siete niños sin medios económicos y sin nadie que le ayude.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

3. Búsqueda de Acuerdos (establecer un terreno común).

- En la atención centrada en la enfermedad, el médico informa el diagnóstico y el tratamiento necesario.
- Aquí, busca la participación del paciente en las decisiones del:
  - Diagnóstico o estudio diagnóstico.
  - Tratamiento propuesto.
  - Rol que cada uno asumirá

El médico familiar debe establecer un plan común con metas y objetivos diseñados por él, el paciente y la familia.

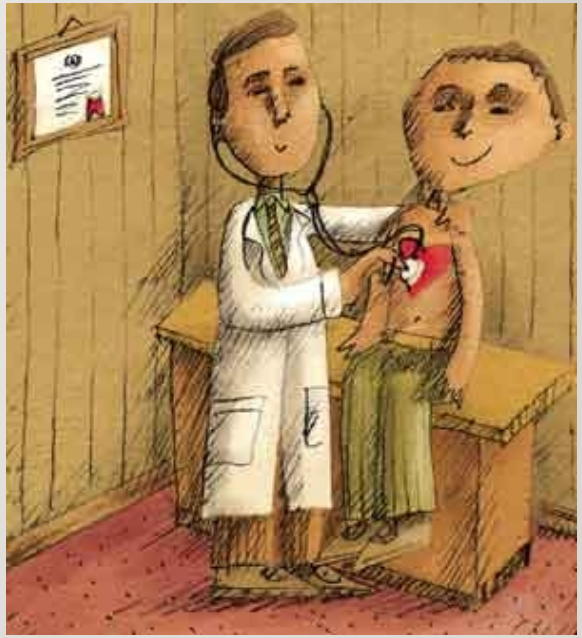
Dar seguimiento a la revisión del plan.

ATENCIÓNCENTRADA EN EL PACIENTE

4. Prevención-promoción.

Reducir los riesgos de desarrollar otra enfermedad diferente o complicaciones de la ya presente.

Educación para la salud. El médico competente debe despertar el deseo de ser ayudado: educar al paciente.



ATENCIÓNCENTRADA EN EL PACIENTE

5. Cuidar la relación médico -paciente.

El profesional debe intentar que la relación sea mejor en cada entrevista.

"Más importante que lo que el médico hace, es lo que el paciente piensa que hace".

William Osler

La confianza y el respeto, no son detalles que concede el médico, son algo esencial que influye en el resultado del tratamiento y cuidado.

ATENCIÓNCENTRADA EN EL PACIENTE

6. Ser realista.

- Todo debe hacerse considerando los recursos reales que se tienen.
- Implica orientar la práctica clínica a las prioridades, necesidades y recursos del paciente, del médico y de la institución de salud.
- No por invertir más tiempo y recursos en el paciente, se le cuida mejor.
- Conocer al paciente: sus demandas, sus preferencias, su condición socio familiar, económica y lo que le preocupa.
- Reforzar el plan realizado en el terreno común.
- No perdernos en quimeras o posibilidades utópicas.

IMPACTO EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS

- Variables relacionadas con la atención centrada en el paciente, mejoran:

  Cifras de tensión arterial, nivel de glucemia, tolerancia a quimioterapia y percepción de bienestar por el paciente (Greenfield and Kaplan, 1988).

- Pacientes con problemas comunes en Atención Primaria.

  La resolución de síntomas se asoció al hecho de tomar acuerdos con el médico sobre la naturaleza del problema consultado (Bass 1986).

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Mecanismo por el cual mejoran; No esta aclarado:

- Efecto placebo.
- Mayor capacidad diagnóstica al incorporar elementos psicosociales
- Mayor adherencia al tratamiento.
- Elección mas adaptada a la realidad de los pacientes.

La constatación científica es suficiente para que cualquier médico se plantee el uso de este modelo de Atención.

RELACION CENTRADA EN EL PACIENTE

Perfil:

- Prevención y promoción de la salud.
- Atención independiente de sexo, edad, condición social y patología.
- Atención continuada, integrando factores biológicos, psíquicos y sociales.
- Atención a lo individual integrándolo en lo colectivo.
- Cuidar familias y comunidades sin descuidar las necesidades de cada persona.
- Educador en salud.
- Ganar la confianza de las personas.

Implica un cambio de paradigma educativo

RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

En Medicina la Universidad, promueve ideas, el humanismo y la evolución técnico-científica.

Los alumnos son más seducidos por los grandes progresos científicos.

Se descuida el humanismo médico.

EN LA PRÁCTICA

Conduce a olvidarse poco a poco del paciente como persona.

RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

No se practica la metodología científica de la medicina familiar por parte de las instituciones de salud y facultades de medicina

Los estudiantes buscan la seguridad que ofrece la alta especialización.

No quieren correr el riesgo imaginado de ser médicos de «segunda categoría».

Posgrado: oportunidad para formar médicos familiares científicos y humanistas.

PILARES DE LA RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

1. Atención primaria
2. Educación Médica
3. Humanismo médico
4. Formación de líderes

PILARES DE LA RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

La medicina familiar es la **puerta de entrada** al servicio de salud, el primer contacto del enfermo quien, sin saber lo que tiene, requiere un médico que le cuide y oriente.

La **Educación Médica** apoyará una práctica médico-familiar centrada en la persona, no en la enfermedad.

Se requiere repensar el proceso educativo: alumnos y profesores

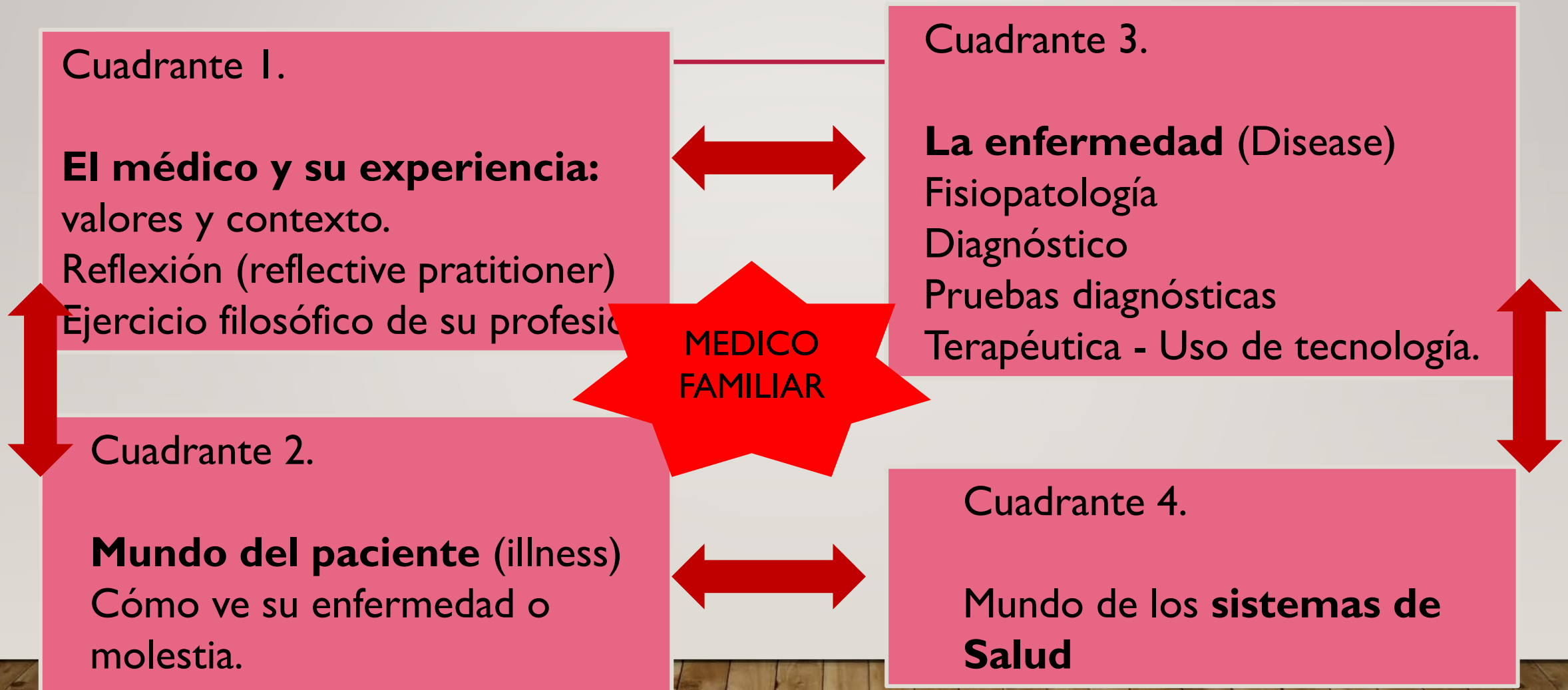
Humanismo médico no es una falta a la competencia científica.

Es tener presente que el objeto de la actuación médica es un ser humano, una persona, única e irrepetible.

Líderes. implica contar con líderes, que sepan crear, soñar, ejecutar y convocar seguidores en torno de un ideal.

Saber quiénes somos y qué queremos para arrastrar otros a nuevas ideas.

LOS CUADRANTES DE LA CIENCIA MÉDICA



ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DEL MUNDO INTERNO REDUCIDO A SU MÍNIMA EXPRESIÓN

Cuadrante 1.
Práctica profesional del médico

Cuadrante 2.
Necesidades del paciente

CUADRANTE 3. BIOMEDICINA

Hay tanta información para revisar
Hay tanto que estudiar
No queda tiempo para que el médico reflexione
No queda tiempo para escuchar al paciente

CUADRANTE 4. SISTEMA DE SALUD

Hay tantos enfermos que tratar
Hay Tantas enfermedades que controlar
Hay tanta tecnología que incorporar

MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

Este desequilibrio en los cuadrantes, se conviene en una oportunidad para ejercer la atención centrada en el paciente:

- El médico familiar no reduce su visión a la enfermedad.
- Sabemos que existen enfermos, no enfermedades.
- Es real la diferencia entre el "disease" y el "illness-Sickness".
- El puente entre el "disease" y el "illness- sikness" marca una enorme diferencia entre tratar la patología y tratar a la persona.

MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Colocar al paciente en el primer plano.
- Actuar con perspectiva humanística.
- Mejorar la visión holística de la práctica clínica y
- Crecer en la forma de relacionarse con el paciente es construir….

"Buenos médicos células madre".

No serán médicos del estómago del paciente, de su depresión, de su diabetes, etcétera, sino su médico.

Incorporará el progreso de la evidencia científica y lo traducirá hasta su paciente.

Una conciencia frente a una confianza.

CÓMO TRANSITAR POR LOS CUATRO CUADRANTES EN TAN POCO TIEMPO Y TANTOS PACIENTES? ¿CÓMO SE HACE EN LA PRÁCTICA?

EL PACIENTE	EL MÉDICO
¿Por qué tenemos miedo a permitir que el paciente hable el tiempo que quiera?	El propio médico es quien interrumpe: en promedio a los 18 segundos.
Tal vez porque tenemos poco tiempo.	Eso obliga a que el paciente desista.
Investigaciones: • 80 % de los pacientes relata en dos minutos los motivos de su consulta. • Solamente 2% requieren hablar por más de cinco minutos. • El promedio es de 92 segundos.	Lo médicos familiares en promedio interrumpió a los 23 segundos. Tenemos que aprender a escuchar al paciente.

PASOS SENCILLOS EN LA PRÁCTICA

1. Leer el expediente antes de ver al paciente.
2. Dejar la pluma o no teclear la computadora (una persona normal recuerda un relato que suele durar dos minutos)
3. Evitar que la consulta se convierta en una barrera como si se realizara un proceso burocrático en una oficina estatal.
4. Mirar al paciente a los ojos para "sintonizar" con él (quitar más barreras, hacer a un lado la computadora, retirar papeles).
5. Utilizar preguntas abiertas – No dirigir la consulta a la patología: ¿En qué puedo ayudarle? **Vs**. ¿Qué síntomas tiene su diabetes?
6. Preguntarnos: ¿por qué razones el paciente acudió a consulta precisamente hoy?

Todo esto es establecer un terreno común - atender las expectativas del paciente - ser realista - fomentar una relación médico paciente terapéutica.

ATENCIÓN CLÍNICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA.

Factores de riesgo:

- Todo factor que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o problema de salud.
- Las personas afectadas por el factor de riesgo, presentan un riesgo mayor que las personas sin ese factor.

Cómo identificar y manejar estos factores de riesgo en el grupo familiar.

ATENCION CLINICA CENTRADA EN EL PACIENTE

Genograma de Don Antonio 6 enero 2017

Familia L-S

DM 2
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Ceguera

Antonio 80 años

Juana 77 años

Obesidad
DM 2

HAS
Tabaquismo

Pedro 87 años

María 80 años

DM 2
Ansiedad

Juan 60

Gpe 50 años

Mario 63

Salvador 58

Silvia 52

METODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE (OTROS FACTORES DE RIESGO)

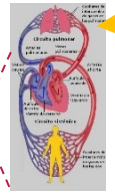
¿QUÉ NECESIDADES TIENE DON ANTONIO?

MODELO BIOMÉDICO
(At´n Centrada en la Enfermedad)

Andrea 44 años

HAS
DM 2
Dislipidemia
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Afectación
Psico social

Antonio 55 años



Socorro 54 años

Obesidad HTA.
DM 2 Depresión
Post cirugía; miomatosis uterina
(hace 15 días)

Gaby 14

Estudia:
Contador
a Auxiliar
Obesidad

Adriana 21 años

Anahí 18 años

Estudia preparatoria
Obesidad, Depresión,
Prediabetes

Antonio Jr. 17 años

Asma bronquial hasta los 8 años
Obesidad
Tabaquismo
No estudia
No trabaja

MODELOS DE RELACIÓN MEDICO PACIENTE

Hay un método aún más efectivo para mejorar la práctica clínica del médico familiar.

MÉTODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE

Y LA FAMILIA

ATENCION CLINICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Genograma de Don Antonio 6 enero 2017

Familia L-S

DM 2
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Ceguera

Antonio 80 años

Juana 77 años

Obesidad
DM 2

HAS
Tabaquismo

Pedro 87 años

María 80 años

DM 2
Ansiedad

Juan 60

Gpe 50 años

Mario 63

Salvador 58

Silvia 52

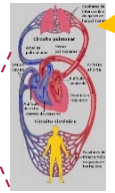
METODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE
(At´n Centrada en la persona)

MODELO BIOMÉDICO
(At´n Centrada en la Enfermedad)

Andrea 44 años

HAS
DM 2
Dislipidemia
Obesidad
Tabaquismo
Alcoholismo
Afectación
Psico social

Antonio 55 años



Socorro 54 años

Obesidad HTA.
DM 2 Depresión
Post cirugía;
miomatosis uterina
(hace 15 días)

¿QUÉ NECESIDADES TIENE DON ANTONIO?

Gaby 14

Estudia:
Auxiliar
Contador
a
Obesidad

Adriana 21 años

Anahí 18 años

Estudia preparatoria
Obesidad, Depresión,
Prediabetes

Antonio Jr. 17 años

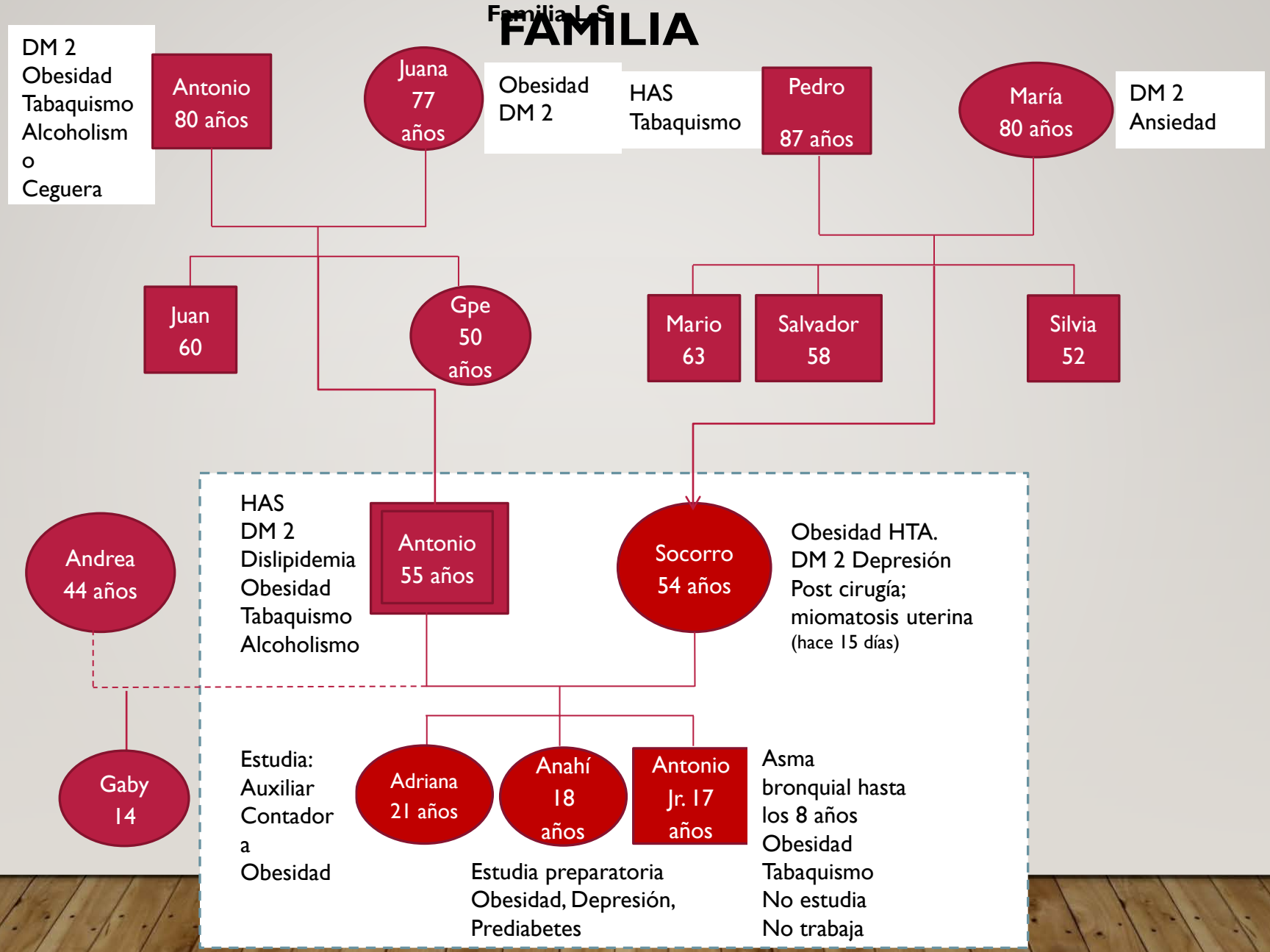
Asma
bronquial hasta
los 8 años
Obesidad
Tabaquismo
No estudia
No trabaja

METODO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

¿QUÉ NECESIDADES TIENE LA FAMILIA DE DON ANTONIO?

ATENCION CLINICA CENTRADA EN EL PACIENTE Y LA FAMILIA

Genograma de Don Antonio 6 enero 2017



Período Prepatogénico	Período Patogénico	
Agente: Nutricionales, Originada por múltiples factores etiológicos que ocasionan alteración de metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. ***Huésped:*** El ser humano Susceptibilidad: Universal Factores de Riesgo: Edad, Obesidad, Sexo, Antecedentes familiares, Psicosociales, Ocupacionales, Socioeconómicos Grupo étnico: índices más elevados en México, Israel, Japón, Islandia, en menor medida en esquimales. ***Ambiente:*** Déficit de saneamiento del medio ambiente urbano, rural o laboral. Contaminación del aire, tierra y alimentos.	Muerte Deterioro en la movilidad, Sociopatías Cetoacidosis, Hipoglucemia, Microangiopatía, Macroanginopatía, Neuropatías, Infecciones Glucemia 200mg/dl, Poliuria, Polidipsia, Polifagia, Perdida de Peso inexplicable, Astenia, piel seca, Infecciones urinarias frecuentes Enfermedad con síntomas no específicos Enfermedad inaparente **Horizonte Clínico**	ETAPA CLÍNICA
Prevención Primaria **Promoción:** Educación respecto a la enfermedad. **Protección Específica:** Educación medica e higiénica sobre diabetes. Prevención y corrección de la obesidad, hipertensión arterial, alcoholismo y tabaquismo. Prevención genética. Evitar el estrés, sedentarismo, malnutrición, intoxicación con diversas sustancias químicas **Puerta**	**Prevención Secundaria** Diagnostico temprano y Tratamiento Oportuno Cuadro clínico de sospecha o probabilidad. Determinación de glucemia. Curva de tolerancia a la glucosa. Mejoría de los síntomas y bienestar mediante el control metabólico adecuado, prevención, detección y tratamiento adecuado de complicaciones. Tratamiento con insulina Limitación del daño Educar al paciente para prevenir las complicaciones. Mantener niveles mínimos de glucosa. Evitar lesiones en extremidades inferiores. Control de la presión arterial. Examen periódico para identificar lesiones neurológicas menores, circulatorias, oftálmicas, renales, dermatológicas y hepáticas.	**Prevención Terciaria** Rehabilitación Dieta Ejercicio Terapia Psicológica	ETAPA SUBCLÍNICA

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Educación Médica Centrada en el Paciente. Millan-Núñez CJ, González Blasco P. Ed Unión Editorial-Catedra de Educación Médica-Fundación Lilly-UCM, Madrid Esp., 2017 ISBN978- 84 – 7209 – 718 – 6.
- Ruiz MR, Rodríguez RR, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria 2003; 32(10): 594-602
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care. 1989; 27(Suppl 3): 110-27.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995; 152: 142333.
- Stewart M, et al. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control 1999; 3:25-30.
- Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. Patient Educ Couns 2002; 48: 23-31.
- Levinson W, et al. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997;277: 553-9.
- Torío DJ, García TM. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. Aten Primaria 1997; 19:18-26.
- Ruiz MR, Rodríguez SJJ, Pérula TL, Prados CJA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. Aten Primaria 2002; 29: 132-44.
- Balint, E.; Norell, j.s. Edited by. Six minutes for the patient. Interactions in general practice consultation. Tavistock publications, London 1973.
- Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Tavistock publications, London 1957.
- Bass Mj, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson C. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. J fam pract 1986; 23: 43-47.
- Brown, J.B.; Weston, W.W. And Stewart, M.A.: Patient-centred interviewing part II: finding common ground. Can Fam Physician 1989; 35: 153-157
- Greenfield S, Kaplan Sh, Ware Je, Martin E, Frank Hj. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J gen intern med 1988; 3: 448-457.

¡Gracias!