

## Archivos de Medicina Familiar

Volumen **6**  
Volume

Número **2**  
Number




Mayo-Agosto **2004**  
May-August

*Artículo:*




Proceso para llegar a ser enfermo y  
paciente: Una perspectiva desde la  
medicina familiar

Derechos reservados, Copyright © 2004

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



# Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: una perspectiva desde la medicina familiar

## Process to becoming sick person and patient: a family medicine approach

Garza-Elizondo T,\* Ramírez-Aranda J.\*

### RESUMEN

Cuando una persona siente que pierde la salud se inicia un proceso que lo ubica primero como enfermo y luego como paciente. Los profesionales de la salud, en especial, los médicos familiares deben aprender a identificar cuáles son los factores que influyen en que una persona decida buscar ayuda profesional para recuperar o mantener su salud. El objetivo de este trabajo es enumerar y describir algunos de estos factores que influyen en darle significado a la enfermedad y en el proceso de aceptarse como enfermos y luego como paciente. Entre ellos destacan, el carácter de la persona, la naturaleza de la enfermedad, el contexto familiar y el contexto social. Se describen las etapas de cada uno y se correlaciona con las diferentes formas de solicitud de consulta. Esto es útil para identificar aquellas etapas de mayor riesgo que pueden derivar en una relación médico-paciente-familia conflictiva. Estas habilidades forman parte del trabajo con familias que le permite al médico familiar mayor efectividad diagnóstica y terapéutica y mejor coordinación de la atención de los problemas de salud de sus pacientes.

**Palabras clave:** Relación médico-paciente, Medicina familiar, Satisfacción del paciente.

### ABSTRACT

*When a person feels that he loses health it begins a process that locates him first as sick person and later a patient. The professionals of health, especially, family physician must learn to identify those factors that make persons to seek professional aid to recuperate or to maintain their health. The objective of this article is to deal with some of these factors that give meaning to his illness and help the patient in the process of being accepted like sick person and later as a patient. Among the most emphatic factors were: the character of the person, the nature of the illness, the family and social context where the person lives in. The phases of each ability are described and are correlated with the different ways for asking consultation. This is a useful to identify those stages of higher risk, which can derive in a conflict of physician-patient-family relationship. All these skills are part of working with families that leads family physician to a major diagnostic and effective therapeutics with a better coordination of health care problems of their patients.*

**Key words:** Patient-clinician relationship, Family medicine, Patient satisfaction.

### Introducción

Desde 1961, White reportó que una de cada tres personas que se sintieron enfermas en el periodo de un mes, consultó a un médico<sup>1</sup>; en Canadá en un estudio similar, la *Comisión Real de Salud* encontró que 1 de cada 10 lo hacían<sup>2</sup>, es decir no todos los enfermos buscan ayuda médica. Este pro-

ceso tiene relación con reportes que indican que alrededor del 80% de los problemas diagnosticados en la práctica médica familiar, son autolimitados o se resuelven al prescribir tratamientos con fármacos básicos o con tratamientos que incluyen modificaciones al estilo de vida, de conducta, de alimentación, de ejercicio, y/o de manejo del estrés<sup>2,3</sup>.

Los profesionales de la salud —particularmente los médicos familiares— deben aprender a identificar cuáles son los factores que influyen para que una persona decida buscar ayuda profesional para recuperar y/o mantener la salud, la importancia de ello estriba en que las enfermedades pueden detectarse antes y eventualmente tratarse, con mejores resultados.

Cuando una persona siente que pierde la salud, se inicia un proceso que lo ubica primero como enfermo y des-

Recibido: 22-03-04

Aceptado: 08-04-04

\* Profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Dirección para correspondencia:

Dr. Teófilo Garza Elizondo

E-mail: teofilogarza@intercable.net y Teogza@hotmail.com



pués como paciente, en este momento se inicia la relación médico/paciente/familia que puede llegar a ser *colaborativa* o en su defecto *conflictiva*. El objetivo de este trabajo es señalar los diferentes factores y ciertas habilidades técnicas del médico familiar que pueden facilitar el desarrollo de las relaciones colaborativas entre médico/paciente/familia.

### *Factores para ser enfermo y paciente*

Los factores relevantes en cuanto a desarrollar el papel de enfermo o paciente<sup>4</sup> se pueden enumerar como sigue: la naturaleza de la enfermedad, en la cual se incluyen características como: duración de la enfermedad (aguda, insidiosa, crónica), curso (progresivo, no progresivo), consecuencias (fatales, no fatales) y pronóstico (evolución a la curación, a la aparición de complicaciones y secuelas)<sup>5</sup>. El carácter de la persona<sup>4,6</sup> por ejemplo: a las personas con rasgos de carácter dependiente y/o hipocondríaco les resulta más fácil aceptar la condición de enfermo o paciente con los cuidados y atenciones que derivan. En este punto se agregan las experiencias con problemas de salud similares del mismo paciente o de algún familiar, la capacidad de tolerancia a las emociones, al dolor y a otros cambios físicos; actividades tanto del cuidado de la enfermedad como de la vida diaria y por último, la capacidad de manejo del estrés generado por la enfermedad o su atención. Además, es necesario señalar la influencia de las condiciones adversas y/o difíciles del contexto en que viven el paciente y su familia en la actualidad, así como la capacidad de las personas para hacer habitable y agradable su medio ambiente. Tanto más inaceptable y difícil sea la realidad, más molestias, sufrimientos y estrés acumulará y expresará la persona.

### *El contexto familiar*

El factor más importante se refiere a la etapa del ciclo de desarrollo de la familia<sup>5,7,8</sup>. Las familias en las primeras etapas de su desarrollo, matrimonio, expansión temprana y expansión media (con los hijos antes de llegar o llegando a la adolescencia), producen fuerzas centrípetas que generan acciones y actividades de cohesividad —hacia el interior de la familia— es por ello que en las familias que enfrentan un problema de salud en estas etapas, la disposición, participación y cooperación de sus integrantes tiende a ser espontánea y de apoyo; es por ello que los profesionales casi no encuentran dificultad para que se sigan las indicaciones y se acuda a las citas de seguimiento.

Por el contrario, en familias que transitan por etapas de expansión tardía, dispersión, independencia y en ocasiones hasta en las de retiro y/o muerte, se producen fuerzas centrífugas que generan acciones y actividades de dispersión hacia el exterior de la familia, ya que la tarea más importante como padres es fomentar la independencia y autosuficiencia de sus hijos, situación muy difícil, ya que ellos como padres requieren aprender a dejar de ejercer la función paterna y necesitan desarrollar relaciones de respeto con sus hijos para poder evolucionar a una familia con hijos independientes y/o con sus propias familias de procreación.

Cuando un integrante de la familia en alguna de estas etapas pierde la salud; la disposición y cooperación del resto de los miembros es más difícil y probablemente más limitada, entre otras cosas, debido a que los jóvenes están fortaleciendo su independencia y por lo tanto la mayoría de sus actividades son para cimentar sus proyectos de vida, (recuérdese que la mayoría de las personas al vivir su proceso de independencia, la viven generando ira y molestia hacia sus progenitores lo que les facilita llevar a cabo las acciones para lograrla). Un riesgo en estas circunstancias, es que la atención y cuidado del paciente se vuelvan el centro de la vida funcional de la familia<sup>8</sup>, ya que la mayoría de las actividades de la familia se dan alrededor del enfermo, casi siempre sobrecargando de trabajo a un solo cuidador, (generalmente la esposa o la madre). Por ello dentro del trabajo con estas familias destacan un par de objetivos: 1) promover la reorganización de la estructura familiar, mediante la redistribución negociada de las funciones familiares entre los diferentes integrantes que estén dispuestos a ello y 2) fomentar la auto-responsabilidad y adquisición de conductas de auto-cuidado en el paciente.

### *El contexto social y comunitario*

Es el significado que de la enfermedad o problema de salud tiene el grupo social. Por ejemplo, las personas a quienes se les diagnostica un carcinoma, suelen hacer de inmediato una elaboración mental que los hace pensar en un problema fatal, aun cuando en la actualidad muchos ya son curables. En el caso del SIDA, al concepto de muerte, se agregan otros significados como el de ser homosexual y/o promiscuo.

Al conocer el significado que se le da a la enfermedad, el médico familiar se ubica en una excelente posición para apoyar al paciente y a su familia, por un lado a superar mitos y por otro, a ofrecer aquella información útil y actualizada que les facilite la toma de decisiones en su proceso de atención, tanto en etapas diagnósticas como terapéuticas<sup>9</sup>. Otro factor fundamental del contexto social es la disposición, identificación y uso potencial de los recursos que existen en la comunidad para apoyar la solución de los problemas de salud. Smilkstein, los agrupó bajo el término SCREAM<sup>11</sup>, acronimia cuyas letras significan, recursos: *Sociales, Culturales, Religiosos, Educativos, Económicos y Médicos*.

*Sociales*: es importante identificar la disponibilidad y el uso potencial de diferentes grupos y/o asociaciones para los pacientes y sus familias en los que se comparten las experiencias de vivir el proceso de la enfermedad y el de su atención o para contribuir con el costo de la atención. *Culturales*: identificar los mitos y creencias específicas de la enfermedad o problema de salud en el ámbito familiar y social; así mismo los estudios formales y conocimientos informales ya que pueden llegar a ser de gran utilidad durante el proceso de atención. *Religiosos*: las creencias religiosas imprimen un significado a la enfermedad o problema de salud, lo que facilita comprender una experiencia difícil y dolorosa y ofrecer alternativas para enfrentarla. Existen dos áreas por explorar: 1) la fe, la cual es un principio intra-personal, que proporciona paz y tranquilidad y 2) la



congregación o grupo de personas con las que se comparte no sólo la fe, sino principios y costumbres, pero sobre todo convivencia y apoyo durante las crisis. **Educativos:** presencia de algún familiar que tenga formación educativa en áreas de la salud. Se incluyen los métodos que los integrantes de la familia usan para aprender o distraerse, por ejemplo: si acostumbran leer, procedería usar materiales educativos impresos o en su defecto sugerir escuchar conferencias y material audio grabado, según corresponda. **Económicos:** aquí se consideran los ingresos familiares y porcentaje destinado a gastos de la salud: honorarios, medicamentos y materiales necesarios para la atención, hospitalización, traslados, hospedaje y alimentación de los acompañantes del enfermo, entre otros. **Médicos:** identificación de los profesionales de la salud, laboratorios, centros hospitalarios, la internet, televisión por satélite, prensa, los que permitirían conocer la disponibilidad de recursos de otras ciudades y países.

### Etapas del proceso

McWhinney<sup>11</sup> revisa por etapas, en forma excelente, el proceso para llegar a ser enfermo y después paciente.

1. La persona percibe una alteración en su desempeño o función habitual.
2. La alteración es considerada un problema de salud o enfermedad.
3. Se intenta alguna solución del tipo de la automedicación.
4. La familia es usada como la primera línea de recursos.
5. Se buscan otros recursos no profesionales como: vecinos, curanderos o encargados de farmacia (por mencionar algunos).
6. Se pueden consultar otros recursos profesionales no médicos como: enfermeras, nutricionistas, terapeutas, entre otros.

Cuando una persona siente que su problema de salud rebasa los límites de la tolerancia —o por la ansiedad que le provocan los síntomas— decide buscar asesoría y consejo con un profesional de la medicina, se transforma y se reconoce a sí mismo como paciente.

El proceso para llegar a ser paciente incluye, los siguientes pasos:

1. Se consulta con un médico
2. Se inicia el proceso diagnóstico
3. Se inicia el proceso terapéutico y
4. La enfermedad evoluciona hacia la curación, la cronicidad y/o la muerte.

De acuerdo a la forma como el paciente presenta su problema de salud y sus expectativas, el encuentro profesional (la relación médico/paciente/familia) puede, desde el principio ser una relación *colaborativa*. Por ello, el médico familiar necesita identificar las diferentes formas de solicitud de consulta, descritas por McWhinney<sup>12</sup> las cuales se incluyen en tres grupos y dos categorías:

### Categoría I. Pacientes con problemas:

#### Directos:

Aquellos que rebasan el límite de la tolerancia.  
Aquellos que rebasan el límite de la ansiedad y/o el estrés.  
Consultas de oportunidad.

#### Indirectos:

El síntoma es usado como *boleto de admisión* (comportamiento señal).  
Se descubre un problema latente, diferente del que originó la consulta.

### Categoría II. Pacientes sin problemas:

Causas administrativas.  
Consultas preventivas.

Las formas de solicitud de consulta que pueden constituirse en causa de una relación difícil o conflictiva son: pacientes con problemas directos: aquellos que rebasan el límite de tolerancia y aquellos que rebasan el límite de ansiedad y/o estrés y los del grupo de problemas de presentación indirecta.

### Conclusiones

Diferentes estudios muestran, que aproximadamente 20% de la consulta de un servicio de medicina familiar se debe a causas de presentación indirecta y que aproximadamente 7 de cada 10 pacientes, presentan problemas psicosociales como causa de consulta; lo que constituye un terreno abonado para desarrollar relaciones médico-paciente o médico-familia conflictivas. Para incrementar las probabilidades de éxito de solucionar o adaptarse a su problema —los pacientes— necesitan ser tratados con un modelo de atención integral<sup>2,3,11</sup>.

El modelo de atención bio-psico-social si bien, es un modelo de atención integral ya está rebasado. Así, Sattir<sup>12</sup> describe ocho niveles de salud en las personas, cada uno de ellos con sus necesidades específicas de atención, las cuales deben ser cubiertas. En la actualidad, no existe el profesional que los cumpla completamente, sin embargo, el médico familiar es el que más se acerca a esa posibilidad ya que su perfil formativo le permite ampliar el modelo de atención médica agregando a los niveles biológico, psicológico y social, el nivel de atención familiar a través del trabajo con familias (esto lo ubica como el único especialista de la medicina con estas características) es posible cubrirlos a través de su función como coordinador de la atención la cual le permite servir de enlace entre el paciente, la familia y los otros profesionales e instituciones de salud de acuerdo al tipo de problema o enfermedad a la que se enfrente. Por estas razones es necesario que el médico familiar desarrolle ciertas habilidades específicas que le faciliten su trabajo con las familias.

### Referencias

1. White KL. Ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-892.



2. Hennen BK. Conducta ante la enfermedad. En: Hennen BK. *Medicina Familiar: guía práctica*. Mc Graw-Hill, 1983; 6: 35-42.
3. Garza ET, Riquelme HH, Ramírez AJM. Clasificación y análisis de 14,315 problemas ambulatorios en la Residencia de Medicina Familiar de la UANL. *Rev Internl de Med Fam* 1986 (3): 37-42.
4. Levy NB, Clark JJ. El paciente crónicamente enfermo. En: Abram HS. *Psiquiatría básica para el médico de cabecera*. Buenos Aires (Argentina): El Ateneo, 1981: 64-77.
5. Rolland J. *Chronic illness and the family life cycle*. In: Carter B, Mc Goldrick, M. Eds. *The Changing family life cycle: a framework for family therapy*. 2ª. Edición, Ed. Allyn and Bacon, 1989: 191-208.
6. Moss RH. *Coping with the crisis of physical illness*. In: Freeman AM, Sack RL, Berger PA. Eds. *Psychiatry for the primary care physician*. Williams and Wilkins Company, 1981; 3: 25-40.
7. Carter, B. *Overview: changing family life cycle, a framework for family therapy*. In: Carter B, Mc Goldrick, M. Eds. *The Changing family life cycle: a framework for family therapy*. 2ª. Edición, Ed. Allyn and Bacon, 1989: 3-28.
8. Garza ET. *Atención integral de la familia con un enfermo crónico*. En: Garza ET. *Trabajo con familias*. Subdirección de educación continua, Facultad de Medicina de la UANL: 1997.
9. Kornblit A. *La enfermedad crónica vista como crisis familiar*. Enfoque preventivo de las disfunciones familiares. En: Kornblit A. *Somática familiar*, Ed. Gedisa, 1984.
10. Garza ET. *Abordaje integral de la familia del paciente con SIDA: una propuesta*. Educontya. (UANL) 1995; 1(4): 5-8.
11. Smilkstein G. The family in trouble-How to tell. *J Fam Pract* 1977; 3: 991-996.
12. Mc Whinney IR. Beyond diagnosis: An approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. *N Engl J of Med* 1972; 287: 284-287.
13. Satir VM. *Retrato parcial de una terapeuta familiar en proceso*. En: Fishman HCH, Rosman BL. Eds. *El cambio familiar: Desarrollo de modelos*. Gedisa, 1990.

## Archivos en Medicina Familiar

An International Journal

Órgano Oficial de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar AC

## Suscripciones

HSBC (antes BITAL): 4021903760  
Bancomer: 1107600917

Suscripción personal \$295.00 (México) Otros países USD \$60.00  
Suscripción Institucional \$600.00 (México) Otros países USD \$100.00  
Números sueltos \$160.00 (México) Otros países USD \$20.00

Es suficiente que por E-mail ([archmedfam@hotmail.com](mailto:archmedfam@hotmail.com)) nos informe que ha realizado su depósito para enviar sus ejemplares, después lo podrá enviar por correo a la administración de la revista:

Dirección: Dr. Arnulfo Irigoyen Coria  
Apartado Postal 22-385  
Administración # 22, Tlalpan.  
Insurgentes Sur 4130 CP 14091  
México D.F.

## Archivos en Medicina Familiar

An International Journal

Cupón de suscripción anual

### México

☐ Personal \$295.00 (MN)

☐ Institucional \$600.00 (MN)

### Otros países

☐ Personal \$60.00 (USD)

☐ Institucional \$100.00 (USD)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_