

¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente

R. Ruiz Moral^a, J. J. Rodríguez^b y R. Epstein^c

LECTURA RÁPIDA

La relación médico-paciente tradicionalmente ha sido considerada por los profesionales un pilar esencial del ejercicio médico.

Denominamos relación médico-paciente al modo en que interaccionan el profesional y el paciente y/o su familia, al trato que se dispensan ambos. Esta interacción es un proceso de comunicación, de intercambio entre personas; por ello, para cada paciente, para cada profesional, puede representar significados diferentes.

La relación médico-paciente en el contexto clínico tiene como finalidad ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar al paciente; es decir, tiene una función central para el ejercicio de la medicina.

Casi el 100% de los pacientes desea que sus médicos les apoyen, les escuchen y les expliquen con claridad.

La relación médico-paciente tradicionalmente ha sido considerada por los profesionales un pilar esencial del ejercicio médico. Por otra parte, se reclama por parte de los pacientes como un derecho del que, ante el imparable avance de la «tecnificación» de la asistencia médica, ven peligrar su existencia. Unos y otros hacen un uso extenso del término, a veces con significados un tanto contrapuestos. En este artículo, denominamos relación médico-paciente al modo en que interaccionan el profesional y el paciente y/o su familia, al trato que se dispensan ambos. Esta interacción es, básicamente, un proceso de comunicación, de intercambio entre personas; por ello, para cada paciente, para cada profesional, puede representar significados diferentes, dado que la relación se ve particularmente influida por la percepción y la experiencia de cada individuo. No obstante, la consideración del proceso de interacción entre el médico y el paciente como objeto de análisis y estudio, incluyendo los esfuerzos por identificar los tipos o modelos de relación que la caracterizan, ha sido abordada por numerosos autores. También ahora empezamos a disponer de datos empíricos que corroboran la validez de los modelos propuestos en la práctica clínica, aunque la información existente es todavía escasa¹.

Hay que tener presente que la relación médico-paciente en el contexto clínico tiene como finalidad ayudar, conseguir una rela-

ción terapéutica y aliviar al paciente²; es decir, tiene una función central para el ejercicio de la medicina. Que los pacientes se sientan atendidos y comprendidos, que tengan la impresión de que entienden lo que les está sucediendo y que su médico, a su vez, también sabe lo que se hace, que decidan seguir los consejos de su médico, la mayor parte de las veces depende más de la relación que hayan establecido con su médico y de la confianza que hayan depositado en él que en los conocimientos realmente empleados por el profesional. Casi el 100% de los pacientes desea que sus médicos les apoyen, les escuchen y les expliquen con claridad; esperan una atención personalizada realizada por su médico y que sea fácil de conseguir³.

Por su parte, la evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos⁴⁻⁷ y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas⁸. En otras palabras, estaríamos hablando de que el tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica.

Podríamos reconocer cuatro tipos básicos de relación entre médicos y pacientes (fig. 1), atendiendo al grado de control que ejerce cada uno de los actores sobre la interacción. Cuando el médico domina la relación tomando las decisiones que cree más convenientes para el paciente, hablamos de relación «paternalista». El trabajo del paciente consiste en cooperar con los consejos del médico; es decir, hacer lo que se le manda («cumplir las órdenes médicas»). Ésta es la forma tradicional de relación médico-paciente y aún es muy común en nuestro medio. Funciona mejor con los pacientes de

^aCoordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. Profesor Asociado de Medicina, Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

^bMédico de Familia. Centro de Salud de Ortuella. Vizcaya. España.

^cAssociate Professor of Family Medicine and Psychiatry, University of Rochester. Nueva York. Estados Unidos.



		Control ejercido por el paciente	
		Alto	Bajo
Control ejercido por el médico	Alto	Mutual	Paternalista
	Bajo	Consumista	Ausente

menor educación y que aceptan de buen grado la autoridad. En cambio, los pacientes más jóvenes, con mayor nivel educativo y más escépticos, suelen ser más asertivos y demandantes. Ejercen mayor control que el médico y dan la impresión de que «consumen» servicios sanitarios cuando están delante del profesional (modelo «consumista» de relación). Mientras las peticiones de estos pacientes son consideradas razonables por los médicos, la relación funciona perfectamente, aunque al médico siempre le queda la duda de si el paciente realmente confía en él o tan sólo es utilizado. En el modelo que resalta la coparticipación («mutual»), el control y el poder en la relación están equilibrados entre médicos y pacientes; se trata de un «encuentro entre expertos», en el que cada uno se esfuerza en aportar y responsabilizarse en la medida de sus posibilidades. Éste es el modelo que más se invoca cuando se trata de conseguir unas relaciones maduras con los pacientes. Por último, en ocasiones, ni los pacientes ni los médicos ejercen un control suficiente, por lo que la relación se considera «ausente» y los pacientes pueden llegar a abandonar los tratamientos pensando que no se les ha hecho el caso que hubiera sido preciso o que el médico es incompetente o insensible.

Hoy día, los modelos se están abriendo al ámbito de lo social: la familia y la comunidad. Es un hecho que la medicina del siglo XXI está incorporando de pleno lo psicosocial al abordaje de los problemas de salud¹⁰. Por esa razón los modelos de relación médico-paciente ya no sólo se limitan a considerar los aspectos dependientes del médico o del paciente (modelos ya considerados anteriormente), sino que se está comprobando la necesidad de integrar los factores psicológicos y sociofamiliares al

acerbo de nuevos modelos de relación, como se describirá más adelante al abordar la perspectiva «centrada en el paciente» y la «sistémica».

Por otra parte, no podemos decir de forma categórica que haya un tipo de relación bueno y otro malo y, por tanto, que tengamos que decantarnos, en sentido general, por un modelo que atesore determinados créditos científicos, económicos o sociales; más bien deberíamos hacer un esfuerzo por conocer qué tipo de relación se adapta mejor al paciente y al problema que tenemos hoy ante nosotros y, teniendo en cuenta nuestras características personales, hacer un esfuerzo por actuar en consecuencia. No obstante, en términos generales, se puede afirmar que el modelo predominante en nuestro medio es aún el modelo paternalista.

Los estudios descriptivos muestran que los médicos en España mantienen aún unos estilos de consulta muy prescriptivos, autoritarios y paternalistas, en los que no parece ni siquiera que las necesidades mayoritariamente expresadas por los pacientes se cumplan. Así, por ejemplo, sólo uno de cada cuatro médicos explicaba adecuadamente al paciente; menos de uno de cada diez se interesaba por sus preferencias, opiniones y creencias sobre los diagnósticos y tratamientos; y la oportunidad que tenían los pacientes de hablar en las consultas era muy escasa¹¹. En otro trabajo, coordinado por uno de nosotros, se puede apreciar que los residentes de familia disminuyen su interés por los aspectos personales y contextuales del paciente durante su último año de residencia, a la vez que empeoran su capacidad para negociar¹².

También es verdad que se está produciendo un rápido cambio de estilo y muchos médicos ya están trabajando bajo paráme-

▶▶ LECTURA RÁPIDA



La evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación entre médicos y pacientes son más eficaces que otros en el cumplimiento de regímenes terapéuticos, la satisfacción de los pacientes con el sistema de salud, la propia evolución de los problemas clínicos y la disminución de litigios por prácticas inadecuadas.



El tipo de relación que establecemos con nuestros pacientes ejerce una influencia directa en la efectividad misma de la asistencia médica.



Podríamos reconocer cuatro tipos básicos de relación entre médicos y pacientes.



Cuando el médico domina la relación tomando las decisiones que cree más convenientes para el paciente, hablamos de relación «paternalista».



Los pacientes más jóvenes, con mayor nivel educativo y más escépticos, suelen ser más asertivos y demandantes. Ejercen mayor control que el médico (modelo «consumista» de relación).



LECTURA RÁPIDA

En el modelo que resalta la coparticipación («mutual»), el control y el poder en la relación están equilibrados entre médicos y pacientes; se trata de un «encuentro entre expertos», en el que cada uno se esfuerza en aportar y responsabilizarse en la medida de sus posibilidades.

En ocasiones, ni los pacientes ni los médicos ejercen un control suficiente, por lo que la relación se considera «ausente» y los pacientes pueden llegar a abandonar los tratamientos pensando que no se les ha hecho el caso que hubiera sido preciso o que el médico es incompetente o insensible.

Los estudios descriptivos muestran que los médicos en España mantienen aún unos estilos de consulta muy prescriptivos, autoritarios y paternalistas, en los que no parece ni siquiera que las necesidades mayoritariamente expresadas por los pacientes se cumplan.

Cuando el médico percibe una relación satisfactoria con sus pacientes, a su vez ve incrementada su propia satisfacción profesional, y previene así la aparición de síntomas de *burnout*.

tros de modelos mutualistas, centrados en el paciente, e incluso con modelos sistémicos.

Ni que decir tiene que cuando el médico percibe una relación satisfactoria con sus pacientes, a su vez ve incrementada su propia satisfacción profesional, y previene así la aparición de síntomas de *burn-out*¹³.

A continuación se ofrecerá una ejemplificación, con diferentes viñetas extraídas de la práctica diaria, de los tipos de relación médico-paciente más representativos que se podrían observar en nuestras consultas. Esto dará pie a una reflexión particular de cada una de las situaciones, que incluirá los problemas y las paradojas que surgen, así como las perspectivas prácticas, docentes e investigadoras que se abren en el futuro.

Un paciente y cuatro médicos

Mediante la exposición de una situación clínica típica, un paciente fumador con una pulmonía, pretendemos ejemplificar las cuatro perspectivas predominantes: la visión paternalista de la relación médico-paciente, la visión consumista, la visión centrada en el paciente y la visión sistémica (tabla 1).

El paciente es Juan García, un ingeniero de 37 años de edad, que ha tenido tos productiva durante 5 días. Hasta hace una semana estaba bien, pero comenzó a sentirse cansado, con febrícula, y desarrolló una sensación dolorosa en sus articulaciones. La tos ha

empeorado y ahora tiene un esputo de color marrón y fiebre de 38 °C, ha perdido el apetito y ha dejado de ir a trabajar. Durante la noche la tos les mantiene despiertos a él y a su compañero. Hace tiempo tuvo una bronquitis y comenta que los antibióticos le vinieron bien; pregunta si se le prescribirá otro antibiótico. Fuma un paquete de cigarrillos al día. Tiene aspecto de enfermo y cansado. La exploración física muestra crepitantes en la base derecha, lo que sugiere la existencia de una neumonía.

Visión paternalista moderna

La Dra. Ana Martínez le dijo que tenía un «poquito de neumonía». Le comentó, sin embargo, que no se preocupara, que la medicación le vendría bien y que se encontraría mejor en los siguientes 3-5 días. Le hizo una receta de amoxicilina y otra de codeína y le explicó cómo debería tomar los medicamentos. Además, aconsejó a Juan que dejara de fumar y le explicó con detalle en qué consistían los parches de nicotina, a la vez que le dio información sobre un grupo de apoyo. Finalmente, la doctora pidió pruebas para tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y le advirtió que la llamara si se encontraba peor. La visita duró 7 minutos.

Visión del consumidor

El Dr. Gabriel Herrera informó al paciente de que tenía neumonía. Le explicó

TABLA 1

Enfoque	Papel del médico	Valores y suposiciones
Paternalista	Decide qué hacer Más tranquilizador que explicativo Filantrópico	El médico sabe cómo fomentar los mejores intereses para el paciente Médico y paciente tienen los mismos valores
Consumista-informativa	Técnico experto Informa al paciente de sus opciones y éste elige	El paciente basa las decisiones en sus propios valores y es consciente y responsable de ello
Centrada en el paciente-deliberativa	Desarrollar los valores del paciente Buscar campos comunes en los cuales basar la toma de decisiones	La enfermedad entendida desde dos perspectivas: la del paciente y la diagnóstica Los valores del paciente son maleables y discutidos abiertamente Responsabilidad moral compartida entre el médico y el paciente
Sistémica	Entender contexto sociofamiliar Escoger valores individuales y familiares Ayuda al sistema familiar	La responsabilidad moral es compartida entre el médico, el paciente y la familia

las causas más frecuentes de neumonía en un lenguaje sencillo, indicándole que los fumadores tienen una incidencia mucho mayor de enfermedades respiratorias. Le dijo que, de continuar fumando, acortaría su vida; que tenía la elección de dejar de fumar. El Dr. Herrera presentó tres opciones al paciente: *a)* no hacer nada; *b)* tratamiento con amoxicilina, que es efectiva, barata, pero debe ser tomada tres veces al día durante 10 días, y *c)* tratamiento con azitromicina, que se toma sólo una vez al día durante 5 días, pero es más cara. Preguntó al paciente cuál era su elección. Una oferta similar fue presentada para fármacos antitusígenos. Finalmente, el médico pidió al paciente que llamase si aparecía algún otro problema. La visita duró 10 minutos.

Visión centrada en el paciente

El Dr. Pablo Cabral preguntó a Juan qué era lo que más le preocupaba sobre lo que le estaba ocurriendo. Juan le dijo que temía que fuese una enfermedad seria; había leído mucho sobre bioterrorismo en los últimos días. Dijo que debería dejar de fumar, pero que estaba expuesto a mucho estrés; aparte de eso, su padre había fumado y no había tenido ningún problema de salud importante. El Dr. Cabral le dijo que tenía neumonía, y que comprendía su situación y sus preocupaciones. Explicó que el reposo y los antibióticos suelen venir bien en estos casos, y también le aseguró que sus síntomas no parecían ser los que aparecen en otras enfermedades más peligrosas. Aunque reconoció la poca disposición del paciente, el médico pidió a Juan seguir hablando sobre su hábito tabáquico en una consulta de seguimiento. La visita duró 8 minutos.

Visión sistémica

La Dra. María Romero preguntó a Juan cómo le afectaba la enfermedad en su vida cotidiana. Juan le contó que estaba bastante estresado con su trabajo, que no podía permitirse tomarse días libres, y también que quería cuidarse mejor. La Dra. Romero también le preguntó si su compañero podría ayudarle en casa durante los siguientes días, si éste había estado enfermo y, finalmente, si fumaba. Juan mencionó que ambos se cuidan bien y que, tanto él

como su compañero, habían sido VIH negativos. Cuando Juan indicó que los dos fumaban, ella les invitó a realizar una próxima consulta para discutir cómo podrían ayudarse ambos a cuidarse mejor. La visita duró 7 minutos.

Análisis de las viñetas

Aunque puedan parecer unas caricaturas un tanto simplistas, las cuatro viñetas se basan en observaciones de encuentros reales entre médicos y pacientes, incluyendo el tiempo que duró cada abordaje. Estos mismos estilos de interacción son igualmente comunes en otras consultas más difíciles. Por ejemplo, cuando se informa a un paciente de que tiene cáncer, hay que tener en cuenta las diferencias que pueden surgir si el médico asume la responsabilidad de determinar lo que quiere saber el paciente o si hubiese una deliberación más profunda.

Pero, ¿cuál es el abordaje más correcto? Cada uno de los cuatro médicos ha podido establecer una relación de amistad, cariñosa y profunda, con sus respectivos pacientes.

En la primera viñeta, la Dra. Martínez estaba practicando un modelo paternalista biopsicosocial, haciendo elecciones por el paciente e instruyéndolo sobre cómo cumplir con el tratamiento prescrito, pero además, tomó nota del contexto psicosocial. Esta médica, sin embargo, asumió una total responsabilidad sobre el paciente: no le ofreció participación en la toma de decisiones. Un médico cuyo ejercicio se desarrolla en el contexto de una cultura muy homogénea puede asumir que los valores de sus pacientes tienen mucho en común con los suyos propios. Sin embargo, en las sociedades multiculturales, este abordaje del paciente tiene muchos peligros. Por ejemplo, las decisiones al final de la vida se ven muy influidas por la perspectiva cultural, y por esta razón no se pueden generalizar ni asumir que las decisiones que toma el paciente sean iguales a las que le parecen mejor al médico en esa ocasión. Existen otras situaciones, quizá menos trascendentes pero igualmente importantes, como, por ejemplo, las relacionadas con el control de la diabetes, en las que las preferencias del paciente a veces son distintas de las del médico.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ **Un paciente y cuatro médicos**

Mediante la exposición de una situación clínica típica, pretendemos ejemplificar las cuatro perspectivas predominantes: la visión paternalista de la relación médico-paciente, la visión consumista, la visión centrada en el paciente y la visión sistémica.

▼ *Visión paternalista moderna*

La Dra. le dijo que tenía un «poquito de neumonía», que no se preocupara, que la medicación le vendría bien y que se encontraría mejor en los siguientes 3-5 días.

▼ *Visión del consumidor*

El Dr. informó al paciente de que tenía neumonía. Le explicó las causas más frecuentes de neumonía. El Dr. presentó tres opciones al paciente: *a)* no hacer nada; *b)* tratamiento con amoxicilina, y *c)* tratamiento con azitromicina.

▼ *Visión centrada en el paciente*

El Dr. preguntó a Juan qué era lo que más le preocupaba sobre lo que le estaba ocurriendo. Juan le dijo que temía que fuese una enfermedad seria. El Dr. le dijo que tenía neumonía, y que comprendía su situación y sus preocupaciones.



▶▶ LECTURA RÁPIDA

*Visión sistémica*

La Dra. preguntó a Juan cómo le afectaba la enfermedad en su vida cotidiana. Juan le contó que estaba bastante estresado con su trabajo, que no podía permitirse tomarse días libres, y también que quería cuidarse mejor.

*Análisis de las viñetas*

Aunque puedan parecer unas caricaturas un tanto simplistas, las cuatro viñetas se basan en observaciones de encuentros reales entre médicos y pacientes, incluyendo el tiempo que duró cada abordaje. Estos mismos estilos de interacción son igualmente comunes en otras consultas más difíciles.



Pero, ¿cuál es el abordaje más correcto? Cada uno de los cuatro médicos ha podido establecer una relación de amistad, cariñosa y profunda, con sus respectivos pacientes. En la primera viñeta, la Dra. estaba practicando un modelo paternalista biopsicosocial, haciendo elecciones por el paciente e instruyéndolo sobre cómo cumplir con el tratamiento prescrito, sin embargo, asumió una total responsabilidad sobre el paciente: no le ofreció participación en la toma de decisiones.



El médico que opta por una relación «consumista» ofrece al paciente algunas opciones, como si estuvieran en un supermercado, y deja al paciente la responsabilidad de decidir. Se asumía que el paciente tenía la capacidad de sintetizar información por sí mismo mientras que, contrariamente, la responsabilidad del médico consistía, tan sólo, en darle información útil. Sin embargo, en estos casos, también se pueden producir situaciones en las cuales un médico «abandone a un paciente a sus propios derechos»; es decir, puede imponerle la responsabilidad de tomar una decisión, aun cuando no lo quiera o no sea capaz de hacerlo. Por ejemplo, un buen médico nunca querrá favorecer la decisión de un esquizofrénico de suicidarse. Aun con la idea de hacer al paciente más independiente, esta visión no está centrada en el paciente porque no incluye la perspectiva de éste y no reconoce que el poder en este tipo de relación está distribuido asimétricamente. Lo cierto es que algunos pacientes quieren una relación más objetiva y distante, y desean poder tomar las decisiones de forma independiente. No obstante, algunas investigaciones realizadas en Estados Unidos, al igual que en España, han demostrado que la mayoría de los pacientes prefieren una relación en la cual el médico adquiere un papel más activo en las decisiones^{3,14-15}.

El médico centrado en el paciente trata de conocer los temores, las expectativas y los deseos de éste para ofrecerle opciones que puedan ser compatibles con sus propios esquemas. De esta forma, intenta que dichas opciones, a la vez que aceptables también factibles, sean consideradas por el paciente con el propósito de facilitar su realización. Por ello, se esfuerza en conseguir acuerdos con el paciente. Si comparamos este estilo con la visión consumista, en esta última hubo menos deliberación respecto a los aspectos que el médico imaginaba podían ser importantes para el paciente. En cambio, al clarificar e interpretar las creencias del paciente, el médico fue capaz de utilizar el tiempo para abordar las preocupaciones y ofreció opciones sobre algunos de los problemas más significativos para el propio paciente. Usando esta visión, el médico y el paciente formularon juntos una solución más cooperativa para resolver ese proble-

ma. El Dr. Cabral adoptó un estilo deliberativo de interacción. No aceptó de entrada el rechazo de Juan a dejar de fumar, pero le animó, de forma insistente y sin presionarle, a que adoptase una perspectiva diferente sobre el problema. Aunque tiene elementos en común con la visión paternalista, ésta es diferente en varios aspectos. El Dr. Cabral tuvo en cuenta los valores y el contexto vital del paciente y se involucró en un diálogo con éste. El médico consideró la obligación de aconsejarle y convencerle para que el paciente tomase medidas encaminadas a favorecer su salud. Consideró la responsabilidad moral como algo compartido entre el médico y el paciente; implícitamente reconoció que el médico y el paciente tienen una pericia y un poder diferentes en el campo médico.

El médico que sigue un modelo sistémico explora los valores culturales y las influencias familiares del paciente al recoger información, para elaborar su lista de problemas y para barajar sus posibles soluciones. A veces, define a la familia como la unidad de atención. La responsabilidad del cuidado sanitario será compartida entre el médico, el paciente y la familia; en la medida en que los apoyos son mayores, más fácil será que el paciente consiga cambios importantes en su conducta. Una visión más amplia de este modelo sería la visión etnográfica, que incluiría indagar sobre los valores culturales que modelan la conducta de búsqueda de atención sanitaria del paciente, su experiencia de enfermedad y las expectativas sobre lo que se espera del sistema sanitario y del médico. Sin embargo, hay que tener cuidado de no inferir creencias individuales solamente por la etnicidad; hay más variabilidad entre los individuos dentro de una misma cultura que diferencias entre culturas. Es un aspecto muy llamativo, pero lo cierto es que podríamos encontrar más diferencias entre las creencias personales de dos pacientes árabes distintos que si comparamos las creencias que sobre un problema concreto tienen, en general, las culturas islámicas y la occidental. En este sentido, cada paciente puede exigir del médico que haga un papel distinto del que hizo con el paciente anterior. Tal vez, una característica del buen médico sería la capacidad de adaptarse de forma adecuada a cada paciente con el que se relaciona.

Un médico y cuatro pacientes

A continuación vamos a exponer varias situaciones habituales desde una perspectiva diferente de la anterior, pero que quizá resulte más familiar y real para un médico práctico, ya que se trata de la visión de un mismo profesional ante varios pacientes en su consulta diaria.

El Dr. Pedro Cabrera tiene 42 años y lleva casi 20 de ejercicio médico en el ámbito de la atención primaria; también tiene responsabilidades docentes. Está casado y tiene tres niños pequeños. Aunque su vida se ha complicado en los últimos años por un exceso de responsabilidades, esto le satisface y se siente a gusto. Desde hace unos 10 años atiende al mismo cupo, de modo que conoce bien a la mayoría de sus pacientes. Últimamente se ha interesado por los aspectos de comunicación clínica y cree que le han ayudado mucho en su consulta. Se preocupa por actualizarse y cree que su formación clínica, en términos generales, es buena; aunque se siente incómodo con algunos temas, en unos por carencias de conocimiento y en otros por factores personales y biográficos que en ciertos momentos, reconoce, influyen en su práctica profesional. El día de la consulta analizada se siente emocional y físicamente bien. En total, han acudido 35 pacientes. He aquí el flujo de pensamiento del Dr. Cabrera ante la visita de cuatro de ellos:

Paciente 1

Juan Luna tiene 36 años y es el propietario de una pequeña empresa. Trabaja bastante y tiene mucho *surmenage*. Suele acudir a la consulta más de lo habitual en una persona de su edad y situación. Esta vez consulta por presentar dolor de cabeza desde hace unas 3 semanas. Las características de este dolor permiten etiquetarlo de forma razonable como una cefalea tensional. Juan suele dar muchos detalles cuando refiere sus síntomas. Parece que le tranquiliza saber que ha podido contarle todo. Habitualmente, si le escucho atentamente, mis propuestas suelen ser bien aceptadas y se deja aconsejar. Después, suelo implicarlo de alguna manera en la estrategia a seguir, pues parece que el sentirse más protagonista sobre su salud, es decir, la sensación de que él puede hacer siempre algo y que no

todo depende exclusivamente del médico, le influye positivamente para la resolución de los problemas por los que habitualmente me consulta. Por eso, hoy también actuaré así. La consulta duró 10 minutos.

Paciente 2

María Catalán tiene 26 años. Éste es su primer embarazo. Es una chica culta, con estudios, y desde que se quedó embarazada ha tenido dificultades en el trabajo. Parece que esta situación le ha generado problemas adicionales con su pareja, aunque el niño es totalmente deseado por ambos. Está muy preocupada porque el feto pueda tener algún problema y ella sea la responsable. Lo único que llama la atención en la analítica son unos títulos de toxoplasmosis que indican desprotección. Medio en broma medio en serio, me demanda que no le oculte nada. Por ello, me doy cuenta de que debo informarle con más detalle de lo habitual y asegurarme de que lo comprende todo. Debo también persuadirla de que, casi con toda seguridad, todo irá bien, que no hay razones para pensar lo contrario y, sobre todo, que ella lo está haciendo muy bien. Por tanto, necesito ser sobre todo positivo, mostrarme seguro y transmitir autoridad en este tema. La consulta duró 7 minutos.

Paciente 3

Josefa Rojas es la madre de Pedrito, de 11 años, y con ella he tenido algún que otro «atranque» en la consulta. Se trata de una mujer muy independiente que suele plantear preguntas muy específicas sobre problemas de salud y hábitos para que yo le aclare dudas o le amplíe la información. Es la única de mi cupo que consulta temas por Internet y después acude a mi consulta a discutirlos. Es una mujer acostumbrada a luchar contra muchas adversidades desde que su marido la abandonó. Es escéptica por naturaleza y beligerante (lo último ha sido su protagonismo en un asunto de antenas de móviles y el colegio de su hijo). Habitualmente tengo que ser muy cauto con ella, atender su punto de vista y argumentar bien el mío. Hoy trae a su hijo porque tose y tiene fiebre. También tiene crepitantes en la base pulmonar izquierda, lo que me hace sospechar que estamos ante una neumonía. Parece que viene «derrotada», me ha dicho algo que me ha sorprendido mucho tratán-

LECTURA RÁPIDA

▼ El médico que opta por una relación «consumista» ofrece al paciente algunas opciones, como si estuvieran en un supermercado, y deja al paciente la responsabilidad de decidir.

▼ El médico centrado en el paciente trata de conocer los temores, las expectativas y los deseos de éste para ofrecerle opciones que puedan ser compatibles con sus propios esquemas.

▼ El médico que sigue un modelo sistémico explora los valores culturales y las influencias familiares del paciente al recoger información, para elaborar su lista de problemas y para barajar sus posibles soluciones. A veces, define a la familia como la unidad de atención.

▼ Sin embargo, hay que tener cuidado de no inferir creencias individuales solamente por la etnicidad; hay más variabilidad entre los individuos dentro de una misma cultura que diferencias entre culturas.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Cada paciente puede exigir del médico que haga un papel distinto del que hizo con el paciente anterior. Tal vez, una característica del buen médico sería la capacidad de adaptarse de forma adecuada a cada paciente con el que se relaciona.

▼ **Un médico y cuatro pacientes**

El Dr. Pedro Cabrera tiene 42 años y lleva casi 20 de ejercicio médico en el ámbito de la atención primaria; también tiene responsabilidades docentes.

▼ Desde hace unos 10 años atiende al mismo cupo, de modo que conoce bien a la mayoría de sus pacientes. Últimamente se ha interesado por los aspectos de comunicación clínica y cree que le han ayudado mucho en su consulta.

▼ El día de la consulta analizada se siente emocional y físicamente bien. En total, han acudido 35 pacientes.

dose de ella: «dígame lo que tengo que hacer para que Pedrito se ponga bien, que lo voy a hacer tal y como usted me diga, doctor». La consulta duró 7 minutos.

Paciente 4

Antonio Suárez tiene 75 años y consulta con Lola, su mujer, por un aumento de su disnea. Él decía que «los médicos te quitan de todo y te hacen la vida más dura». Yo sé que él sabe que yo sé que, de vez en cuando, fuma. Tenemos una especie de equilibrio más o menos estable: a él le gusta que considere sus circunstancias y sea flexible; esto me ha hecho ganarme su confianza y cuando le pido algo especial él lo suele cumplir. Lola, su mujer, es una persona de mucho carácter pero extremadamente sensible y atenta con las necesidades de su casa y su familia, incluidos los nietos. La considero una persona muy válida. Parece que han discutido, y directamente (no sólo porque ha venido acompañando a su marido, algo que no es lo habitual) me pide que esta vez me ponga duro y le diga lo que tiene que hacer, que «le ponga las cosas claras a Antonio». La consulta duró 8 minutos.

Análisis de las viñetas

También aquí, como en cada uno de los casos, el médico pudo establecer una relación amistosa, cariñosa y profunda con estos pacientes. Sin embargo, con cada uno de ellos empleó estilos diferentes.

En el primer caso empleó un estilo centrado en el paciente, en el que destacó la implicación del propio paciente en la estrategia a seguir para solventar el problema. Las circunstancias de la consulta con este paciente se desarrollaron de forma similar a otros encuentros previos. Esto, seguramente junto al tipo de problema presentado, hizo que el médico emplease el estilo que solía usar habitualmente con este paciente.

El encuentro con María obligó al Dr. Cabrera, en esta ocasión, a emplear un estilo de corte consumista: se esforzó en proporcionarle toda la información que «medio en broma, medio en serio» demandaba la paciente, de manera profesional y eficaz. También se podría interpretar en clave centrada en el paciente, puesto que el médico capta la necesidad de información y de apoyo que precisa y, con una actitud de respeto y gran asertividad, le proporciona

una «dosis» de apoyo junto con la información relevante que solicita.

El hecho más significativo del encuentro con la madre de Pedro fue la obligación en la que se vio el médico de cambiar el estilo que habitualmente utilizaba con ella, el consumista, por otro de corte más paternalista. Algo que, por otra parte, desconcertó a nuestro protagonista.

Finalmente, en el cuarto caso, la irrupción de la esposa de Antonio fue la que obligó al Dr. Cabrera a replantear el estilo de consulta que habitualmente empleaba con el paciente y a introducir los aspectos que caracterizarían un enfoque sistémico. El médico considera como parte del problema no sólo el aumento de la disnea, sino también la preocupación de su mujer, la influencia del síntoma en la relación de pareja, la utilización de la enfermedad por parte de ambos, etc.

El análisis de las viñetas desde esta perspectiva nos puede ayudar a percatarnos de la gran cantidad de circunstancias particulares que en cada momento condicionan el acto clínico en general, y el empleo de uno u otro estilo de comunicación en particular, a la hora de abordar el problema de salud que presentan sus protagonistas, pero también sus estados de ánimo y el conocimiento que el médico tiene de estos pacientes, adquirido después de múltiples contactos previos. Este último aspecto, a pesar de su importancia, no ha sido suficientemente considerado hasta ahora en la investigación sobre la relación médico-paciente. Aunque para que un paciente confíe en su médico los aspectos comunicacionales y de competencia son clave¹⁶, por regla general, la confianza se va adquiriendo progresivamente después de que el paciente interpreta lo que ocurre tras múltiples encuentros¹⁷.

Al igual que los primeros ejemplos, también éstos permiten resaltar el hecho de que cada paciente puede desear estilos de consulta diferentes, pero ahora observamos mejor que incluso un mismo paciente puede modificar el estilo deseado según las circunstancias.

Uno de los retos más importantes que tiene aquí el médico es demostrar su capacidad para realizar una atención individualizada con cada paciente en cada una de las diferentes interacciones que mantiene con

él. Esto implica la necesidad de superar el dualismo científico, ya que sólo una vivencia auténtica de cada nueva situación es lo que puede permitir al médico determinar y adaptarse al tipo de relación clínica más adecuado. Es evidente que para ello unos requisitos básicos debieron presidir sus acciones: quizá el espíritu de servicio o predisposición para la ayuda (que hace que el médico se deba preguntar siempre «¿en qué puedo yo ayudar a esta persona?») y la actitud no utilitarista frente al paciente (la que hace que el médico considere al paciente como si fuera él mismo y le permite, por tanto, aceptar el derecho a discrepar de su opinión) sean de los principales a tener en cuenta.

Reflexiones para el futuro

Las investigaciones y la práctica nos revelan también la existencia de ciertos problemas y paradojas sin resolver por el momento (tabla 2). Como consecuencia de ello, apuntamos a continuación una serie de reflexiones que llevan consigo una agenda de acciones e investigaciones concretas:

1. Para llevar a cabo una buena práctica clínica es preciso conocer y valorar las evidencias científicas disponibles; esto es cierto también en el campo de la relación médico-paciente. Por otro lado, deberíamos fomentar una ciencia de la relación, basada en la evidencia, e incluir como evidencia los sentimientos, las percepciones y las experiencias del paciente y del médico. Deberíamos diseñar investigaciones que nos

ayuden a conocer mejor los factores que muestran una influencia decisiva en la relación médico-paciente: los relativos al contexto sanitario (incluyendo los relativos al tiempo disponible para la consulta, determinadas presiones administrativas, etc.), los personales, los comunicacionales, el valor de la relación continuada en el tiempo con nuestros pacientes, el papel que los pacientes dan a sus familias, las peculiaridades culturales, etc.

2. No todos los pacientes quieren la misma relación con el médico. Las diferencias entre pacientes en cuanto a las expectativas se refiere van a ir en aumento. En nuestra opinión, la transición cultural que se está produciendo en España y en otros países europeos crea una situación en la cual nos tenemos que preguntar, de nuevo, hasta qué punto somos capaces de adaptarnos a las diferentes necesidades de relación con los pacientes. Tal vez, el médico debería saber utilizar los puntos fuertes de los cuatro grandes modelos apuntados de manera consciente. Y, puesto que es comprensible que un cambio radical en el paciente sin preparar al médico pueda encontrar resistencias, necesitamos implementar medidas para entrenar a los médicos a recibir el paciente en el siglo XXI.

3. Algunos pacientes dicen que no quieren participar en la toma de decisiones. A pesar de ello, sería importante darles la oportunidad de ser entrenados, como se hace con los médicos, para que, una vez conocidos los diversos estilos de consulta, puedan elegir el que mejor se adapte a sus necesi-

LECTURA RÁPIDA



Análisis de las viñetas

En el primer caso empleó un estilo centrado en el paciente, en el que destacó la implicación del propio paciente en la estrategia a seguir para solventar el problema.



El encuentro con María obligó al Dr. a emplear un estilo de corte consumista: se esforzó en proporcionarle toda la información que «medio en broma, medio en serio» demandaba la paciente.



El hecho más significativo del encuentro con la madre de Pedro fue la obligación en la que se vio el médico de cambiar el estilo que habitualmente utilizaba con ella, el consumista, por otro de corte más paternalista.



Finalmente, en el cuarto caso, la irrupción de la esposa de Antonio fue la que obligó al Dr. a replantear el estilo de consulta que empleaba con el paciente y a introducir los aspectos que caracterizarían un enfoque sistémico.



Uno de los retos más importantes que tiene aquí el médico es demostrar su capacidad para realizar una atención individualizada con cada paciente en cada una de las diferentes interacciones que mantiene con él.

TABLA 2

No todos los pacientes quieren el mismo tipo de relación con el médico
Los mismos pacientes, cuando son «activados», controlan mejor su enfermedad pero, a su vez, acaban menos satisfechos de los encuentros con sus médicos. Es posible que la «fricción amigable» entre médico y paciente produzca mejores resultados clínicos, aunque la relación sea menos cómoda
Aunque todos quieren más información de sus médicos, no parece que todos deseen saber el mismo tipo de información
Algunos pacientes no desean tomar responsabilidad en las decisiones (p. ej., los ancianos)
No sabemos cuál es el grado de incertidumbre que los pacientes desean compartir con el médico
Incluso un mismo paciente puede modificar el estilo de relación deseado según determinadas circunstancias
Existe poca congruencia en cuanto a los deseos mayoritarios de los pacientes en materia de relación y lo que el médico ofrece
Los estudios sobre la relación médico-paciente no valoran el papel de la perspectiva histórica en la relación entre un médico y un paciente
Tal vez es más difícil cambiar a un médico que a un paciente

LECTURA RÁPIDA

**Reflexiones para el futuro**

Las investigaciones y la práctica nos revelan la existencia de ciertos problemas y paradojas sin resolver.



1. Para llevar a cabo una buena práctica clínica es preciso conocer y valorar las evidencias científicas disponibles.



2. No todos los pacientes quieren la misma relación con el médico.



3. Algunos pacientes dicen que no quieren participar en la toma de decisiones.



4. Cuesta más hacer cambiar a un médico que a un paciente. Pero también es más difícil cambiar a un médico «viejo» que a uno «joven». Para establecer una relación humana de calidad, el médico debe cultivar la capacidad de conocerse, tanto sus motivaciones como sus propias emociones.



5. El rigor de una formación científica debería equilibrarse con una formación humanística, que ayude al médico a centrarse en la vivencia cotidiana y ofrecer una atención individualizada.



dades. Aunque se ha constatado que los pacientes que han recibido entrenamiento para estar «más activados», al tiempo que obtienen mejores resultados en términos de salud, están menos satisfechos de sus encuentros con los médicos.

4. Lo cierto es que cuesta más hacer cambiar a un médico que a un paciente. Pero también es más difícil cambiar a un médico «viejo» que a uno «joven»¹⁸. No tenemos suficientes estudios sobre los métodos de enseñanza de la relación médico-paciente, y menos aún en nuestro país¹⁹. Cuando el médico considera la relación médico-paciente como una medida del cumplimiento de un objetivo en vez de una relación humana, esto puede convertirse en un problema adicional. Para establecer una relación humana de calidad, el médico debe cultivar la capacidad de conocerse, tanto sus motivaciones como sus propias emociones²⁰. Ese proceso de reflexionar y afinar sobre sí mismo es, por tanto, una obligación fundamental.

5. El rigor de una formación científica debería equilibrarse con una formación humanística, que ayude al médico a centrarse en la vivencia cotidiana y ofrecer una atención individualizada a personas en el ámbito de la única realidad existente: la interacción con un paciente particular en el día a día de la consulta. Además de alcanzar un alto nivel de «autoconocimiento», debemos también entrenarnos para fomentar nuestra capacidad de centrarnos en esa realidad²¹.

Bibliografía

- Epstein RM. The Patient-physician relationship. En: Mengel MB, Holleman WL, Fields SA, editors. *Fundamentals of clinical practice*. New York: Plenum, 2002.
- Stewart M, et al. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. London: SAGE, 1995.
- Torío Durántez J, García Tirado M. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:18-26.
- 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;152:1423-33.
- 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.
- Stewart M, Roter D. Communicating with medical patients. En: Knapp ML, editor. *SAGE series in interpersonal communication*. Newbury Park, London, New Delhi: SAGE publications, 1989.
- McWhinney IR. *Medicina de Familia*. Madrid: Doyma Libros, 1995.
- Torio Durántez J, García Tirado MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:17-23.
- Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres L, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002;29:132-44.
- Levinson W, et al. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care* 1993;31:285-95.
- Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care* 2000;38:335-41.
- Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 1996;156: 1414-20.
- Thom D. TSTS physicians, physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract* 2001;50:323-8.
- Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001;33:22-7.
- Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: un ejemplo para la valoración de la efectividad de la enseñanza médica. *Edu Med* 2003 (en prensa).
- Ruiz Moral R, et al. Effectiveness of a training program in interviewing for family medicine residents: the COMCORD project. *Fam Med* 2003;35:489-95.
- Novack D, et al. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. *JAMA* 1997;278:502-9.
- Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282:833-9.