

Concepto y marco de la relación médico-paciente

J. J. Imbernón González / F. Barbudo Antolín

«¿No es en todo tiempo el mismo nuestro perpetuo cliente, aquel ser uno, idéntico e indiviso, doliente y temeroso, nos llama con la esperanza de que el fruto de nuestras investigaciones ha de ser provechoso a él, no a los clientes de laboratorio de nuestra alucinada fantasía?».

JOSÉ DE LETAMENDI (1828-1897)

La relación médico-paciente es algo implícito en todo quehacer médico. Para comprender una relación es preciso conocer a las dos personas y los intercambios producidos entre ellas. La relación médico-paciente, pues, dependerá:

— *Del enfermo*, su estructura psicológica y la afección que sufre.

— *Del médico*, su estructura psicológica y el objetivo que quiere alcanzar con su tratamiento.

— *De las instituciones*:

- **Primaria**: Los familiares que acuden con el enfermo.

- **Secundaria**: Incluye desde el equipo de trabajo hasta la macroestructura del servicio nacional de salud.

En la relación médico-paciente entran en juego muchos factores y todos presentan una distorsión subjetiva que se manifiesta, por ejemplo: el mismo médico, al recibir de la misma manera a dos enfermos diferentes, podrá ser descrito por uno como acogedor y por otro como frío.

BALINT ha demostrado que «cada médico crea, voluntariamente o no, una atmósfera única mediante sus formas individuales de practicar la medicina y, como consecuencia, intenta llevar a sus pacientes a aceptarlas». La personalidad del médico determina el estilo de su ejercicio, que se manifestará no sólo en las decisiones te-

rapéuticas, sino en todos los aspectos de sus relaciones con el enfermo.

Otro aspecto importante en relación con la personalidad del médico es la angustia que crea toda relación. Siempre que una persona tiene que enfrentarse con algo novedoso, como es cualquier tipo de paciente para el médico, debe sentir una cierta angustia, pero una angustia normal, creadora, lo que llaman los conductistas americanos una tensión o angustia de esfuerzo.

Desde el punto de vista de la personalidad del paciente tenemos que tener en cuenta que la enfermedad puede ser vivida, en algunos casos, como una forma de existencia. El paciente puede tener o no deseos de curar, y esto está en función de las ganancias secundarias, del beneficio inmediato y mediato, y además intervienen otra serie de mecanismos y factores.

Características esenciales de toda relación médico-paciente

Cuatro son las características esenciales, aunque se podrían enumerar algunas más:

- Confianza.
- Responsabilidad.
- Alianza.
- Competencia.

La relación médico-paciente nunca es una re-

Palabras clave: Relación médico-paciente. Médico. Paciente. Entrevista Clínica

lación de igualdad y, además, muy frecuentemente asincrónica, que se da en dos tiempos vitales; y, habitualmente también disculturizada, en el sentido de que nunca el paciente tiene la misma cultura, la misma capacidad de poseer conocimientos esotéricos que el médico, incluido cuando el paciente y el médico sean médicos; en este caso, al tratarse de un colega enfermo no logra asumir su rol de enfermo de una manera conveniente. Hay ciertos estudios que muestran que las personas peor tratadas son los médicos, no por causas técnicas, sino por motivos meramente psicológicos.

Otro aspecto importante de la relación médico-paciente, es que en ella se van a desencadenar, incluso desde los primeros momentos de la relación, todas las angustias, temores y miedos del paciente. Por eso, en un estudio ya clásico de los años 50, FREEDMAN decía que los psiquiatras americanos hacían el diagnóstico en los primeros 15 segundos de la entrevista, y que el resto del tiempo era para verificar lo que habían enjuiciado al principio. Esto es lo que los europeos denominamos «ojo clínico».

Así, los primeros momentos de la entrevista y de la relación son importantísimos, precisamente porque el paciente va a troquelar en su mente, va a hacer una síntesis de lo que para él significa el médico y a quién le recuerda.

Además del marco físico también es importante la manera en que el médico recibe al enfermo y cómo pone término a la entrevista, que deben impresionar y actuar psicológicamente sobre el paciente.

Asimismo, hay que tener en cuenta la forma en que se prescriben los medicamentos de forma que el médico impresione a sus pacientes cuando modifica con la mayor seriedad una prescripción dando la misma sustancia, muy a menudo inactiva, con otro nombre. Y esto determina, sin lugar a dudas, un mayor cumplimiento en la toma de la medicación.

Es también interesante destacar la intensa acción subjetiva del contacto con el médico sobre el estado de ánimo del paciente. Su intervención disminuye muy rápidamente la ansiedad del enfermo; en ciertas ocasiones, el tratamiento ya está hecho en ese momento, sin

que sea necesario recurrir a otro acto médico. La simple promesa a una asistencia, incluso, provoca una mejoría aparente. Así podemos demostrar, de una manera evidente, la importancia de un factor psicológico en la actividad médica y en la relación médico-paciente.

Por eso, lo que dice el médico y, sobre todo, la manera que elige para decirlo, puede tener, y de hecho tiene, una enorme importancia.

La enfermedad, es decir, el sufrimiento experimentado, los síntomas sentidos, representan un ataque a la personalidad del enfermo, que tiene la posibilidad de desequilibrarla. La enfermedad física, pues, repercute en el plano psicológico y antropológico. El enfermo también reacciona a ella mediante mecanismos psicológicos, que tienden a reequilibrar y readaptar el organismo en su conjunto. Esto puede hacerse sin que intervenga el médico pero, con mucha frecuencia, el médico, además de hacer un tratamiento científico y farmacológico de la enfermedad, debe apreciar las consecuencias de la enfermedad sobre el equilibrio psíquico, y luego tratar de mantener o reestablecer ese equilibrio que es indispensable para la propia lucha contra la enfermedad. Esta actividad no puede ser conducida a buen término, sino en el marco de la relación.

Objetivos de la relación médico-paciente

Objetivo instrumental y prioritario: El enjuiciamiento de la realidad clínica.

Objetivos materiales: Son dos:

— Ajustar las teorías de la enfermedad que tenía antes de conocer a ese paciente a la enfermedad concreta del mismo.

— Curar a «ese» caso clínico.

Modelos de la relación médico-paciente

Hay varios modelos satisfactorios en la relación médico-paciente. A continuación describiré el más ingenioso, pero no sin antes hacer una breve mención a otros dos, por lo que podríamos decir que son tres los más satisfactorios:

1. El de Hollender.
2. El de Von Gebattel.
3. El de Tatossian.

Modelo de Hollender

Distingue tres niveles de relación médico-paciente, según el criterio de *actividad relativa o pasividad tanto el médico como el enfermo*.

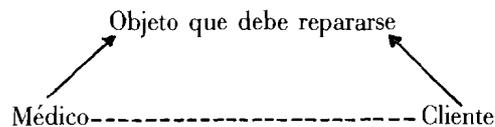
Modelo de Von Gebsattel

	Paciente	Médico
A) Fase del llamado humano	«¡Lo necesito!»	«¡Aquí estoy!»
B) Fase del alejamiento o la objetivación	«Él debe saber»	«Es un caso» (Un objeto, no una persona)
C) Fase de la personalización	«Él me comprende y me ayudará»	«Sufre, yo puedo ayudarlo. Es mi enfermo»

Modelo de Tatossian

Describió un modelo ingenioso, y quizás el más satisfactorio, de la relación médico-paciente. La relación entre el médico y su paciente es directa y se realiza en los niveles intelectual, afectivo consciente e inconsciente, y también utiliza el mundo imaginario, el de las fantasías. A menudo, el médico general considera la relación interpersonal como secundaria, cuando no como no médica.

Si se considera la medicina según la perspectiva sociológica de un sector llamado de servicio, más especialmente de «servicio de reparación», es posible construir otro esquema que corresponde mucho mejor a las actividades del *especialista*.



El cliente se dirige a un especialista para hacer reparar un objeto. La relación del experto con el cliente no implica más que el ritual social de la toma de contacto con explicaciones sobre lo defectuoso del objeto, y la reparación que se pide. El especialista tratará al órgano enfermo como un verdadero objeto, o incluso todo el

cuerpo del paciente en esta perspectiva. Este modelo técnico de servicio permite representarse como si en cierto modo la relación con el cliente ya no existe, sino únicamente con el objeto.

El *médico general* en unas ocasiones utiliza el modelo interpersonal y en otras el modelo téc-

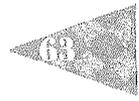
nico de servicio de reparación, propio del especialista. Debe integrar ambos modelos en su práctica para poder actuar con la mayor flexibilidad posible. Sin embargo, el médico general a veces considera el modelo interpersonal como secundario y, en ocasiones, no médico, como a menudo piensa el especialista.

Todos estos modelos permiten darse cuenta de que para llegar a comprender al enfermo en cuanto hombre-hombre que sufre, en este caso el médico necesita *identificarse* con él.

En toda relación médico-paciente se dan dos fenómenos característicos, *la transferencia y la contratransferencia*, utilizando términos psicoanalíticos, o lo que podríamos llamar también actitudes del enfermo respecto al médico y contraactitud del médico respecto del enfermo.

Se entiende por *transferencia* el desplazamiento de un afecto, por tanto de un sentimiento, de una persona sobre otra. El psicoanálisis dice que este desplazamiento se realiza de una manera inconsciente y en función de la vida pasada, de la infancia, y las emociones vividas en la situación actual: por ejemplo, la relación médico-paciente es la repetición de lo que fue vivido o imaginado en la infancia. El paciente espera inconscientemente del médico que éste tenga la contraactitud que corresponde a la que le habría gustado que tuvieran sus padres o parientes.

Por regla general, sin embargo, la mayoría de



las veces el médico es identificado con un ser potente y acogedor a la vez.

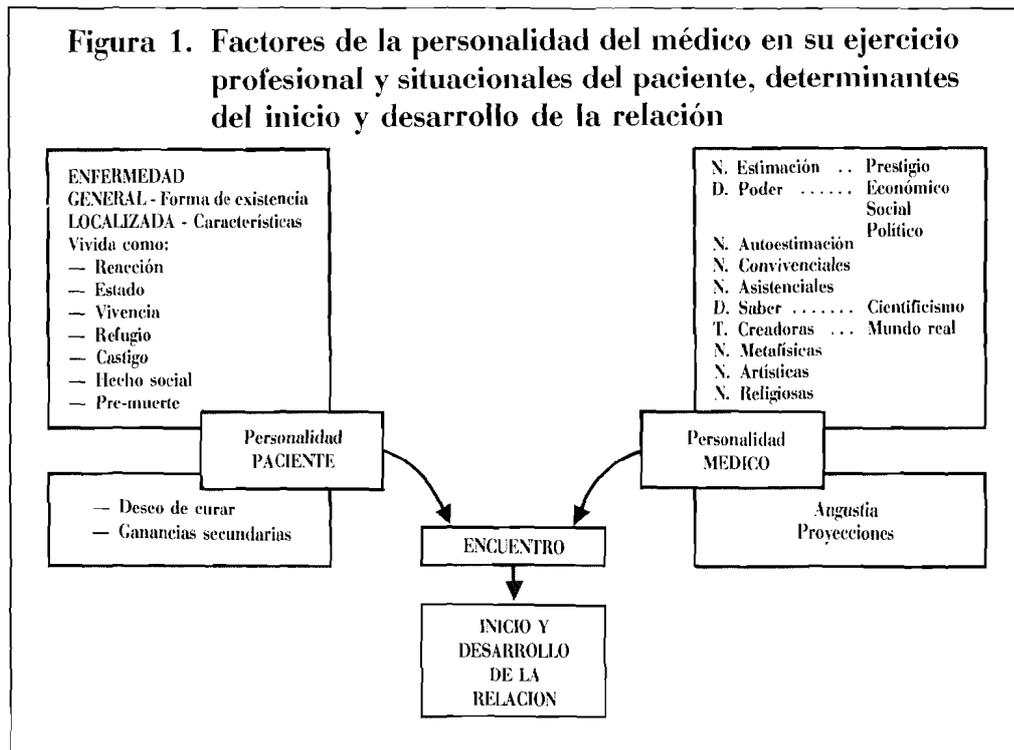
El médico también está sometido a movimientos inconscientes y vive con su paciente relaciones en conexión con una vivencia infantil que repite de esa manera.

La amplitud y complejidad de implicaciones que alcanzan a paciente y médico son circunstancias móviles y cambiantes del mismo marco general en el que se produce la relación. En la figura 1 trato de señalar sistémicamente los grupos de elementos que conforman el mencionado marco y que influyen en la relación médico-paciente, a través de 3 vías principalmente:

participación en la relación, su forma de ejercer el papel del médico concreto que es, siendo ese papel la formación particular de su papel de médico, el cual condensa las influencias culturales en general que recibe, de todo orden, explícitas e implícitas, y las más específicas de la subcultura profesional (instituciones médico-asistenciales, política sanitaria, escuelas médicas, etc.).

Entre el marco de la relación y la misma relación, en la que se diagnostica, se pronostica y se trata, y que independientemente de la evolución de la enfermedad va a tener su propia evolución sana o patológica, se va a establecer a modo de círculo vicioso una interacción, y

Figura 1. Factores de la personalidad del médico en su ejercicio profesional y situacionales del paciente, determinantes del inicio y desarrollo de la relación



- Sobre la personalidad del médico.
- Sobre la personalidad del enfermo.
- Sobre el ambiente en que se produce el encuentro.

Así se crea la relación y evolución ésta, pudiendo seguir diversos caminos. Fijando en este momento nuestra atención en el médico, la

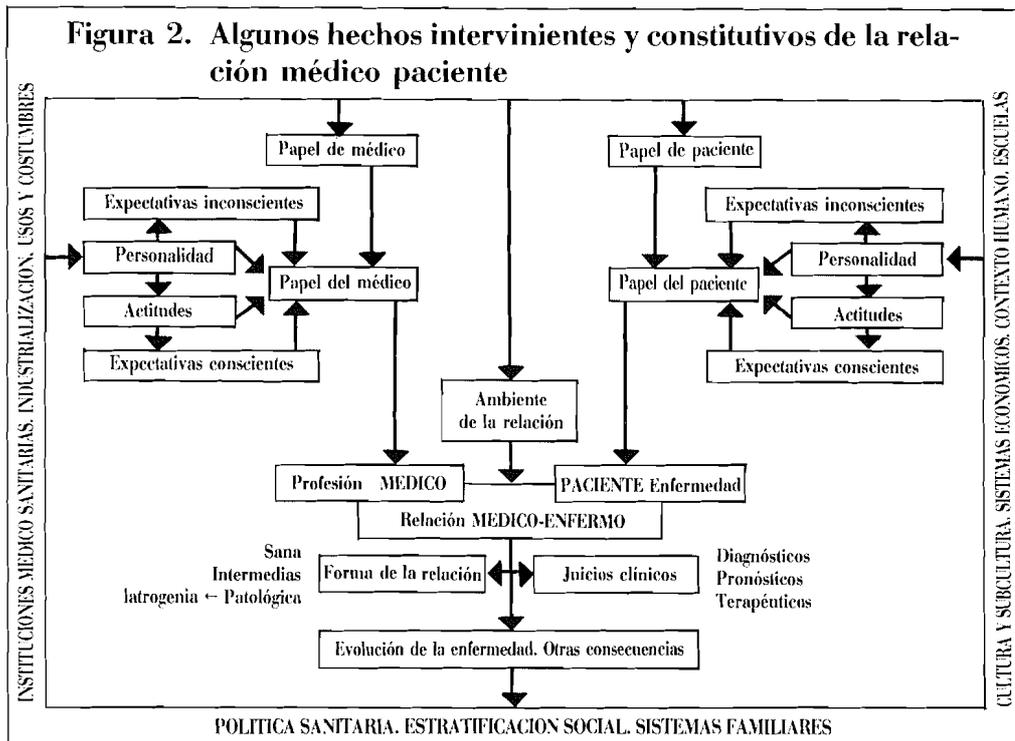
en ella, cuando la situación conflictiva se repita o se mantenga en el médico, se puede llegar a un «síndrome de la degradación general progresiva» de la relación médico-enfermo, o por lo menos del cambio cualitativo y cuantitativo a nuevas formas relacionales, tanto del rol de paciente y del rol del paciente, como del rol

de médico y rol del médico.

Aspectos que influyen en la relación médico-paciente (fig. 2)

Uno de los primeros aspectos que hay que tener en cuenta es el conjunto de aspectos biológicos que se dan en el propio individuo o en su ambiente.

bloos históricos que se han podido estudiar. No debemos olvidar nunca en la relación médico-paciente que las instituciones sanitarias inciden como un cuchillo caliente en un tejido social débil, primitivo, en relación con el modelo tecnológico que avanza, y hacen cambiar los usos y costumbres de esa comunidad. Dentro de este marco también hay que tener



También dentro de esta situación ambiental están los problemas que plantean los usos y las costumbres. Es curioso observar cómo todas las formas de abordaje médico y psicoterapéutico son muy anteriores a lo que podríamos pensar, pues tanto la psicoterapia de apoyo, la psicoterapia interpretativa, la familiar, etc., como la catarsis, estaban ya institucionalizadas y funcionaban hace miles de años, en todos los pue-

en cuenta la función del sistema familiar. Y para terminar, y no por ello menos importante, otro elemento que influye y puede modificar la relación médico-paciente es la política sanitaria. ◀

J. J. Imbernón González, F. Barbudo Antolín, Psiquiatra del E.S.M.D. de Martos

Bibliografía

1. BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires.
2. BALINT, E.; NORELL, J. S.: *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta con el médico general*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.
3. BAIN, D. J. C.: «The content of physician/patient communication in family practice». *J. Fam. Pract.*, 1979; 8:745-753.
4. BENNETT, A.; KNOX, J. de; MORRISON, A. J.: «Difficulties in consultation reported by doctors in general practice». *J. Roy. Gen. Pract.*, 1979; 28: 646-651.
5. BERNARDE, M. A.; MAYERSON, E. W.: «patient-physician negotiation». *Jama*, 1978; 181:14-15.
6. BUTT, H. R.: «A method for better physician-patient communication». *An. Int. Med.*, 1977; 86: 478-480.
7. DI MATTEO, M. R.: «Asocial-psychological analysis of physician-patient rapport». *J. Soc. Is.*, 1979; 35: 12-33.
8. GERVÁS, J. J.; HERNÁNDEZ MONSALVE, M.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M.: «Doctor-patient relationship». *Allgemeine Medizin*, 1989; 94-18.
9. GÓMEZ ESTEBAN, R.: «Reflexiones sobre la relación médico-paciente». *Revista de la A.E.N.*, 1989; 29: 181-190.
10. JORES, A.: *El hombre y su enfermedad*. Barcelona. Ed. Labor, 1961.
11. KORSCH, B. M.; NEGRETE, V. F.: «Doctor-patient communication». *Sci Amer.*, 227: 67-74.
12. LAIN ENTRALGO, P.: «El médico y el enfermo». *Biblioteca para el hombre actual*. Ed. Guadarrama, S. A. Madrid, 1969.
13. LEWIN, B. D.: «Counter-Transference in the technique of medical practice». *Psychosom. Med.*, 9: 195, 1946.
14. PEABODY, F. W.: «Doctor and patient». *Macmillan*, Nueva York, 1930.
15. RUBIO SÁNCHEZ, J. L.: «Posibilidades de una antropología psicoterapéutica». *Ponencia XIX Congreso Nacional de Psiquiatría*.
16. RUBIO SÁNCHEZ, J. L.: «Curso Monográfico». *Medicina antropológica y social*.
17. RUBIO SÁNCHEZ, J. L.: «La asociación de psicofármacos y psicoterapia en el tratamiento de los enfermos mentales». *XV Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*.
18. TIZÓN GARCÍA, J. L.: *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Ed. Doyma. Barcelona, 1988.