

LA MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE¹

Adaptado por Dra. Karen Arancibia

Revisado por Dres. Alicia Arias-Schreiber, Juan Pablo Vilches, Lidia Campodónico.

Mayo de 2020

Los conceptos resumidos en este texto parten de los desarrollos del grupo canadiense liderado por McWhinney en el cual participó inicialmente Levenstein, ideas que se han desarrollado y aplicado en el campo de la Medicina Familiar.

The Patient-centred general practice consultation



JH LEVENSTEIN

KEYWORDS: Physicians, Family; Patient Compliance; Patient Participation; Continuity of Patient Care; Communication Barriers; Nonverbal Communication; Social Facilitation; Physician-Patient Relations; Models, Psychological.

Curriculum Vitae
Dr Joseph Henry Levenstein graduated at UCT in 1965 with MB ChB and in 1972 he obtained the MFGP(SA). He is currently Head, Unit of General Practice, Dept. of Community Health at UCT and is examiner for the Faculty of General Practice Examination.

He has received numerous rewards and honours amongst which are the Louis Leopold Medal for the most outstanding article in the *S Afr Med J* (1971) and the Noristan Gold Medal for contributions to medical science (1976).

He has served on various academic and medical committees and was Vice-President of WONCA (1978-'80). He is serving on the committee of the SA Academy of Family Practice/Primary Care as well as on the Faculty of General Practitioners of the College of Medicine of South Africa. He has 34 publications to his credit.

Dr JH Levenstein MB ChB(UCT) MFGP(SA)
SA Academy of Family Practice/Primary Care
Medical House
Central Square
Pinelands
7405

Summary

What happens between the doctor and the patient in General Practice? Are the patient's needs met? Dr Levenstein discusses the vital importance for the GP of having a model to work from during a consultation which is patient-orientated and not doctor-centred. This will help the doctor to ascertain the real reason for the patient's visit, to understand his problems and to enter into his world. Simplified examples of doctor-patient interactions are given to illustrate how the model operates by paying attention to the patient's expectations, his feelings and his fears.

SA FAMILY PRACTICE SEPTEMBER 1984 276 SA HUISARTSPRAKTYK SEPTEMBER 1984

¹ Adaptado de *"Medicina Centrada en el paciente"* Autora: Dra. Pilar Vargas. Revisado y Adaptado por Dr. Reinaldo Muñoz, Médico Familiar. Texto docente Departamento atención primaria y salud familiar, 17º Diploma Salud Familiar, año 2017.

<https://pdfs.semanticscholar.org/168f/84853d5fb51efc99270d2b0a58664926b4f1.pdf>

Se definen ***seis componentes interactivos*** de este Modelo Centrado en el Paciente:

- ***Exploración tanto de la enfermedad como de la experiencia de estar enfermo (dolencia):***

Existe una gran proporción de consultas en las cuales no podemos definir enfermedades desde el punto de vista biomédico aunque la persona se siente muy enferma, en otras ocasiones tenemos pacientes con problemas de salud, de distinta gravedad, en las que no se sienten enfermos. El diagnóstico nace cuando es posible *estructurar un problema sobre el cual se puede intervenir* y le da sentido a una situación de incertidumbre, lo cual resulta *tranquilizador tanto para el médico como para el paciente y su familia*. Aquí puede surgir un primer nivel de malentendidos, porque los mismos términos pueden tener diferentes significados para el médico y para el paciente. A este tipo de diagnóstico tradicional el grupo de Balint lo denominó ***Diagnóstico centrado en la enfermedad***, el cual es muy valioso y necesario, pero no suficiente. Algunos de sus riesgos son la *rotulación de las personas por sus enfermedades* y basar el *éxito profesional en la capacidad para realizar diagnósticos, independiente de la capacidad de restaurar bienestar en el paciente*.

El método clínico centrado en el paciente se basa en la distinción entre enfermedad (*disease*) y dolencia (*illness*). ***Dolencia*** es la palabra que algunos utilizan en español para referirse a ***la experiencia de estar o sentirse enfermo***. Se refiere a la forma como la persona enferma, su familia o el entorno social perciben, categorizan, explican, viven con, y responden a los síntomas, a las incapacidades y limitaciones que producen las enfermedades. ***Es la experiencia vivida*** de monitorear los procesos corporales, como dolor abdominal, congestión de las mamas, articulaciones dolorosas, fatiga, etc., y la ***evaluación que se hace de estos procesos*** como normales o anormales, esperables o no, leves o serios, que necesitan o no un tratamiento. También la dolencia incluye las ***formas de angustia causada por esa percepción y los procesos de adaptación*** del paciente y/o su familia a la cotidianeidad de su trastorno y ***los juicios clínicos del paciente, sus ideas acerca de cómo manejarse con la enfermedad y los problemas prácticos que le acarrea*** en el diario vivir. Cuando el paciente consulta, ya tiene un modelo explicativo de su enfermedad, del cual puede o no estar plenamente consciente. La conducta frente a la enfermedad consiste en la manera en que una determinada persona o familia decide cuándo buscar atención médica para diagnosticar el problema y/o iniciar un tratamiento, determinado por rasgos de personalidad y patrones familiares que implican el grado de alarma frente a los síntomas, la capacidad de autocuidado, además de la accesibilidad a la atención médica o al sistema de salud y los valores o sistemas de creencias culturales de la sociedad en la cual se vive.

El trabajo en CESFAM - como parte de la estrategia de atención primaria - implica que los miembros del equipo de salud atienden a sus pacientes y familiares en ocasiones vinculadas entre sí y a través de largos períodos. Esto da una amplia oportunidad de llegar a conocerlos en sus maneras de comportarse frente a la enfermedad y el sufrimiento.

- **Conocimiento de la persona.**

Según Balint, el diagnóstico general tendría que tener en cuenta las presiones externas a las que está sometido el paciente, su mundo interior, su relación con personas significativas para él y también la forma que ha tomado la relación médico - paciente. El paciente es un padre o una madre, hijo/a, abuelo/a, etc., y tiene una historia, unas circunstancias presentes y un futuro. Tiene relaciones, obligaciones y una organización de su vida que puede ser saludable o no. Cada etapa del desarrollo vital tiene sus propias tareas evolutivas y roles que cumplir así como riesgos biológicos y psicosociales. El contexto del paciente incluye su familia, amigos, trabajo, religión, escuela, recursos de salud y otras determinantes sociales. El reconocimiento de este contexto permite que el médico no vea los problemas de salud como eventos aislados sino como respuesta a, o insertados en, crisis vitales, estrés, hábitos inadecuados, relaciones familiares, red de apoyo comunitario, etc. El contexto familiar tiene una importancia particular porque es en la familia donde se aprenden pautas de salud o enfermedad, se pueden transmitir algunas enfermedades (hereditarias, infecciosas, sociales), se adquieren estilos de vida, se cuida a los enfermos, etc.

La familia debe ser considerada como una unidad emocional, y una organización que pasa por ciclos biológicos socialmente pautados. Estos ciclos han ido evolucionando junto al concepto familia y alejándose de concepciones rígidas y conservadoras. Si la familia tiene una organización facilitadora que le permita cumplir con sus funciones va a transitar las diferentes etapas del curso de vida sin demasiada amenaza para la estabilidad y ayudará al cambio. Si la organización familiar es rígida, es más posible que se presenten problemas que pueden manifestarse como problemas de salud.

- **Establecimiento de un campo común con relación al manejo de los problemas:**

Durante el encuentro clínico, tanto el médico como el paciente definen y logran acuerdos sobre lo que es importante o prioritario para la salud y/o calidad de vida del paciente. Esto puede sonar un poco extravagante, dado que en nuestro medio se privilegia el modelo paternalista y/o autoritario de la RMP. Es deseable que entre médico y paciente haya acuerdo en las siguientes áreas:

- o Definir problemas: Si no hay acuerdo sobre la naturaleza del malestar, es difícil establecer un plan de manejo aceptable para ambos. Es necesario que lo que el médico interpreta y presenta como problema sea coincidente con lo que el paciente vive como su problema. ***Todas las personas tienen algún modelo explicativo de su dolencia y es necesario que el médico lo investigue y reconozca***, porque la expectativa o los temores del paciente están basados en su forma de explicar la enfermedad que padece.

- o Establecer objetivos y metas de tratamiento comunes: La ***recomendación terapéutica debe ser consistente con la visión del paciente y hacer sentido a su concepción de la enfermedad***. Los modelos explicativos del médico y del paciente acerca de un problema de salud pueden ser convergentes, lo que facilita las prescripciones e indicaciones de manejo, o pueden ser divergentes, lo que hace necesario un proceso de *negociación* con el paciente, en donde es importante no personalizar el rechazo del paciente a su idea sino evaluar ampliamente la experiencia del paciente o sus expectativas. Este paso se relaciona con el conocimiento de las expectativas que el paciente tiene de la consulta actual. Si se sintió escuchado va a escuchar al médico. Aquí es donde se pone en juego la empatía, que es la capacidad de entrar en el mundo emocional (temores, confusión, esperanzas) del paciente. Además de la capacidad empática es también útil hacer preguntas específicas como:
 - ***¿Podría decirme que es lo que espera de mí hoy?***
 - ***¿Cómo espera (o quiere) que lo ayude con este problema?***

Conocer los recursos de los que dispone el paciente, sean estos emocionales, de apoyo social, económicos, de sistema de salud, de conocimiento, etc., es también una condición para lograr acuerdos. El establecimiento de objetivos y metas debe ***tener en cuenta las soluciones que ya ha intentado*** el paciente, sea por sí mismo o por intermedio de otros profesionales y saber si han tenido éxito o fracaso, así evitamos dar indicaciones que ya fracasaron para el paciente y la consecuente desesperanza que esto puede generarle. La no adherencia a las indicaciones puede ser la expresión de un desacuerdo del paciente con respecto a su enfermedad o tratamiento. Si no se reconoce la *agenda* del paciente no se pueden lograr acuerdos.

- o Explicitación de tareas de médico/a, paciente y la familia: Si el médico basa la valoración de su trabajo en diagnosticar y curar enfermedades puede tender a tratar a sus pacientes como objetos pasivos. Los pacientes están buscando un médico que exprese interés y preocupación por su bienestar, que lo vea como un



ser autónomo con derecho a tener voz en las decisiones acerca del tratamiento, de su cuerpo y de su vida. El médico debe también establecer claramente sus expectativas acerca de la participación del paciente en el tratamiento y ver qué está dispuesto éste a hacer o cambiar para mantener o recuperar su salud (motivación). Esto es válido particularmente con adultos autónomos. En caso de niños, personas dependientes o con problemas severos de salud es necesario apoyarse en la familia como recurso principal para el cuidado del paciente. Cuando se trata de enfermedades crónicas que exigen cambio de hábitos de vida, no se debe ser ingenuo y pensar que la indicación va a generar un cambio. Muchas veces es preciso establecer contratos específicos y hacer un seguimiento prolongado. Como hay médicos autoritarios, hay pacientes demandantes de esa autoridad que depositan en el médico la responsabilidad total por su salud y creen que frustran al profesional cuando no cumplen una indicación. Existen otras personas que tienen dificultad en aceptar una posición de pasividad y tratan de mantener el mayor grado de control sobre su vida. Para cada uno de estos casos el médico debe tener una adecuada forma de respuesta y de relación.

- o Logro de objetivos comunes: Al final de este proceso, se debe ***dar lugar a preguntas, dudas o preocupaciones del paciente, discusión mutua de estas y por último la explicitación de los acuerdos.*** En el caso de no lograr un acuerdo, el médico debe flexibilizar su posición y tratar de “negociar” con el paciente.

- **Prevención y promoción de la salud:**

La prevención y la promoción de la salud son actividades de gran importancia en la tarea que desarrolla el médico general y especialistas en medicina familiar de atención primaria. Estos temas serán tratados más adelante en esta asignatura.

- **Enriquecimiento de la relación médico paciente:**

El propósito en la relación médico-paciente es ayudar al paciente. Se considera en general que las y los médicos deben poseer ciertos atributos que facilitan el desarrollo de una relación terapéutica: ***empatía, congruencia, respeto, confianza, honestidad, ser capaz de preocuparse por el otro*** y de ***cuidar***. La confianza debe ser mutua y por supuesto la disposición a compartir el poder y aceptar las diferencias. Cassell en 1991 describió el papel de la confianza y reciprocidad en la relación médico paciente: ***“Los médicos son personas que debido a sus conocimientos especiales están investidos de poder para actuar en virtud de la confianza dada por los pacientes y por lo mismo adquieren responsabilidades”***. En sus acciones en beneficio de la persona enferma, con el peligro de fallar sus responsabilidades, los médicos se sienten amenazados por lo que amenaza al



paciente. Sin embargo, la relación médico-paciente no siempre es recíproca. El compromiso del médico excede los fracasos debidos a limitaciones o patología del paciente. No podemos limitar nuestra atención a pacientes que nos garanticen adherencia, “buena conducta” o salud mental. El tipo de relación que se propone en este modelo demanda ***compartir el poder y el control entre el médico y el paciente***.

Un adolescente que necesita información [de un experto] también necesita mantener el control de su propia vida porque desea ser tratado como un adulto y al mismo tiempo ser cuidado. El médico debe mantenerse abierto y alerta a esas necesidades cambiantes de control por parte del paciente, como un aspecto esencial de la colaboración. La alianza terapéutica resultante se relaciona con el incremento de la sensación de autoeficacia, es decir, de estar en control de sí mismo y de su mundo. El proceso del ***cuidado significa estar completamente presente e involucrado con el paciente***. La cercanía emocional es terapéutica porque hace sentir al paciente reconectado con la humanidad, sentimiento que se pierde cuando hay sufrimiento físico o emocional. Un aspecto esencial en el cuidado es reconocer las diferencias y particularidades de cada persona.

- **Trabajo realista:**

Los problemas de los pacientes son cada vez más complejos y multifacéticos, el tiempo escaso, los recursos mínimos, las energías emocionales y físicas de los médicos están sobre-exigidas y las demandas burocráticas son abrumadoras. Debe haber realismo en el modelo centrado en el paciente, dadas las propias limitaciones humanas, lo que implica no abordar utopías de salud, conocer a qué está dispuesto un paciente, cuál es su compromiso, con qué recursos de su equipo, redes sectoriales (o asistenciales), intersectoriales y comunitarias se cuenta.

- **Tiempo y oportunidad:** las consultas en las cuales se logra la comprensión de la dolencia y/o la enfermedad, el conocimiento de la persona total del paciente, son el mejor uso de los recursos a largo plazo, al evitar que el paciente regrese a buscar un reconocimiento más adecuado de sus problemas, pedidos de análisis o de derivaciones innecesarias debido a que los problemas no fueron jerarquizados adecuadamente. No todas las áreas de los problemas que lleva el paciente se exploran en cada visita. Precisamente uno de los puntos fuertes del trabajo en atención primaria es la atención longitudinal del paciente, lo que le da la posibilidad de explorar problemas complejos a lo largo del tiempo. Una vez establecida una relación cercana y de confianza entre médico y paciente se puede llegar al corazón de los problemas rápidamente. Si bien no es necesario ocuparse de todos los problemas de todos los pacientes en cada consulta, sí es necesario reconocer cuando un paciente necesita más tiempo; si éste se presenta con múltiples problemas, es necesario establecer cuáles son los aspectos o asuntos

que más apremian en ese momento. Esto requiere ***establecer prioridades, guiándose por las mayores preocupaciones del paciente y la evaluación de la gravedad potencial de los problemas.*** Cuando la seguridad del paciente o de otra persona está en juego, el rol del médico debe ser más directivo. Al establecer prioridades, se consensúan los problemas a tratar en esta instancia, y se define aquellos que se dejarán para otra oportunidad.

- o Acceso a recursos y construcción de equipo: En las grandes ciudades resulta casi imposible conocer todos los recursos disponibles para apoyar las acciones de salud de los pacientes, pero sin duda hay que tener la disposición de conocer el contexto.

