

La relación médico-paciente como modelo de investigación*

José Narro R.
Jefe del Departamento de Medicina
General Familiar y Comunitaria.
Facultad de Medicina, UNAM.

Introducción

A lo largo de la historia del hombre, el encuentro de un "enfermo" y un "curador" siempre estuvo presente, y dio características especiales a la sociedad en la que se llevó a cabo. En cada uno de estos encuentros siempre toman parte dos personas, el médico y el paciente o, en un sentido más amplio, el cuerpo médico y la sociedad, de tal forma que la medicina no es sino el resultado de las múltiples interacciones entre estos dos grupos.¹ La relación médico-paciente ocurre en cualquier sistema de atención médica, y es el componente más importante de la interrelación entre los usuarios de los servicios de atención médica y el personal de los mismos.² De esta relación dependerá en mucho que los objetivos de las instituciones de salud se alcancen; o que, por el contrario, los programas de atención médica no cumplan con las metas propuestas.

La enseñanza y aprendizaje de los aspectos biológicos, clínicos y técnicos de la medicina es una empresa relativamente fácil, que implica gran número de experiencias; sin embargo, a pesar de que el momento en que el médico y el paciente se reúnen constituye un aspecto fundamental en la práctica médica, su estudio, investigación y enseñanza con frecuencia se han olvidado. Por lo tanto, es necesario dedicar tiempo al análisis de las características de la región a la manera como el médico define el problema del individuo y la forma de solución que plan-

tea, a los mecanismos de reacción del paciente ante el evento y el encuentro con el médico; en una palabra, a la forma en que estos dos sistemas humanos interactúan.³

En el desarrollo de este trabajo, se pondrá que los factores que implícita o explícitamente giran alrededor de la relación médico-paciente, son posibles de investigar y que, por lo tanto, a pesar de las dificultades inherentes, esta relación puede servir como modelo de investigación.

Antes de abordar el análisis de los componentes de la relación médico-paciente, conviene revisar brevemente los conceptos de salud y enfermedad, porque la manera en que este proceso se defina repercutirá en las características que la relación presentará.

Con frecuencia se refiere a la enfermedad como una desviación del funcionamiento "normal", que tiene consecuencias indeseables en el estado del individuo. Este concepto, perfectamente aplicable en el caso de enfermedades como la tuberculosis, la fiebre tifoidea, las quemaduras, o las lesiones producidas por accidentes de trabajo, es de difícil aplicación a entidades como el alcoholismo, la obesidad, las enfermedades mentales, e incluso la hipertensión arterial. La dificultad radica en que la definición de enfermedad lleva implícita los conceptos de normalidad física y de la conducta, los cuales en mucho dependen de los factores y valores socioculturales que prevalecen en un momento dado en el grupo humano que nos interesa, así como del estado de desarrollo moral y técnico de las instituciones de atención a la salud y de la ciencia médica.⁴ Así, el concepto de enfermedad, incluye variables de tipo social y cultural que modifican la perspectiva y el concepto, que de ese estado se tiene. Estas variaciones conceptuales van más allá del interés meramente teórico, puesto que pueden dificultar la relación médico-paciente.

* Presentado en el IV Congreso Nacional de la Academia Nacional de Medicina, 23-26 de enero de 1979, México, D.F.

La relación médico-paciente en la perspectiva sociológica

El conocimiento de que, en su relación con los enfermos, participan elementos psicológicos, sociales y culturales más o menos encubiertos, facilita para el médico la comprensión de los problemas que frecuentemente surgen en esa relación interpersonal, y le permiten manejarla más eficazmente.⁵ Es por eso que, a continuación, abordaremos el análisis de algunos de esos elementos.

Conducta ante la enfermedad. El término conducta ante la enfermedad ha sido definido por Mechanic,⁴ como cualquier conducta relacionada con una situación que causa o eventualmente pudiera causar que un individuo se preocupara por su estado de salud y tratara de encontrar ayuda para la solución de su problema. Para el estudio de la relación médico-paciente, se hace necesario conocer qué es lo que sucede entre el momento en que el individuo se cataloga como enfermo, y el punto en que éste hace contacto con el médico. Es indispensable penetrar a la perspectiva del paciente porque el rango de conductas que se pueden encontrar ante el mismo problema es muy amplio. Mientras que una persona difícilmente podría reconocer un estado como anormal y rehusaría permitir que sus actividades se modificaran por esa condición, otra con una forma incluso más benigna del problema, podría manifestar profundos cambios y alteraciones en sus esferas social y psicológica. Las acciones que un paciente puede seguir ante un evento de enfermedad son múltiples, y algunos autores^{4, 6, 7} han señalado que la conducta estará determinada por factores como el grado en el que la persona identifica el problema como grave o con posibilidad de convertirse en grave; la interferencia con actividades familiares, laborales y sociales; los motivos y objetivos del individuo y el umbral de tolerancia para los signos y síntomas, tanto de la persona afectada como de aquéllos que los evalúan; la interpretación que pueda hacerse del origen de los síntomas; la existencia y accesibili-

dad de los distintos recursos terapéuticos, o el costo psicológico y monetario de la decisión, incluyendo estigma, sentimientos de humillación, etc.

De acuerdo con Parsons,⁸ la relación médico-paciente se entiende mejor en el marco de los papeles sociales; en el análisis de las actitudes y actividades que, en el momento de la interacción, los dos elementos aportan; esta interacción, más que un hecho fortuito o espontáneo, representa el encuentro de ciertas expectativas de ambos individuos, los que se comportan de una manera determinada por dichas expectativas. De acuerdo a ese enfoque, es posible hablar del papel social del enfermo y del papel social del médico.

Papel social del enfermo. Cuando la definición que el paciente hace de su problema cristaliza en la búsqueda de ayuda profesional para su solución, se dice que éste está asumiendo el papel de enfermo. Este concepto es de tipo ideal en el sentido de constituir un modelo teórico, y conlleva derechos y obligaciones, los que se han expresado de la manera siguiente:⁸

- a) El paciente está exento del desempeño normal de su papel social, tareas y obligaciones.
- b) El paciente no es responsable de su estado.
- c) En vista de que el estado de su enfermedad es indeseable, se espera que el paciente desee recuperarse, y
- d) El paciente tiene la obligación de buscar ayuda técnicamente competente y cooperar con ésta.

Papel social del médico. De acuerdo a este tipo de análisis, el papel social del médico se centra en su responsabilidad por el bienestar del paciente, y en hacer todo lo posible para lograr la recuperación completa, pronta y sin dolor de sus pacientes.² Entre las características que se han identificado como pertenecientes al papel del médico, se encuentran:

- a) Especialidad técnica y conducta profesional
- b) Neutralidad afectiva

- c) Universalismo, y
- d) Orientación colectiva.

En el modelo de Parsons, el aparente equilibrio entre los papeles del enfermo y el médico, con ganancia para ambas partes, no significa que dentro de la acción terapéutica ambos sean iguales; de hecho, se espera que, la mayor parte de las veces el paciente asuma una conducta pasiva y dependiente, ya que el elemento técnicamente preparado para dictar las acciones es el médico. Esta situación frecuentemente se ha criticado, y autores como Szasz y Hollender,⁹ o Freidson¹⁰ han propuesto modificaciones y críticas a este enfoque.

Según Freidson, la gran deficiencia de este enfoque descansa por un lado en el énfasis en las expectativas ideales, no en la conducta real; y, sobre todo, en la definición del papel de enfermo a partir de una perspectiva limitada, dejándolo como un elemento pasivo, que acepta en absoluto las impresiones e indicaciones del médico.

La relación médico-paciente en el contexto de la práctica médica

El médico no debe perder de vista que el enfermo inicia su relación con él aun antes del primer contacto personal.⁵ Cuando el paciente lo visita, lo hace llevando ya una imagen del papel del médico y de la forma en que debe manifestarse. El grado en que el médico cumpla con las expectativas puede influir en la forma en que el paciente cumpla con el tratamiento prescrito, e incluso en el grado en que la personalidad del médico ejerza su efecto terapéutico, dado que parte de la influencia de este último es inespecífica y resultante de su posición de autoridad, poderes de sugerencia e influencia general. Es por ello que los indicadores que el paciente selecciona para estimar la competencia del médico no necesariamente se refieren a aspectos técnicos, sino que puede utilizar indicadores que reflejen el interés del médico, su disponibilidad de tiempo, su capacidad de escuchar, su disposición por atenderlo en su casa, la confianza que le inspira, etc.

Las características de la relación médico-paciente pueden observarse en forma más natural en el contexto del ejercicio de la medicina general, nivel en donde la relación se puede utilizar más eficazmente como arma terapéutica.

En su parte medular la relación médico-paciente se desarrolla en la consulta, en el curso de la cual, aun cuando sea sólo por unos minutos, el médico dedica su atención casi exclusivamente a la vida y problemas de otro ser humano. Es importante recordar que, en la consulta, el elemento comunicación adquiere dimensiones notables, y el relato de los detalles pasados y actuales de la vida del paciente cumple una doble función: por un lado, transmitir información respecto a cuál es la problemática del paciente; y, por otro, darle a éste la oportunidad de revelarse al médico, y recibir a cambio la impresión técnica y humana sobre el tipo e importancia de sus problemas. Es esta experiencia de intercambio, la que los pacientes definen como más importantes en la creación de una relación adecuada¹¹ Es evidente que no todo el fenómeno de comunicación es de tipo verbal, puesto que el amplio espectro de la comunicación no verbal que acompaña a la primera, puede reflejar más claramente las emociones de médico y paciente. Entre los elementos que pueden mencionarse están los siguientes: tono e intensidad de la voz, fraseo de los enunciados, expresión facial, postura del cuerpo, movimientos de las extremidades y particularmente las manos, etc.

Educación médica y relación médico-paciente

En términos generales, puede decirse que la enseñanza de la medicina se ha orientado hacia la detección y curación de síntomas y signos, casi en forma exclusiva,¹² y no se ha enseñado a los estudiantes a entender al paciente como un individuo con problemas y motivaciones, con necesidades y una conducta hacia la salud, la enfermedad, la sociedad y la vida en general. El pensamiento científico es una condición

necesaria pero no suficiente para ser buen médico, se requieren otras cualidades: sensibilidad, interés por los pacientes, integridad, paciencia, humor, cualidades acerca de las que la ciencia es silenciosa.¹³

Durante su paso por la escuela de medicina, el estudiante aprende —o puede aprender— gran cantidad de hechos, y se le enseñan las posibles interpretaciones de los mismos y la manera en que, como “científico”, debe actuar; sin embargo, cabe destacar nuevamente que esto no es sinónimo de médico, y que la transformación de este “científico médico” en un verdadero médico se realiza mediante un proceso distinto al de la adquisición de conocimientos. No es la conferencia o el libro el que va a lograr el cambio, sino el proceso de socialización del estudiante de medicina al observar el comportamiento de los médicos en ejercicio, las actitudes de éstos hacia sus pacientes, colegas, enfermeras, y otro tipo de personal; al ver cuáles son los valores de la profesión médica, qué se espera de ella, y qué le está permitido.³

Posibilidades de investigación de la relación médico-paciente

Estudios de la relación médico-paciente, la conducta de los pacientes, y la organización de la práctica médica no son frecuentes en nuestro medio. Este tipo de estudios podría arrojar luz sobre los servicios de atención médica en muchas formas, ya que permitirían indentificar cuántos y qué tipo de individuos necesitan un servicio determinado; podrían explorar la interrelación entre necesidades y servicios, e intentar un análisis de la necesidad no satisfecha. Estos estudios también podrían valorar cuáles son las variables que afectan el apego a un régimen terapéutico o dietético, o al uso de algún tipo de equipo, cuáles son los problemas que ocasionan al paciente y su familia los diversos aspectos del tratamiento, etcétera.¹⁴

Los tipos de investigación que deberían desarrollarse se pueden dividir de acuerdo a lo siguiente:

Estudios de pacientes. A pesar de que los problemas de los pacientes deben constituir la base de la planeación y organización de la atención médica, es muy poco lo que a nivel poblacional sabemos de ellos. Es por ello que sería conveniente desarrollar programas de investigación dirigidos a aumentar nuestro conocimiento en relación a:

1. Necesidad de servicios
2. Uso y aceptabilidad de los servicios
3. Valores y procesos en el paciente

Estudios de la organización de la atención médica. El estado que guarda la organización de la atención médica es reflejo de las concepciones y valores de la sociedad; este tipo de estudios puede contribuir al conocimiento de los efectos de determinados esquemas de organización. Entre los factores que deben estudiarse se encuentran:

1. Efecto del sistema de citas y de los horarios de trabajo.
2. Uso de personal no médico
3. Uso de auxiliares de diagnóstico
4. Patrones de referencia de pacientes a otros médicos
5. Carga de trabajo de la unidad
6. Efectividad y eficiencia del sistema de atención médica
7. Calidad de la atención médica.¹⁵

Estudios del expediente clínico. En la mayor parte de las ocasiones, la historia clínica es la herramienta diagnóstica más importante para el médico, y cabe recordar que es ahí donde, en última instancia, queda registrado el encuentro del médico y el paciente; sin embargo, en muchas ocasiones la calidad y conveniencia de los registros médicos se ha puesto en tela de juicio en muchas ocasiones.^{16, 17} En este capítulo, resulta estimulante reconocer que, en nuestro medio, en el Hospital Español y en el IMSS, se se están valorando las ventajas y limitaciones del expediente clínico orientado por problemas, y es de esperarse que, en fecha próxima, se disponga de datos objetivos que permitan evaluar este enfoque.

Estudios de evaluación de efectividad

terapéutica. Aún cuando éstos son relativamente frecuentes en nuestro medio, es necesario someter una serie de esquemas terapéuticos al juicio del ensayo o experimento clínico. Este tipo de estudios debe estimularse, sobre todo en el campo de la medicina general.

A lo largo de este trabajo se ha querido presentar, en forma breve, la relación médico-paciente desde la perspectiva sociológica, y dentro del contexto de la práctica médica. Se han enfatizado los problemas de la enseñanza de este elemento, y se ha revisado cómo existen múltiples factores implicados en la relación que pueden ser sujeto de investigación. Es mediante este tipo de estudios como seguramente podremos avanzar en el conocimiento de los factores e implicaciones de la relación médico-paciente. □

REFERENCIAS

1. Bloom, S. y Wilson, R.N.: Patient-Practitioner Relationships en *Handbook of Medical Sociology*. H.E. Freeman y Cols. 2a. ed. Prentice Hal. 1972.
2. Narro, J. y Rodríguez, J.: La Relación Médico/Paciente. Revista de la Facultad de Medicina. Vol. XVIII, No. 5. 45, 1975.
3. The Future General Practitioner. Learning and Teaching. Royal College of General Practitioners. Londres, 1973.
4. Mechanic, D.: Medical Sociology. A. Selective View. The Free Press, Nueva York, 1968.
5. Relación Médico Paciente. Documentos Plan A-36.
6. Rosenstok, I.M.: What Research in Motivation Suggest for Public Health. Amer. J. Publ. Hlth. 50: 295, 1960.
7. Zola, I.: Illness Behavior of The Working Class En A. Shostok and W. Gomberg (eds.). *Bluecollar World: Studies of The American Worker*. Englewood Cliffs Prentice Hall, 1964. Citado por Mechanic, D.
8. Parsons, T.: El Sistema Social. Revista de Occidente Madrid, 1966.
9. Szasz, T.S. y Hollender, M.H.: "A Contribution to The Philosophy of Medicine: The Basic Models of The Doctor Patients Relationship." Archives of Internal Medicine 97: 585, 1956.
10. Freidson, E.: Profession of Medicine. Dodd, Mead and Co. Nueva York, 1973.
11. Bogdonof, M.D. y col.: The Doctor-Patient Relationship. JAMA 192: 45, 1965.
12. Treviño, N.: La Relación Médico-Paciente. Gac. Med. Mex. 114: 235, 1978
13. Platt, R.: Doctor and Patient. Lancet 2: 1156, 1963.
14. Cartwright, A.: Studies of Patients. Brit. Med. Bull. 30: 218, 1974
15. Knox, I.D.E. y Morrell, D.C.: Demand, Need and Quality in General Practice. Brit. Med. Bull. 30: 209, 1974.
16. Weed, L.L.: Medical Records, Patient Care, and Medical Education. Ir. J. Med. Sc. 1964, 271.
17. Hurst, J.W.: How to implement The Weed System: Arch. Intern. Med. 128: 456, 1971: