

# 04

# artículo

Ana Sobrino López [Buscar autor en Medline]

Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria Santander - Laredo. Servicio Cántabro de Salud.



## Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años

La forma en la que el médico se aproxima a los pacientes y sus problemas está muy influenciada por los modelos conceptuales sobre los que organiza sus conocimientos. Sin embargo, lo que define a la Medicina como profesión es, ante todo, su carácter de interrelación humana específica. El modelo deseable de interacción médico-paciente ha sido motivo de controversia y debate en los últimos años sin que se haya alcanzado nunca un grado adecuado de consenso; Gran parte de este debate se ha centrado en el conflicto generado por el cambio social en los valores respecto a la autonomía del paciente. Ya en el año 1965 Laín (1) denominaba esta relación médico-paciente como "de ayuda", en la que se podía diferenciar la existencia, por un lado, de una relación que trata al paciente como puro objeto natural y por otro, interpersonal caracterizada por una relación entre dos personas iguales "coejecutivas". En 1992, en la línea anterior, Emmanuel y Emmanuel (2) proponen cuatro tipos de relación médico-paciente diferentes: el paternalista, el deliberativo, el interpretativo y el informativo. La creencia de que el estilo tradicional y mayoritariamente empleado por el médico era el directivo o prescriptivo (el "objetivante" de Laín o "paternalista" de Emmanuel y que también se ha dado en llamar "centrado en la enfermedad") fue comprobado empíricamente por Byrne y Long en 1976 (3) y más recientemente por Roter y col en 1997 (4) como el predominante en los encuentros médicos consiguiendo con ello información sobre la existencia real de distintos modelos de consulta en la práctica clínica.

Históricamente, el estilo de relación paternalista o "centrado en el médico", responde al modelo teórico en el que se fundamenta la ciencia médica oficial y que se denomina "modelo biomédico" o "biomecánico" caracterizándose por un abordaje analítico, que reduce el encuentro clínico a sus componentes medibles: físicos, químicos o estructurales. Esta concepción teórica, sin embargo, tiene importantes limitaciones ya que dicha medición no siempre es posible y sobre todo no siempre es útil en la realidad, mucho más compleja de la práctica clínica, [McWinney 1983 ](5).

La enfermedad o sensación de enfermedad puede tener o no como base un desorden orgánico, pero, en cualquier caso, siempre supone una experiencia de uno mismo, una vivencia personal. A la consideración deliberada, formal y científica del enfermo como persona es a lo que von Weizsäcker llamó, ya en la década de los 20, "introducción del sujeto en medicina". Dicha corriente de la medicina occidental fue denominada por Laín (6) mentalidad antropopatológica o patología personal, y su problema central consistiría, para este autor, en saber de qué modo se personaliza el cuerpo, cómo los procesos somáticos se integran en la vida personal de su titular. Esta mentalidad integradora de los componentes físicos, psicológicos y contextuales de la persona es lo que recientemente han tratado de integrar nuevas propuestas sobre modelos teóricos entre las que destaca por su popularidad el modelo biopsicosocial desarrollado por Engel en 1980 a partir de otros autores (7) también denominado ecológico o "contextualizado", [Emmanuel 1992 (2), Epstein 2001 (8), Turabian 2001 (9) (10), Kernik 2001 (11)].

Sin embargo los antecedentes del mismo habría que buscarlos en la Grecia clásica con Alcmeón de Crotona. En el siglo pasado, los esfuerzos por buscar una disciplina que, tomando al paciente como persona (él "quien" enferma), desarrolle y fundamente teóricamente esta patología personal de la que hablaba Laín se remontan primero a Bernheim y Freud, para quienes, por ejemplo, la subjetividad del paciente intervenía de manera decisiva en la configuración del cuadro histérico. Despues, y ya en un terreno propiamente médico, el propio Weizsäcker en 1927 y Schwarz en 1928, con su *Medizinische Anthropologie*, (citados por Laín P. Historia de la Medicina Barcelona: Salvat, 1978) (6) empiezan a introducir esta perspectiva en el abordaje a problemas "principalmente orgánicos".

La aportación pionera de Freud en esta línea es incuestionable. Una de las principales razones por las que el psicoanálisis se hizo popular fue porque llenaba un sentimiento de

## bibliografía

1. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza;1983.
2. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267:2221-6.
3. Byrne P, Long B. Doctors talking to patients. London, UK: Her Majesty's Stationery Office;1976.
4. Roter D, Stewart M, Putnam S, Lipkin M, Stiles W, Inui T. Communication patterns of primary care physicians. JAMA 1997;277:350-6.
5. Mc Whinney IR. Changing Models. The impact of the Kuhn theory on medicine. Fam Pract 1983;1:3-8 . [Ver más](#)

## enlaces

No hay enlaces de interés



vacio en la relación médico-paciente. Ofrecía una relación en la cual el paciente se encontraba en lo que él creía ser un ambiente de preocupación y búsqueda.

Ha habido otras aportaciones de indudable interés dentro de este marco, entre ellas está la orientación fenomenológico-existencial, que empezó a aplicarse a la psiquiatría y psicología a principios de siglo de la mano de autores como Jaspers (1883 a 1969) primero y Binswanger después, considerando ya la enfermedad humana como proceso y como desarrollo (12).

Fuera de la psiquiatría la medicina psicosomática norteamericana supuso un cambio de mentalidad importante en un ámbito como el de la medicina interna que hasta entonces se había movido en concepciones absolutamente organicistas. Estas corrientes tuvieron su reflejo en España desde los años 60 en el profesor Rof Carballo (13) (14) (15).

La introducción de la perspectiva del paciente en el ámbito de la medicina y la relación médico-paciente, se enriquece con otras aportaciones que citaremos a continuación:

Los estudios etnológicos de Kleinman y col 1978 (16) sobre los modelos explicativos de dolencia que tienen los pacientes, que son discordantes con el modelo biomédico. Si el médico no explora el significado que tiene la dolencia para el paciente, y consigue una aproximación entre los dos modelos, es probable que la evolución sea insatisfactoria. Las teorías del desarrollo humano de Erikson 1980 (17), son la base del modelo biopsicosocial, Erikson dividió el desarrollo humano en ocho etapas y afirmó que en cada una de ellas el individuo tiene una tarea psicosocial que resolver, esto sustentaría las motivaciones y necesidades psicosociales del hombre, que se convertirían en fuerzas que impulsan la conducta humana. Fallos en completar la tarea correspondiente pueden conllevar la aparición de problemas psicosociales y explicar distintas formas de búsqueda de ayuda médica.

La jerarquía de las necesidades humanas de Maslow 1970 (18) también puede ofrecer una explicación a por qué el sujeto demanda ayuda médica por razones diferentes a las biomédicas. Este autor, propuso una escala de prioridades o necesidades comunes a todo ser humano que irían desde las fisiológicas a las de autorrealización. La no-satisfacción de cada una de estas necesidades generaría problemas y demandas de ayuda.

Rogers en 1951 (19) fundamentó su teoría "del crecimiento personal" en la existencia de dos "yo'es": el que percibimos ser, el real, y el que nos gustaría ser, el ideal. El afecto que el ser humano recibe está en función del grado en que se adapte a las normas sociales y familiares, si este grado de adaptación es bajo el individuo es reprobado disminuyendo su autoestima, devaluando su yo real. La denominada "terapia centrada en el cliente" desarrollada por Rogers a partir de dicha teoría ha tenido una gran influencia en psicología y medicina, especialmente en los EEUU, y pretendería promover el afecto positivo incondicional por parte del terapeuta para conseguir superar la disonancia cognitiva que se crea entre el yo real y el ideal y que sería la base de gran número de trastornos.

Llegaríamos finalmente al citado modelo biopsicosocial de Engel 1980 (20) basado en la teoría general de Sistemas de Bertalanffy (21). Este modelo considera la existencia de varios niveles interrelacionados en la jerarquía de los sistemas vivos: El medio interior, la persona y el nivel interpersonal, un cambio o alteración en cualquiera de estos niveles puede afectar a otros, rompiendo así las barreras de lo físico, emocional o contextual en la consulta.

Estos modelos representan marcos teóricos que han servido de base en los últimos años a los médicos generales, en sus esfuerzos por explicar la naturaleza del sufrimiento del paciente y las razones auténticas por las que los pacientes acuden a las consultas, e idear y aplicar métodos de actuación diagnóstico-terapéuticos eficaces en la consulta.

### **Métodos clínicos centrados en el paciente en Medicina General**

Los trabajos de Donovan en ginecología (22) y de Balint con médicos generales (23) constituyeron, ya en los años 50, los primeros esbozos de una nueva metodología, más práctica, orientada hacia el paciente, desde concepciones tradicionales y exclusivamente biomédicas en estos dos ámbitos de la práctica médica. Las aportaciones de Donovan resaltaron la inadecuación del método clínico convencional utilizado para investigar a los pacientes y que llevaba a los médicos a diagnósticos superficiales e inadecuados de las dolencias. Con él, el uso de las preguntas abiertas, la escucha activa y la respuesta a los "ofrecimientos" del paciente empezaron a ser incorporadas de manera efectiva en la entrevista clínica entre los médicos (no psiquiatras), pero sobre todo se apuntaba la importancia de la comunicación clínica en la metodología diagnóstico-terapéutica y una nueva forma de realizar la entrevista clínica que hacía posible de manera práctica la introducción de la perspectiva del paciente. Como Donovan, también Balint estaba convencido de la inadecuación del método clínico convencional para alcanzar un conocimiento profundo de la dolencia del paciente. Analizando con médicos generales desde la introspección del profesional las emociones que los pacientes despiertan en ellos, este autor desarrolló los conceptos de escucha activa y de respuesta a los "ofrecimientos" del paciente como medio para comprender su dolencia (él la denominó la técnica del "flash").

A partir de aquí, en los últimos 20 años, se han sucedido diferentes propuestas de actuación que, tomando la consulta médica (la interacción o entrevista entre el médico y el paciente) como referencia, pretenden distinguirla y clasificarla. Lo que aportan estos enfoques es, como hemos señalado previamente, la consideración e incorporación activa del paciente al encuentro clínico, resaltando todo lo que subyace por debajo de los aspectos estrictamente clínicos de la entrevista. Detrás de todo esto se encuentra un progresivo abandono de los modelos sustentados en roles "autoritarios o prescriptivos o paternalistas" centrados en el médico o del modelo "biomédico estricto o centrado en la enfermedad o incluso en el síntoma"; Para dar paso a otro tipo de modelos como el "informativo y/o colaborativo" (siguiendo en el esquema de los roles), o el "estilo centrado en el paciente" que se focalizaría más en los intereses de los pacientes y trataría de combinarlos con los del médico. Estas propuestas se basan en distintas perspectivas para enfocar el encuentro clínico, unas priorizando los objetivos a conseguir (contenidos) y otras el estilo a utilizar (proceso), Neighbour 1998 (24). La piedra angular de todas ellas, es la necesidad de establecer una comunicación eficaz con el paciente, que permita conseguir los objetivos o tareas planteadas (objetivos que no sólo se mueven en la esfera de lo físico sino de lo personal y contextual) (**Figura 1**). (3) (16) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34).

En la **tabla 1** destacamos los elementos más importantes de esta metodología comunicativa para los encuentros clínicos en medicina general alcanzada en un reciente consenso sobre el tema.

El método centrado en el paciente pretende atender a las necesidades de la persona como tal e incorporarla activamente al proceso de la consulta. La agenda del paciente se convierte en una agenda esencial y obligatoria para el médico. Esto debe tener como consecuencia una mayor efectividad clínica (diagnóstico-terapéutica) y permitir al médico, por una parte realizar una más segura detección de la naturaleza del problema por el qué acude el paciente, [completando el método clínico mediante la incorporación a la exploración del síntoma o la enfermedad de la exploración de la dolencia y del sufrimiento del paciente (con los significados personales que tienen estos en cada individuo y como afectan a su vida familiar y social)] y por otra conseguir unos mejores resultados en la investigación de las distintas variables consideradas de importancia en una consulta médica para la toma de decisiones, incluido el modelo relacional que cada paciente busca con su médico.

Este método también responde a la transformación de la condición de enfermo en los países occidentales con Sistemas de Salud Pública en los que el paciente es además un usuario, consumidor de un servicio que ha pagado, sumándose a la relación médico-paciente esta dimensión sociopolítica. Por lo que respecta al médico esto le convierte además en un proveedor de servicios comunitarios añadiendo a sus responsabilidades la de gestionar fondos públicos.

Esta nueva responsabilidad genera tensiones en el propio desarrollo del acto clínico, en la medida en que debe conciliar dos objetivos no siempre coincidentes sustentados fundamentalmente en el conflicto que el cambio social produce en los valores respecto a la autonomía del paciente y al reparto justo de bienes limitados, [Bueno 2000 (36)].

Por otro lado existen otros factores que van a provocar cambios en las necesidades y expectativas de los pacientes respecto a los médicos y los sistemas sanitarios, destacando entre ellos las restricciones en las prestaciones y cobertura, la mejor educación, el aumento de la publicidad directa al consumidor, el acceso fácil y rápido a la información sanitaria y la mayor implicación en las decisiones. La consecuencia de esto es un mayor auge del consumidor de salud experimentado que demanda una atención personalizada de calidad, [Meneu 2002 (37) Jovell 2001 (38)]

