



## MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

\* Dr. Miguel Ángel Suarez Cuba

### INTRODUCCIÓN

Frente a la atención centrada en las enfermedades, propia de la tecno-medicina, hay quienes propugnan centrar la atención en el paciente. Esto, que desde una perspectiva científica puede parecer poco operativo, no viene a ser sino una nueva formulación del “no hay enfermedades sino enfermos” de Marañón, o una puesta en práctica del modelo biopsicosocial que propugna la teoría de sistemas, modelo en el cual se tiene en cuenta no solo la dolencia orgánica sino cómo la vive el paciente y cómo afecta tanto a su sistema de valores como a su entorno.

El enfoque biomédico convencional ignora a la persona que padece una enfermedad. La información que el médico proporciona no es todo lo completa que debiera. El paciente suele preguntar poco al médico; un alto porcentaje de ellos se quedan con ganas de preguntar y/o no comprenden totalmente la información. La participación del paciente en la toma de decisiones es escasa. Casi el 100% de los pacientes desea que sus médicos les apoyen, les escuchen y les expliquen con claridad.

Las actuales declaraciones éticas se basan en un nuevo modelo de relación clínica que enfatiza la deliberación y participación del médico y paciente en la toma de decisiones. Por lo que, la superación del modelo paternalista en la relación médico-paciente ha llevado a un nuevo punto de equilibrio caracterizado por la toma de decisiones desde la autonomía de los pacientes. Esta nueva situación en el contexto clínico ha sido vivida por muchos profesionales de la salud como una pérdida en el

control de la dinámica asistencial que ha desencadenado situaciones de rechazo y enfrentamiento al ejercicio de los derechos por parte de los pacientes y usuarios.

En consecuencia, el modelo del **cuidado centrado en el paciente** supone un cambio en los parámetros mentales del médico. En este modelo, el médico debe ceder poder al paciente, o compartir el poder, es decir, renunciar al control absoluto que tradicionalmente ha estado en las manos del profesional. La Medicina Centrada en el Paciente surge como respuesta a deficiencias generadas por un modelo reduccionista y ampliando el marco de la Medicina centrada en la Enfermedad, más que presentándole oposición. Se logra así una relación médico-paciente en la que cada cual sabe que esperar del otro, la responsabilidad se comparte (sin detrimento de la parte que le corresponde al médico en base a sus conocimientos), y se intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente, fin último de cualquier interacción entre ambos

### ANTECEDENTES

- El término “medicina centrada en el paciente” fue introducido por Michael Balint y sus colegas (Hunt Joyce Marinker y Woodcock) en 1970, quienes lo contrastaron con la “medicina centrada en la enfermedad”
- El método clínico fue elaborado por Stevens (1974), y Tait (1979).
- Byrne y Long (1976) , desarrollaron un método para categorizar las consultas como centradas en el paciente o centradas en el médico.

\* Médico Familiar, Policlínico Central, CNS.

- Wrigth y McAdam (1979) también describieron los métodos centrados en el paciente y en el médico.
- Un método clínico centrado en el paciente tiene mucho en común con el concepto psicoterapéutico de la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers 1951.
- Balint 1957: Modelo de autoconciencia del clínico.
- Newman y Young describieron el Enfoque en la persona total.

### CONCEPTOS DE MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Para Michael Balint es un método de entrevista médica que le permite al médico hacer un Diagnóstico General; aúna la enfermedad, las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes.
- Según Ian McWhinney, el médico después de la entrevista con el paciente debería poder responder a las siguientes preguntas: ¿Por qué vino el paciente?, ¿Por qué ahora?, ¿Qué significado tienen sus quejas?, ¿Cómo percibe el mismo el paciente?, ¿Cuál es el motivo principal?
- Para Joseph Levenstein, las consultas son más efectivas cuando se logra conocer las expectativas y preocupaciones del paciente, pues cuando nos olvidamos de estas la consulta es menos efectiva.

### CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

- Permite a los pacientes expresar sus preocupaciones más importantes, incluye sus propias inquietudes.
- Persigue que los pacientes verbalicen preguntas concretas.
- Favorece que los pacientes expliquen sus creencias/ expectativas sobre la enfermedad.
- Incorpora la visión del paciente sobre el problema
- Obtiene información que le permite

aclarar el cuadro clínico

- Facilita la expresión emocional de los pacientes.
- Proporciona información a los pacientes.
- Hace partícipe al paciente en la confección de un plan de abordaje y tratamiento.
- Consensua con el paciente los pasos a seguir
- Da una respuesta más integral al problema del paciente.
- Favorece la relación médico-paciente, en la que cada cual sabe qué esperar del otro, la responsabilidad se comparte.
- Intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente.

### COMPONENTES DE LA MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE

Los componentes de la medicina centrada en el paciente son seis:

#### 1. Exploración de la enfermedad y de la experiencia de estar enfermo

El método clínico centrado en el paciente se basa en la distinción entre enfermedad y dolencia.

- **Enfermedad:** expresa la alteración real , morfológica que existe en el organismo
- **Dolencia:** experiencia personal de estar o sentirse enfermo. El diagnostico explica lo que cada individuo tiene en común con otros, pero la dolencia de cada persona es única.

Además de evaluar el proceso de la enfermedad por medio de la historia y los exámenes físicos, el médico busca activamente entrar en el mundo del paciente para comprender su experiencia única de la enfermedad. El médico explora las ideas del paciente acerca de la enfermedad, como se siente acerca de estar enfermo, que espera el paciente del médico y como la enfermedad afecta su funcionamiento.

Los aspectos que interesan son:

a) Sus ideas sobre lo que está mal en ellos (síntomas), b) Sus expectativas sobre lo que debe hacerse, c) Sus sentimientos, especialmente miedos sobre estar enfermo (emociones), d) El impacto del problema en su funcionamiento.

## 2. Comprensión integral de la persona como un todo

Es la integración de los conceptos de enfermedad y dolencia con una comprensión de la persona como un todo. Esto incluye la toma de conciencia de parte del paciente de su posición en el ciclo vital y del contexto en el cual vive.

El comprender a la persona como un todo, mejora la interacción entre el médico y el paciente; el médico que entiende al paciente como una persona completa, reconoce el impacto en la familia, ya sea mejorando, empeorando e incluso originando una dolencia en sus miembros.

El abordaje del paciente debe incorporar aspectos:

a) Familiares, b) sociales, c) laborales, d) culturales, y e) económicos.

- Ej.: Seremos más activos ante una artrosis en una interfalángica de un pianista que tiene concierto al día siguiente o artrosis en la misma articulación en un “desempleado”

Los tratamientos deben ser adaptados a todos los aspectos del entorno que puedan ser relevantes.

- Ej.: Reposo absoluto en una mujer sin medios económicos, 5 hijos y nadie que le ayude, tal vez no sea lo más adecuado, una opción podría ser: “María es importante el reposo en su caso. ¿Qué reposo podría hacer usted?”

## Señales de alerta para explorar más el contexto:

- Visitas frecuentes por dolencias menores.
- Consultas por un síntoma que ha estado presente durante largo tiempo.

- Consultas por una enfermedad crónica que no parece haber sufrido modificaciones.
- Desproporción entre el malestar del paciente y la naturaleza relativamente benigna de los síntomas.
- Falta de recuperación de la enfermedad, lesión u operación en el tiempo esperado.
- Falta de restablecimiento de la tranquilidad del paciente dentro de un lapso razonable.
- Visitas frecuentes con los mismos síntomas o por múltiples motivos.
- Consultas frecuentes de un/a padre/madre con un hijo que presenta problemas menores (el niño como emergente sintomático).
- Visitas de un paciente adulto acompañado por un Familiar.

## 3. El encuentro de un terreno común con relación al manejo

Es la tarea mutua de encontrar el terreno común entre el médico y el paciente y se enfoca en tres áreas claves:

a) La definición del problema y las prioridades, b) El establecimiento de las metas de tratamiento, y, c) La identificación de los roles que asumen el médico y el paciente.

En este modelo comunicacional el profesional debe buscar activamente los siguientes aspectos:

- Acuerdo en el diagnóstico o pauta diagnóstica.
- Acuerdo en el tratamiento.
- Acuerdo de los papeles que representa cada uno en la relación.
- Describir de forma clara y con lenguaje adecuado la definición del problema, metas del tratamiento y roles de cada uno.
- Posteriormente dar lugar a preguntas, dudas o preocupaciones del paciente, discusión mutua de estas y explicitación de los acuerdos.

- Participación del paciente en la decisión sobre cuál es la mejor forma de actuar con el asesoramiento cualificado del profesional, es la mejor manera de asegurar una actuación correcta (...“es importante que haga reposo relativo. ¿Cómo piensa que lo podría hacer?”, “¿le parece bien el tratamiento que le he propuesto?”).
- La expresión de acuerdo ha demostrado aumentar adhesión al tratamiento.

#### 4. Prevención y promoción de salud

Resalta la importancia de utilizar cada consulta, como una oportunidad para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en función al ciclo vital individual y familiar en que se encuentra el paciente. Busca:

- Identificar y abordar factores de riesgo
- Detección precoz de enfermedades
- Disminuir el efecto de las enfermedades:
  - Prevención primaria
  - Prevención secundaria
  - Prevención terciaria

#### 5. El mejoramiento de la relación médico paciente

Enfatiza que cada contacto con el paciente debe utilizarse para construir la relación médico-paciente, al incluir empatía, confianza, solidaridad y la posibilidad de sanación. Cuando los médicos atienden a los mismos pacientes varias veces por diferentes problemas, obtienen un considerable conocimiento personal de los pacientes, lo cual sería una ventaja para el tratamiento de problemas subsecuentes. Los médicos reconocen que diferentes pacientes, requieren enfoques diferentes y los usan en una variedad de formas para conocer las necesidades del paciente.

El propósito de la relación médico-paciente es:

- Ayudar al paciente.
- Intentar mejorar la relación con el paciente en cada encuentro clínico.
- Confianza mutua (aunque esto no siempre es así).
- Mantener actitud abierta y alerta a las necesidades cambiantes del paciente.
- Involucrarse con el paciente.
- No limitar nuestra atención a pacientes que nos garanticen adherencia, “buena conducta” o salud mental.
- Creación del ámbito de intimidad adecuado.
- Autoconocimiento (promueve cualidades de empatía, honestidad y cuidado).
- Uso del efecto placebo que la relación tiene en sí misma.

#### 6. Uso realista del tiempo y recursos (Trabajo realista)

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance. El médico debe ser realista acerca de la cantidad de energía emocional y física requerida. Los médicos con frecuencia presentan una considerable exigencia con respecto a su tiempo y su energía, deben de aprender a manejar su tiempo de manera eficiente para el máximo beneficio de sus pacientes. Los médicos deben de desarrollar destrezas para definir prioridades, asignar recursos y trabajar en equipo.

Se debe ver el modelo como una aproximación a largo plazo. Los elementos que hacen más adaptable este modelo a la realidad son:

- Planificar y organizar los recursos.
- Establecimiento de prioridades.
- Objetivos razonables y alcanzables.

- Controlar el tiempo y la energía emocional.

### **COMO Y CUANDO APLICAR EL MODELO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE**

- Aplicar el modelo tal como se ha descrito, de una manera sistemática, puede no ser viable.
- En ocasiones puede ser útil valorar sólo aquellos aspectos del modelo que tengan más importancia para el propio paciente o proceso que se consulta.
- La observación atenta de la comunicación no verbal o verbal puede ser la clave en muchos casos del problema.
- A veces puede ser necesaria alguna pregunta activa (que puede ser la clave de entrada a toda la vivencia del paciente)
- No siempre se tienen que resolver los problemas en una sola entrevista en atención primaria.
- Algunos pacientes no responden inicialmente al uso de este modelo por determinado profesional (es posible que les “choque”).
- Evidencias científicas publicadas hasta ahora analizan el modelo con los resultados clínicos y la satisfacción que indican una mejoría de estos parámetros.

### **POR QUÉ APLICAR EL MODELO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE**

- Aumenta la satisfacción tanto del médico como del paciente.
- Disminuye los litigios por mala práctica.

- Reduce la utilización de los servicios de salud (exámenes complementarios e interconsultas).
- Mejora la recuperación de problemas recurrentes en adultos y la salud emocional de los pacientes.
- Mismo tiempo que una consulta habitual.
- Mejora la adherencia a los tratamientos.

### **CONCLUSIONES**

La introducción constante de adelantos tecnológicos, al mismo tiempo que apoya el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, le confiere un carácter dicotómico al distanciar al médico del paciente.

La práctica médica demanda de una nueva conceptualización con el fin de incorporar los valores humanísticos en su quehacer cotidiano.

Las condiciones de una relación médico-paciente exitosa se basan principalmente en mantener una verdadera comunicación y no un mero intercambio de información. Los pacientes, como mínimo, necesitan saber que el médico ha entendido cuál es su problemática, que se les ha hecho un diagnóstico y propuesto un tratamiento acertado, y los más exigentes, quieren entender cuál es su problemática claramente y participar en la toma de decisiones sobre su salud.

Por último, tomar decisiones de forma compartida implica tener en cuenta las expectativas del paciente (en ocasiones también de la familia), proporcionar información actualizada según los últimos conocimientos, identificar las incertidumbres, invitar al paciente a expresar su preferencia y verificar que ha elegido lo más adecuado para él.

## REFERENCIAS

1. Costa-Alcaraz AM, Almendro-Padilla C. Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Aten Primaria* 2009;41(5):285-7
2. Rodríguez SJ, y cols. Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González* 2006;7(3):132-140.
3. Sáez M. Modelo clínico centrado en el paciente. *Arch Med,Fam y Gen* 2008; 5 (1): 2-11.
4. Loriente-Arin N, Serrano-del Rosal. Hable con los pacientes, no para ellos. *RIS* 2009; 67(2): 309-328
5. Barca Fernández I, et al. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2004;33(7):361-7
6. Trigub A, Cantale C. Medicina centrada en el paciente. *Diplomatura en Medicina Familiar* 2006
7. Ian McWhinney. *Medicina De Familia*. Mosby Doyma 1995
8. *Patient Centered Medicine- Transforming the Clinical Method*. Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam, Freeman . Ed. SAGE 1995
9. Ruiz Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación medico paciente. *Aten Primaria* 2003;32(10):594-602
10. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA* 2004;291:2359-66.