

POLICLINICO COMUNITARIO DOCENTE SUR
CIEGO DE AVILA

La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable
The doctor-patient relationship: complexity of an indispensable link

Adolfo Orestes Antúnez Baró (1), Ania Torres González (2).

RESUMEN

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente-familia es un arte complejo y difícil de dominar, es la piedra angular en la atención médica, que tiene miradas diferentes por diversas causas desde el punto de vista del médico, el paciente y la familia, que pueden interferir en una buena relación de inter pares; el interés final de ambos es común, ofrecer y recibir respectivamente una atención de salud adecuada. Este trabajo pretende dar una visión global de la relación médico-paciente y destacar la importancia de la comunicación y del comportamiento humano, que debe existir en todos los niveles asistenciales donde se establezca este vínculo (atención primaria y hospitalaria), se señalan factores que influyen en la relación, atribuibles al médico y al paciente; se pretende mediante un cuestionario de nueve preguntas esclarecer hasta cierto punto la situación actual del problema y brindar recomendaciones para realizar una buena relación médico-paciente-familia.

Palabras clave. RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, ÉTICA, MORAL, BIOÉTICA, MÉTODO CLÍNICO.

1. Especialista de 1er. Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er. Grado en Pediatría. Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

La competencia comunicacional es común a muchas profesiones, es decir constituye una competencia genérica. Pero cuando se trata de las ciencias de la salud, adquiere características particulares no solo porque la relación médico-paciente-familia (RMPPF) es diferente a otras relaciones profesionales, sino porque además a esto se agrega que es una competencia básica para la tarea multi e interdisciplinaria y la medicina de hoy requiere de la integración de saberes y deberes y del trabajo en equipo.

En la práctica médica de hoy la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al paciente sin integrar las características de su personalidad y la persecución que tiene de su problema así como sus condiciones sociales y las circunstancias que pueden determinarlos o agravarlos (1). La relación médico paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos (2). En ella intervienen varios factores: las características de la personalidad del paciente y del médico; los aspectos comunicacionales constituidos por el contenido verbal y no verbal del mensaje que se transmite, las conductas y actitudes que dependen del rol que desempeña cada uno de los miembros de la relación, las interacciones afectivas, (transferencia, contratransferencia, empatía) y las características del ámbito en el que la relación se desenvuelve (1-2). Lo primero que un médico debe hacer para informarle a su paciente que padece una enfermedad, es comprender que significa la enfermedad para el paciente, es decir, la conciencia, vivencias, expectativas, preocupaciones y temores que la misma le genera y evaluar cómo reaccionará ante dicha enfermedad; esto permitirá la conducta de afrontamiento a implementar. Pero para comunicarse e informarle al paciente, el profesional de la salud deberá además evaluar la capacidad de comprensión del mismo; el desenvolvimiento de sus funciones psíquicas, su capacidad de entender, el lenguaje que utiliza y entiende, su nivel de instrucción, sus creencias, las distorsiones de la realidad causadas por las defensas que implementa y los problemas afectivos que pueda presentar (3). El presente trabajo tiene como objetivo demostrar la importancia que tiene la relación médico-paciente-familia como eje transcendental de la atención médica, que influye en la calidad y cantidad de información que se obtiene del paciente, así como también el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente.

DESARROLLO

El método clínico y la relación médico-paciente.

El método clínico, surgido en la antigua Grecia con la escuela Hipocrática de Medicina, dicta el camino a seguir en la búsqueda del diagnóstico médico de la salud o la enfermedad, para de esta forma establecer un pronóstico y tomar decisiones terapéuticas adecuadas si fuera necesario (4). El mismo tiene entre sus componentes fundamentales, la relación médico-paciente, el interrogatorio y el examen físico, al ser la historia clínica su herramienta más importante en la recogida de datos (2). Si se pretende alcanzar durante el presente siglo una medicina de calidad, más humanizada y menos costosa, se necesitará enfatizar que la habilidad fundamental del médico clínico, y especialmente del médico de medicina general integral (MGI), gira alrededor de la relación médico-paciente, la búsqueda de la información, su análisis, el razonamiento médico y la decisión terapéutica, es decir, el dominio con excelencia del método clínico (5). En ocasión del XI Congreso Nacional de Medicina Interna y del XXIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Medicina Interna, celebrado del 13 al 16 de mayo de 2013 en el Palacio de las Convenciones de La Habana; el Dr. Alfredo Espinosa Brito señaló durante la apertura cubana a modo de conclusión: "Ante los planteamientos de algunos, sobre el fin de la Clínica y la Medicina Interna, ante el empuje de las especialidades, de los avances tecnológicos sin un uso apropiado y de la organización fragmentada de los servicios de atención médica en el presente -y, supuestamente, en el futuro-, nos solidarizamos con el planteamiento de que la clínica y su método adquieren en nuestro tiempo un valor todavía mayor que en el pasado" (6). Los autores del presente artículo consideran que el método clínico no ha perdido vigencia, por el contrario, continúa con el papel protagónico en el ejercicio racional y humano de la medicina actual y futurista, su herramienta, la relación médico-paciente, cuando es adecuada, constituye en sí misma un acto terapéutico basado en la confianza que deposita el paciente en el médico en su calidad de experto (7).

¿Cuál es la situación actual de la relación médico-paciente?

Desde la antigüedad se ha reconocido que una adecuada relación médico paciente es un factor importante en la recuperación de los enfermos (7). A lo largo de la historia de la medicina la relación médico-paciente ha cambiado. De una medicina paternalista de mediados del siglo XX ha evolucionado a la actual posición superior del paciente en relación al equipo de salud (8). Espinosa Brito señala que en muchos países especialmente en los desarrollados la relación médico-paciente está en crisis y cuesta abajo (9). Ejemplo de ello son los cambios iniciados con la revolución industrial inglesa del siglo XVII y la revolución francesa del siglo XVIII que abrieron el camino para las revoluciones sociales de mediados del XIX, fundamentalmente en Francia y Alemania. El siglo XX trajo grandes logros en el campo de la medicina, tanto en el campo de los descubrimientos científicos y el mayor conocimiento de la anatomía y la fisiología humanas, así como la patología y la terapéutica. El nuevo siglo trajo también pérdidas, como las ocasionadas por el tratamiento inescrupuloso de las personas que fueron "utilizadas" en experimentos "científicos" por médicos nazis, en los campos de concentración, durante la II Guerra Mundial, lo cual motivó, una vez finalizada la Guerra y conocidos estos crímenes de lesa humanidad, se aprobara el Código de Nuremberg, que regula éticamente las investigaciones con seres humanos (10). La crisis de los valores más importante de los años sesenta del pasado siglo XX, originadas por factores sociales, económicos y políticos se produjo en Estados Unidos, basta señalar el gran escándalo provocado por el caso Tuskegee, cuyo informe revelaba el acto criminal del estudio de la evolución de la sífilis, sin medicamentos, al utilizar una muestra discriminatoria (población negra), que, además, desconocía el peligro al que estaba sometida (11-12). Otros autores también reconocen esta crisis (Young P y col.) en Argentina) (13- 14). En la Declaración de Ginebra se exige al médico que debe "velar ante todo por la salud de su paciente" y el Código Internacional de Ética Médica estipula: "El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad" (15). A pesar de lo anterior, es común que ocurra un deterioro en la relación médico-paciente (16). En una visita realizada a un foro de IntraMed titulado "Relación médico - paciente en crisis"; bajo el tema: ¿Cómo se maltrata al paciente hoy?, médicos de distintos países latinoamericanos (cubanos, peruanos, mexicanos, ecuatorianos, venezolanos, colombianos, chilenos, etc.) reconocen este hecho (17). En ocasiones se observa en hospitales y policlínicos de la provincia reclamos de pacientes y familiares atribuibles a una mala relación médico- paciente.

¿Qué se entiende por relación médico-paciente-familia?

El actual siglo, con su desarrollo socioeconómico, cultural, político y científico tecnológico, ha ampliado la relación médico-paciente tradicional a una dimensión más abarcadora, la relación médico-paciente-familia. Si bien la información al paciente se ha introducido en la práctica sanitaria (18), en algunos casos, habrá pacientes que son incompetentes para tomar sus propias decisiones, ellos requieren de un apoderado, previamente elegido por el paciente o alguien designado por un tribunal. Frecuentemente, los apoderados para la toma de decisiones son miembros de la familia o amigos cercanos, que han sido elegidos porque se considera que tienen la mejor percepción de los valores e intereses del paciente (19-20). Algunos padecimientos que pueden generar esta situación son: deterioro cognitivo, enfermedad crónica incapacitante, pérdida de la autovalencia, dependencia económica, etc. (16,21). La relación médico-paciente-familia es el vínculo que se establece cuando un paciente, su familiar u otra persona relacionada con el paciente, se acerca a algún miembro del equipo de salud para solicitar sus servicios; con el tiempo se crea un lazo de orden afectivo y de reconocimiento entre ambas partes, que hace que el paciente deposite su confianza en el profesional. Se generan así una serie de deberes y obligaciones. La relación médico-paciente es el eje de la atención médica (22). El encuentro médico-paciente constituye el acto más trascendente en el ejercicio de la profesión. En la medida que mejore ese lazo en cuanto al tiempo, el afecto y todos los demás aspectos de ese contrato, que se establece entre ambas partes, la atención médica se podrá considerar superior (23). Dickey B y Wagenar en 1966, propusieron atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad hecha por el clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento y a la percepción familiar de la sobrecarga que la situación implica (24). Se considera que para todos está claro que la salud es un problema social, más que individual, de manera que en el acto de atención de salud no solo están presentes el médico y el paciente, sino que tras el primero está todo un equipo de salud, y tras el segundo está su familia, la comunidad a la que pertenece, su colectivo laboral, profesional, las organizaciones de masas, políticas o religiosas a las que pertenece, en fin, la sociedad en la que está insertado (25).

El médico y la enfermedad.

Para el médico la enfermedad tiene un significado particular diferente al del paciente. El mismo ha adquirido a lo largo de su formación, desde que era estudiante, enorme cantidad de conocimientos, algunas habilidades y destrezas y también, aunque con menos énfasis y mayores dificultades, actitudes éticas. Con todo este bagaje logrado con gran esfuerzo, persigue el objetivo de desempeñarse lo mejor posible en esta profesión elegida por razones individuales diversas, sobre una base general de vocación de servicio y afinidad por los desafíos. El médico se encuentra frente al paciente en posición distinta, pues no sufre la enfermedad y cuenta con la preparación para prevenirla, entenderla, resolverla o atenuarla.

¿Qué factores personales del médico influyen en la relación médico-paciente?

En la concepción que tiene el médico del paciente y la enfermedad que lo afecta, influyen numerosos factores personales: su situación emocional y afectiva, su autoestima, la confianza en la propia preparación profesional, sus creencias y concepciones, su personalidad, su historia individual y familiar relacionado con la enfermedad que se trate y de la medicina misma, las características de la enfermedad que enfrenta, las dificultades para el diagnóstico y/o tratamiento, la etapa de la vida por la que atraviesa, su situación social y económica, el grado de malestar o de bienestar en el ámbito laboral. Otros factores relacionados con el desarrollo de la carrera médica, como la necesidad de estar actualizado, de lograr títulos de especialización, de realizar posgrados, de presentar trabajos de investigación son importantes. Además, existen factores económicos que influyen en el desempeño profesional tales como la sobreocupación, que en la actualidad es evidente y, que implica no solo atender a más pacientes de lo que sería conveniente, lo que exige del profesional de la salud, gran flexibilidad y capacidad de adaptación. También son factores estresantes la subutilización de habilidades, adquiridas por el profesional, cuando este no puede aplicarlas en su lugar de trabajo; la rutinización de la tarea, el tiempo breve de consulta, las carencias en la infraestructura y los insumos insuficientes o de menor calidad y eficacia. Se podría decir entonces, que la profesión médica es altamente estresante en sí misma y por esta razón el síndrome de Burn-Out, es frecuente entre los profesionales de la salud (26).

El paciente-familia y la Enfermedad.

Para los pacientes-familias, la enfermedad tiene una valoración significativa particular, acuden porque se sienten enfermos (pueden tener cualquier daño orgánico o funcional), que le pueden provocar dolor, decaimiento, falta de aire, fiebre, etc. Todas las enfermedades en mayor o menor grado generan valoraciones espirituales de alta significación para los que la padecen, ansiedad, angustias, temores, susto, depresiones (27). El paciente necesita ser atendido, escuchado e interrogado (Anamnesis), examinado (Examen físico), se le debe dar un diagnóstico presuntivo, se le indicarán los complementarios necesarios (al seguir los principios bioéticos de no dañar y hacer siempre el bien), posteriormente se le informará el diagnóstico confirmatorio y su pronóstico, (según el principio bioético de la veracidad), después se informará lo relacionado con el tratamiento (según el principio bioético del consentimiento informado); en todo momento de la relación entre paciente-familia y médico, el paciente necesita ser tratado (bajo el principio bioético de justicia). Todas las personas son potenciales pacientes. Cuando está comprometida su salud, se desea ser atendidos por médicos con una sólida formación sedimentada con la experiencia, con sentido común y con la tranquilidad espiritual necesaria para adoptar las mejores decisiones (14,28).

¿Qué factores personales del Paciente-familia influyen en la relación-médico paciente?

El sentirse enfermo, el desconocimiento de la enfermedad, sus creencias, las distorsiones de la realidad, la angustia, las preocupaciones, el miedo, la ansiedad, la depresión (27), el nivel cultural, el estatus económico, el apoyo familiar, social y otros.

¿Qué importancia tiene una relación médico-paciente adecuada?

Un aforismo hipocrático ya lo manifestaba hace 2500 años: "Muchos pacientes se curan con la satisfacción que le produce un médico que los escucha" (29). En la práctica profesional, en múltiples ocasiones se tiene esta experiencia, la cual es más satisfactoria cuando se toca al paciente, durante la realización del examen físico. El paciente necesita y espera que se trate su enfermedad, la cual es parecida en todas las personas, para ello es necesario que se utilicen los conocimientos científico-técnicos existente al alcance (complementarios, técnicas de imagen, así como tratamientos novedosos y de última generación), pero lo más valorado y sensible para el paciente-familia es el juicio individualizado y humanístico del médico puesto en función del paciente, el altruismo, el sentido de servir a los demás, el sentido de cumplir con lo que se debe hacer en cada momento y en distintas situaciones. Un momento especial de esta relación es la que se produce al final de la vida, momento en que existe una enfermedad avanzada, progresiva, e incurable, con síntomas múltiples y multifactoriales, intensos y cambiantes, con impacto emocional en el enfermo, la familia o el entorno afectivo y en los propios miembros del equipo de salud, con pronóstico de vida limitado por causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes y otras enfermedades y condiciones relacionadas con la edad avanzada; cuando las tecnologías no tienen sentido de aplicación, pero que en ese momento se debe asistir al paciente y la familia, darle apoyo y ayudarlo a morir con tranquilidad, para ello se le dará los cuidados paliativos que permitan aliviar el dolor, vómitos si existieran, consolar al paciente y su familia, ser empático (30).

Se dice que la comunicación es el mejor indicador de la calidad de una relación, y esto es especialmente cierto en el caso de las interacciones entre los médicos y sus pacientes. Estos últimos carecen de conocimientos médicos, por lo que se valen de la calidad de su interacción humana para definir la calidad de su atención. Una encuesta realizada entre abogados argentinos que defienden médicos, mostró, que el 70% de los juicios por mala praxis fueron aparentemente precipitados por una pobre comunicación del médico o por actitudes negativas del mismo hacia el paciente (31).

¿Qué situaciones ponen en peligro la praxis de una relación médico-paciente adecuada? y ¿Cuáles son sus consecuencias?

Para responder esta pregunta se citan textualmente unas reflexiones del (Dr. Santos Hernández A. M) "Nos encontramos inmersos en un proceso cada vez más acelerado de desarrollo científico y tecnológico que alcanza todos los ámbitos de la existencia. El volumen de información y conocimientos que actualmente se genera, trasmite y aplica, crece a un ritmo exponencial. Este fenómeno es facilitado por las nuevas tecnologías de la informática y las telecomunicaciones, de modo que se ha sido testigo, en un lapso cada vez más breve, del

trayecto por las dos fases de la era industrial, la atómica hasta la actual era electrónica y digital" (32). El decursar impetuoso de la Revolución Científico Técnica en el terreno de la Salud Pública y la Biomedicina, se ha expresado por el acelerado ritmo de los avances científicos y técnicos, en ramas tales como Terapia Intensiva, Trasplantología, la Biología Molecular, la Ingeniería Genética, las Tecnologías Reproductivas y las Neurociencias, así como por la acentuada comercialización de la medicina, el creciente peligro de la deshumanización ante el tecnologismo desenfrenado, la injusticia social en la asignación de recursos y el acceso desigual a los servicios de salud (21,33); en el mundo de las desigualdades, los más desfavorecidos son las mujeres, los niños y los adultos mayores. Esto ha generado un reclamo de justicia distributiva de los recursos, que puede identificarse con el logro de la accesibilidad a los servicios sanitarios; pero como la tecnología es más sofisticada de lo que era antes, y también más cara, se crea la disyuntiva de ¿quién debe tener un tratamiento cuando los recursos limitados indican que no todo el mundo puede? (25).

Las ciencias biomédicas han tenido enormes progresos en todos los campos: preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio, desde la revolución quirúrgica impulsada por la aplicación de los anestésicos y las medidas de sepsis y antisepsia, el inicio de la era antibiótica con el descubrimiento de la penicilina y el resto de los adelantos en el terreno de la farmacología y de los medios diagnósticos, hasta la revolución biotecnológica y genómica de nuestros días. Avances de la «tecnociencia médica» que han contribuido de manera notable a mejorar la salud e incrementar la calidad de vida de millones de personas. Todo este proceso de impetuoso desarrollo científico-técnico ha contribuido con la extensión del "mito cientificista del eterno progreso" (32). La utilización de técnicas y herramientas pudo influir progresivamente en la evolución de los primeros humanos (desarrollo de la mano, bipedestación, lenguaje oral articulado, pensamiento concreto), al modificar radicalmente el entorno y ejercer un constante influjo sobre cada individuo, también a largo plazo, de manera paulatina e imperceptible las tecnologías contemporáneas configuran y remodelan física, psíquica y emocionalmente, transforman a su vez todo el sistema de relaciones interhumanas y con ellas la sociedad y la cultura. El ser humano ha terminado con frecuencia rebajado al plano de un objeto más, bajo el dominio de la ciencia y la tecnología, su dignidad ha quedado rota y olvidada. La sociedad globalizada postmoderna ha entrado en el tránsito cuesta abajo de una cultura humanista a una cultura tecnomédica. Por otro lado, resulta prácticamente inevitable que la aplicación de algunas tecnologías no implique ciertos tipos de "mediación" entre los actores implicados. Esta mediación con frecuencia equivale a separación o incluso franco aislamiento. En el caso de la atención sanitaria se piensa, por ejemplo, en la radioterapia, la medicina nuclear, los estudios imagenológicos y la telemedicina. En estas modalidades, por motivos técnicos, de seguridad o procedimentales, existe relativa separación del sujeto agente sanitario respecto al sujeto paciente. Tal separación física puede propiciar un claro distanciamiento afectivo. La simple distancia que implica estar en habitaciones contiguas separadas por un blindaje plomado o llegar a estar reducido a una imagen digital o a un conjunto de datos en un sistema informático, puede hacer evaporar el sentido de responsabilidad de un personal sanitario que también se percibe distante de las posibles consecuencias de sus acciones u omisiones (32). Es evidente que los avances científico-tecnológicos en la medicina han conllevado a nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevas contradicciones (1). Actualmente radiólogos y especialistas de laboratorio clínico se quejan del aumento progresivo de estudios imagenológicos y de laboratorios, muchos de ellos injustificados y nocivos para la salud. Una conclusión inevitable es que hay facultativos que ignoran la utilidad real de las pruebas que indican en comparación con otras y no toman en consideración el costo/beneficio. Muchos médicos obvian el papel del método clínico y lo sustituyen por el uso de las tecnologías con fines diagnósticos y terapéuticos (1). La invasión tecnológica en el sector salud ha provocado un alejamiento de los profesionales de las personas que atienden, especialmente los médicos, pues afecta seriamente su habitual relación médico-paciente (21). El profesor Espinosa (9), ha señalado; "se estima que las condiciones que más impacto tienen en la práctica clínica actual son".

- El deterioro de la relación médico-paciente.
- El desprecio de la clínica y su método.
- La proliferación del especialismo (pensamiento analítico) sobre el generalísimo (pensamiento sintético).
- El notable desarrollo tecnológico alcanzado y la excesiva confianza en su poder.
- La erosión de la formación general de los médicos.

Lo señalado anteriormente es origen de quejas e insatisfacciones referidas por pacientes y familiares. Los autores del presente trabajo se desempeñan en la atención primaria de salud, como docentes y especialistas interconsultantes en medicina interna y pediatría y con frecuencia observan que algunos alumnos residentes de Medicina General Integral (MGI), especialistas en MGI, y otras especialidades de la atención secundaria, no utilizan adecuadamente el método clínico, hacen uso inadecuado de las tecnologías, la cual sobrevaloran, coinciden con lo señalado por Garay O. (34). La bioética sostiene que no es ético realizar todo lo que la técnica y la tecnología permiten desarrollar; imponen límites morales al hacer de los técnicos. El desarrollo del Genoma Humano, la Clonación, la manipulación del embrión, etc., no deben estar subordinados a los dictados de la economía y a las reglas del mercado, sino, sujetos a los principios y reglas de la Moral Universal. Los principios eminentes de la bioética son el respeto de la vida humana y de la dignidad de la persona. Debe recordarse permanentemente que el hombre nunca puede ser un medio sometido a los designios de la técnica y la tecnología, sino que, por su eminente dignidad, es un fin en si mismo. El primer valor, "el capital fundamental", según expresión de Marx, es el propio hombre (35).

¿De qué se quejan los pacientes?

Se dice que cuando el paciente se queja de los médicos que los atendieron, se suelen escuchar expresiones como "él nunca me tocó" o "ella nunca me puso un dedo encima" (36) (Según Noble S.A. (37), los pacientes se quejan de:

- "No me preguntó mi opinión"
- "No me explicó hábitos saludables"
- "No me explicó efectos adversos"
- "No me revisó"
- "Me hizo esperar demasiado"
- "No alentó preguntas"
- "Estaba siempre apurado"
- "No le preocupaban mis emociones"

¿Qué cualidades los pacientes esperan encontrar en sus médicos?

En 1997 Levinson (37) publicó en JAMA un interesante artículo comparativo, entre médicos que habían recibido dos o más reclamos por mala praxis con otros que nunca habían recibido una demanda, fueron analizadas características de las consultas hechas por estos profesionales para tratar de comprender qué tipos de habilidades de comunicación pudieron haber marcado la diferencia.

Los médicos que no tuvieron reclamos:

Orientaron mejor a sus pacientes con respecto a lo que iba a ocurrir en la consulta

Demostraron buen humor durante la misma.

Facilitaron la participación del paciente.

Estimularon la formulación de preguntas para disipar dudas.

Destinaron algunos minutos más a la entrevista (18' vs 15' del grupo que había recibido demandas)

Tanto en el presente como en el futuro, es y será válido insistir en las principales cualidades que los pacientes esperan encontrar en sus médicos (9,38)

- Que los escuchen y los comprendan.
- Que se interesen por ellos como personas y seres humanos.
- Que tengan habilidades y conocimientos en la profesión.
- Que se mantengan razonablemente actualizados.
- Que los atiendan siempre y nunca los abandonen.

¿Cuál debe ser la clave para una buena relación médico-paciente-familia?

Lo fundamental es llegar al paciente, esto quiere decir ser amable, muy sincero, hablar con lenguaje claro, explícito, no utilizar palabras o preguntas técnicas y difíciles, no ser violento en el trato, ofrecer tranquilidad y confianza. Así se alcanza una buena relación médico-paciente-familia (39). A continuación, se señalan algunas sugerencias simples y efectivas que, en la experiencia de la práctica clínica diaria, permiten elevar el impacto de una buena relación médico-paciente-familia.

1. Esté disponible para el paciente en todo lo que sea posible. La falta de disponibilidad y preparación para atender es, vista como una desconsideración y es una de las principales quejas de los pacientes.
2. Brinde a su paciente toda su atención cuando lo saluda. Esto establece una impresión positiva para el visitante.
3. Trate de minimizar las interrupciones, especialmente cuando el paciente comienza a hablar en forma abierta. Si tiene que interrumpirlo, hágalo con tacto, tal vez se refiere a un dicho puntual del paciente y le dice que le gustaría saber más acerca de eso.
4. Demuestre atención y respeto en forma gestual, mire al paciente a los ojos periódicamente, intente escucharlo, inclínese hacia adelante, utilice adecuado tono de voz, etc.
5. Haga preguntas de respuesta abierta. Esto demuestra respeto por la capacidad del paciente y aumenta la posibilidad de descubrir algo que de otra forma puede pasar inadvertido.
6. Comparta información con el paciente a lo largo de la consulta sin esperar hasta el final para hacerlo. Esto reduce la ansiedad del paciente y aumenta su confianza.
7. Utilice un lenguaje simple y repita todo lo que sea necesario para asegurarse que el paciente comprende. Realice preguntas de chequeo, como: "¿Le quedó claro?" o "¿Se siente cómodo con lo que usted necesita hacer?".
8. Sea auténtico con su paciente. No fuerce una conversación intimista o familiar si no se siente cómodo haciéndolo. Sin embargo, asegúrese de comunicar interés y preocupación por el paciente.
9. Reconozca que, desde el punto de vista del paciente, el o ella ha hecho un esfuerzo especial para verlo.
10. Reconozca que los desacuerdos o la falta de cumplimiento del paciente con usted pueden deberse a razones que ellos sienten legítimas. Pregunte al paciente acerca de estas razones y discútanlas juntos.
11. No piense que el paciente que no formula preguntas, no desea estar totalmente informado. El paciente generalmente lo desea y necesita información.
12. Aliente a los pacientes a aprender más acerca de su salud y de los problemas vinculados a la misma, a realizar preguntas, y a compartir la responsabilidad acerca del tratamiento y de las prácticas saludables. Esto mejorará el cumplimiento y la satisfacción de los mismos.
13. Examine al paciente siguiendo el método clínico, tan mencionado en estos tiempos y tan poco utilizado por algunos médicos.
14. Aplique los principios de la bioética

¿Qué conclusiones se pueden sacar de esta revisión?

La relación médico-paciente-familia influye en la calidad y cantidad de información que se obtiene del paciente, así como también en el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente. Los pacientes expresan más insatisfacción con la comunicación que con cualquier otro aspecto de la atención de la salud. La relación médico-paciente-familia es una calle de doble sentido, que al discutir temas vinculados a la misma se debe incluir tanto a los médicos como a los pacientes. Los análisis retrospectivos de los juicios por mala praxis demuestran, que la mala relación médico-paciente es en muchas veces el disparador de una demanda por malas praxis. La mayoría de los pacientes están en desacuerdo a iniciar acciones legales, aún ante una mala evolución, si sintieron al médico como un amigo, que fue atento y se interesó por ellos como personas y fue honesto acerca de los riesgos.

¿Qué aporta esta revisión?

Destacar la importancia que tiene la relación médico-paciente-familia como eje transcendental de la atención médica, que influye en la calidad y cantidad de información que se obtiene del paciente, así como también en el grado de cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente.

Demostrar que una buena relación médico paciente es protectora para el médico, frente a enjuiciamiento y críticas por malas praxis.

Una relación médico-paciente familia, tiene miradas diferentes, desde el punto de vista del médico y del paciente o la familia, pero el objetivo de la misma es igual para ambos, persigue lograr una empatía adecuada, que permita alcanzar una atención médica superior.

ABSTRACT

In human relationships, the doctor-patient-family relationship is a complex and difficult art to master, is the cornerstone of medical care, which has different looks for different reasons from the point of view of the physician, patient and family, which can interfere with a good relationship between them, the final interest is common, to offer and receive adequate health care. This work aims to provide an overview of the doctor- patient relationship highlighting the importance of communication and human behavior, which must exist in all levels of care where this link is established (primary and hospital care), noting factors that influence the relationship, attributable to the physician and patient it claims through a questionnaire of 9 questions, clarify the current state of the problem and provide recommendations for a good doctor- patient-family relationship.

Key words: DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP, ETHICS, MORALITY, BIOETHICS, CLINICAL METHOD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Arce MA. Relación médico-paciente. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
2. Cruz Hernández J, Hernández García P, Abraham Marcel E, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Públ [Internet]. 2012 [citado 19 Ene 2013]; 38(3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000300009&script=sci_arttext
3. Vidal y Benito MC. La relación médico paciente [Internet]. Buenos Aires: Intranet; 2010 [citado 22 May 2012] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65955>
4. Ilizástigui F, Rodríguez L. El método clínico. Revista Finlay. 1990; 4(4):3-23.
5. Espinosa AD. La Clínica y la Medicina Interna: pasado, presente y futuro. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2011. 202 p.
6. Espinosa Brito A. La clínica y la Medicina Interna. Rev Cubana Med. 2013; 52(3): 23-32.
7. Cuevas LM, Ávila I, Oliver J, Sámano M, Palomares G, Garduño J. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica. [Internet]. 1991 [citado 15 Nov 2013]; 33(6): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633604>.
8. Hurtado Hoyo E, Gutiérrez Zaldívar H, Iraola N, Rodríguez A. Síndrome Clínico Judicial. Rev Asoc Med Argent. 2006; 119: 8-16.
9. Espinosa Brito A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico.rev spu [internet][citado 21 ene 2013];39(1) :[aprox. 3 pantalla].Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_1_13/spu01113.htm
10. Organización Panamericana de la Salud. Código de Nuremberg. Washington: OPS; 1993.
11. Rothman DJ. Were Tuskegee & Willobrook studies in Nature? Hastings Cent Rep. 1982; 12(2):5-7.
12. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington, DC: Government Printing Office; 1983.
13. Young P, Finn C B, Pellegrini D. Bruetman J E, Young E D, Trimarchi H. Síndrome clínico judicial. Medic [Internet]. 2011 [citado 16 Oct 2013]; 71(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802011000700021.
14. Borrone R. Relación médico-paciente, en crisis [Internet]. Buenos Aires: Intranet; 2012 [citado 14 Abr 2012] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74069>
15. Williams JR. Manual de Ética Médica. París: Asociación Médica Mundial; 2005.
16. Barrantes M M, Rodríguez E, Lama A. Doctor-patient relationship: elderly's rights. Acta bioeth [Internet]. 2009 [citado 10 Jun 2012]; 15(2): 216-221. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000200013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2009000200013&lng=es) doi: 10.4067/S1726-569X2009000200013.
17. Relación médico-paciente en crisis [Internet]. Argentina: IntraMed; 2012-2013 [citado 23 Nov 2013] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://www.intramed.net/foros_ver_mensaje.asp?contenidoID=74254&idMensaje=145

18. Lorda PS. El consentimiento informado. Abriendo nuevas brechas. En: Problemas prácticos del consentimiento informado. Barcelona: Víctor Grífols i Lucas; 2002. p. 11-61.
19. McCullough LB, Jones JW, Brody BA. Informed consent: autonomous decision making of the surgical patient. In: McCullough LB, Jones JW, Brody BA, ed. Surgical ethics. New York: Oxford University Press; 1998. p. 15-37.
20. Childers R, Lipsett PA, Pawlik TM. El cirujano y el consentimiento informado. J Am Coll Surg. 2009; 208(4): 627-634.
21. Amaro Cano CM. Problemas éticos y bioéticos en enfermería. La Habana: Ecimed; 2005.
22. Baños Díez J. E. ¿Cuál debe ser el grosor del escudo? La enseñanza de las sutilezas de la relación médico- paciente mediante obras literarias y películas comerciales. Rev Med Cine 3 (2007): 159-165
23. Geller M. La toma de decisiones: ¿debe compartirse con el paciente? [Internet]. Argentina: Intranet; 2003 [citado 27 May 2012] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=26945>
24. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Cienc Enferm [Internet]. 2003 [citado 15 Feb 2013]; 9(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&lng=es%2325
25. Amaro C M. ¿Por qué la Bioética hoy? [Internet]. La Habana: Infomed; 2006 [citado 7 Ago 2008] [aprox. 13 pantallas]. Disponible en: <http://www.uvs.sld.cu/humanidades/plonearticlemultipage.2006-07-21.6790061043>
26. Bevaqua A A. Ética y Ley: bases para un ejercicio profesional seguro[Internet]. Argentina: Intranet; c .3 abr 2012[citado 14 abr 2012][aprox. 6 pantalla].Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74954>
27. Carderón Narváez G. Colin, Plana R. La relación Médico-Paciente en los trastornos Depresivos.Rev Neur-Psiq[internet].2003[citado 17 nov 2013];66:[aprox. 6 pantalla].Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?start=20&q=Relaci%C3%B3n+m%C3%A9dico+paciente&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2011&as_yhi=2013
28. Tanno H. El avance de la tecnología y la pérdida de su artesanía [Internet]. Buenos Aires: Intranet; 2011 [citado 15 Jul 2011] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69791&uid=541445>
29. Maglio F. El "escuchatorio" en la relación médico-paciente. [Internet]. Argentina: Intranet; 2012 [citado 27 May 2012] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>
30. Espinosa Roca A. Romero Cabrera AJ, Misas Menéndez M, Fresneda Quintana O. Asistencia al enfermo terminal en la atención primaria de salud. Rev Finlay [Internet]. 2011[citado 15 Nov 2013]; 18: [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scholar.google.com/cu/scholar?start=10&q=Relaci%C3%B3n+m%C3%A9dico+paciente&hl=es&as_sdt=0,5&as_ylo=2011&as_yhi=2013
31. Noble S.A. Manteniendo una buena relación médico-paciente [Internet]. Buenos Aires: Intranet; 2007 [citado 27 May 2012] [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43197&pagina=1>
32. Santos Hernández AM. Ética y tecnología: las razones de este blog [Internet]. La Habana: Infomed; 2012 [citado 20 Abr 2012] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/santos/ethos-y-technos-las-razones-para-este-blog/>
33. Chiu Navarro V, Colás Costa M, Alonso Pardo EM, Cossío Figueroa N. Algunas reflexiones de la bioética en las ciencias médicas. Educ Med Super [Internet]. 1999 [citado 30 Jun 2012]; 13(1): [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21411999000100002&script=sci_arttext&lng=pt
34. Garay O. Médicos: del "paternalismo" al "humanismo" [Internet]. Argentina: Intranet; 2003 [citado 24 Ene 2013] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=26098>
35. Engels F. Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana. En: Engels F. Obras Escogidas. Moscú: Editorial Progreso; 1971.
36. Verghese A. ¿Para qué sirve hoy el examen físico? [Internet]. Argentina: Intranet; c. 2012 [citado 9 Ene 2013] [aprox. 13 pantalla]. Disponible en:

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=78405&uid=540959&fuente=inews>

37. Noble SA. Manteniendo una buena relación médico-paciente [Internet]. Argentina: Intranet; c. 2007 [citado 27 May 2012] [aprox. 12 pantalla]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=43197&pagina=1>
38. Smith LH. Medicine as an art. En: Saunders WB, editor. Cecil-Loeb Textbook of Medicine. 17th ed. Philadelphia: Ed. WB Saunders Co; 1982. p. xxxiii-xxxvii.
39. Romero Flores M. Relación médico-paciente, lo humano ante todo [Internet]. Argentina: Intranet; 2010 [citado 28 May 2012] [aprox. 3 pantalla]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=68834>