

Relación de colaboración médico-paciente-familia

The Physician-Patient-Family Collaborative Relationship

Garza-Elizondo T,* Ramírez-Aranda JM,* Gutiérrez-Herrera RF.*

**Profesores de la Residencia de Medicina Familiar. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.*

Correpondencia: rmz544383@yahoo.com.mx

El Médico familiar (MF), al conocer el proceso para llegar a ser enfermo y paciente, y los factores y condiciones que motivan la consulta y que se configuran en una cierta forma de presentación se ubica en una posición privilegiada para desarrollar una adecuada y satisfactoria relación médico-paciente-familia de colaboración. Para ello requiere desarrollar un mínimo habilidades entre las que destacan: ser un hábil y experto entrevistador de individuos y de familias, un facilitador efectivo de los procesos de negociación, de solución de problemas y de comunicación familiares y un excelente y eficaz educador sobre los problemas de salud que inciden en su población.

El establecer una relación médico/paciente/familia efectiva es la herramienta más importante para un tratamiento exitoso, y la disponibilidad y el tiempo que el MF dedica en la consulta, son por sí solos los dos factores más valiosos para un resultado adecuado.

En resumen, para lograr ese nivel de efectividad y competencia, es necesario adquirir ciertas destrezas y habilidades para ser experto en:

- a) entrevistas individuales con enfoque familiar
- b) entrevistas a grupos familiares
- c) técnicas de apoyo y expresión emocional
- d) técnicas para el trabajo con las familias.

Estas habilidades le dan al MF un perfil que lo ubica como el único profesional de la salud, que aplica y conjunta un modelo de atención que incluye los procesos de atención: biológico, emocional, cognitivo(educativo), conductual, familiar(relaciones interpersonales), epidemiológico(riesgos y recursos sociales), nutricional y espiritual, con lo cual se supera con mucho el modelo bio-psico-social, dando paso a una opción de atención verdaderamente integral.

Condicionantes para establecer una relación colaborativa

La relación colaborativa médico-paciente-familia se establece cuando el MF adquiere habilidades y destrezas con el propósito de:^{1,2}

- 1.-Identificar la verdadera causa de consulta.
- 2.-Entender el significado del síntoma y solucionar el malestar del paciente.
- 3.-Evaluar el contexto familiar y social en el que se expresa la enfermedad o problema.
- 4.-Cubrir las necesidades y expectativas de atención del paciente.
- 5.-Manejar adecuadamente la respuesta emocional asociada.
- 6.-Usar un método de evaluación familiar y atención integral (*Trabajo con familias*).
- 7.-El médico como modelo y herramienta terapéutica.

1.-Identificar la verdadera causa de consulta.

Los pacientes que acuden a consulta en ocasiones “disfrazan u ocultan” la verdadera razón para acudir con su médico, con síntomas como dolor de cabeza, del cuerpo, malestar general, entre otros. En la disponibilidad a escuchar y hablar de las experiencias de vida diaria de los pacientes, ya que son la fuente de gratificación y alegría, así como de sueños y expectativas, pero también de preocupaciones, tensiones y problemas, y el genuino interés en la persona, expresar con claridad la habilidad de “escuchar activo” del MF; esta actitud facilita que los pacientes lo identifiquen y ubiquen como el recurso de salud primario, en el que puede apoyar para buscar su asesoría de forma clara y directa.

Para lograr este propósito es fundamental para el médico familiar:

a) Identificar la causa o fuerza motivadora de la consulta, haciendo preguntas como:

¿Qué hizo que el paciente acudiera hoy a consulta

¿Existe algún evento (personal, familiar, escolar, laboral) que pueda explicar la decisión de buscar asesoría?

De ser así, es necesario identificar la emoción asociada al síntoma o causa de consulta, por medio de cuestionamientos como:

¿Qué cree el paciente que sufre o padece? (temor, culpa, enojo, tristeza, etc.)

¿Existe relación del sentimiento con el evento?, sí es positiva, ¿Cuál?

En esta etapa de la entrevista, es importante que el MF facilite la expresión verbal de cualquier explicación que el paciente considere pertinente y de esta manera facilite la asociación con su carga emocional. Es recomendable una actitud relajada y de escucha, hacer silencios con atención, dejar de escribir cuando el paciente habla, mantener la mirada atenta, usar expresiones que faciliten que siga hablando del tema(*si, OK, aja!*; asentir con la cabeza, entre otros)³.

2.- Entender el significado del síntoma y solucionar el malestar del paciente.

Los síntomas no sólo revelan una disfunción del organismo, es posible que estén asociados a un significado secundario o una función en la vida familiar del paciente.

El significado que se le da a un signo o síntoma, es una elaboración cognitiva que permite explicar esa experiencia de vida y se construye a partir de los cambios que se dan por la enfermedad o la crisis, incluyen actividades o funciones que se dejan de hacer o bien que se empiezan a hacer, a partir del evento, esto es lo que se conoce como impacto de la enfermedad o crisis⁴.

Las características de las personas como la edad, género, estado civil, funciones familiares previas y posteriores a la crisis, inteligencia, desarrollo emocional y cognitivo, creencias religiosas, actividades de vida diaria y experiencias previas personales y /o de algún conocido, entre otros, determinan el significado que el paciente da a su síntoma ^{4,5}. La importancia clínica de estas características, radica en que como cualquier elaboración cognitiva, es aprendida por lo tanto es modificable, esto permite que el MF con intervenciones educativas y/o cognitivas planificadas pueda facilitar cambios personales y/o familiares.

3.-Evaluar el contexto familiar y/o social en el que se expresa el problema

Aprender a evaluar y a incluir el contexto en el que se expresa el problema de salud es la piedra angular de la Medicina Familiar. Es la praxis de la atención integral, pero para aprenderlo es indispensable pensar en familias (sistemas), ya que cada persona tiene o pertenece a una familia, la cual se constituye para la mayoría, en el contexto inmediato y la fuente más importante de gratificación, pero también de preocupaciones y problemas. Es en este contexto que se expresan y en el cual cobran importancia la mayoría de los síntomas que padecen los pacientes que se atienden en la consulta ⁶.

La forma de aplicar en la práctica clínica el pensamiento sistémico es al encontrar la respuesta de las siguientes preguntas:

¿Con quién vive el paciente?

¿Cómo participan ellos en la aparición y perpetuación del síntoma?

¿Cómo afecta el síntoma a cada integrante de la familia?

¿Qué actividades y/o funciones familiares tuvo cada uno que dejar de hacer o empezar a hacer, a partir de la aparición del síntoma o problema?

La información obtenida da una enorme orientación para conocer la forma de participación de los integrantes de la familia en la aparición y/o perpetuación del problema. Es en este punto del proceso de *Trabajo con las familias* donde se expresan la mayoría de habilidades de manejo. El alcanzar pequeñas modificaciones en la ejecución de las funciones de los integrantes de la familia o en el modo de solucionar sus problemas, permiten en ocasiones cambios espectaculares. Nadie que se precie de su especialidad como MF podrá omitir esta parte de su trabajo con el paciente y su familia.

4.-Cubrir las expectativas y necesidades de atención del paciente

Identificar las expectativas y necesidades de atención que una persona deposita en el médico y cubrirlas lo mejor posible, es tal vez por sí solo, el factor más importante para la satisfacción por el servicio que se recibe. Es por ello indispensable que el MF encuentre la respuesta a las siguientes preguntas:

¿Qué espera el paciente de la consulta?

¿Qué espera el paciente de la atención del médico, en cuanto a trato e interés humano?

McWhinney, ha descrito magistralmente las formas de solicitud de consulta,⁷ el conocerlas y correlacionarlas con la respuesta de las preguntas anteriores le permite al MF definir ciertas pautas de acción:

¿La consulta fue motivada por un síntoma que exceda la tolerancia del paciente?

Si la consulta fue generada por un síntoma que excedería la tolerancia de ansiedad y/o estrés, es necesario identificar las fuentes de la ansiedad o estrés y tratar de disminuirlos para que sean manejables por el paciente y posteriormente continuar la atención y evaluación en otras áreas. En otras palabras el objetivo de la atención médica será disminuir la molestia y después continuar la atención médica en otras áreas.

En el caso de que la consulta sea por problemas de presentación indirecta, se necesita trabajar primero en una relación médico-paciente-familia sólida y de confianza para que el paciente acepte que se lleve a cabo una historia clínica personal y familiar completas que permitan estar en posibilidades de identificar él o los problemas que lo llevaron a solicitar la consulta, para después poder negociar con el paciente, la posibilidad de su atención. Ahora bien, si la consulta es preventiva o por causas administrativas, las personas esperan una respuesta rápida a esa solicitud; en este caso el mostrar interés en otras cuestiones de su vida, sin una explicación lógica y clara de parte del médico puede resultar incómodo y hasta molesto.

Es recomendable que en la elaboración de los objetivos o metas terapéuticas se ponga especial atención en el lenguaje usado, que sea claro y bien entendido por los pacientes, que los logros por alcanzar sean prácticos y susceptibles de ser cuantificados y que tomen en cuenta, además de la recuperación de la salud, cambios en conocimientos, conductas y emociones que puedan conducir hacia el bienestar de los pacientes.

5.-Manejo adecuado de la respuesta emocional asociada

Todas las enfermedades o problemas de salud poseen un componente emocional asociado. Las emociones asociadas a una enfermedad pueden ser de tipo depresivo, ansioso o de tipo mixto⁸.

El estrés puede tener su origen en los síntomas y cambios físicos que afectan al paciente⁹, las necesidades de cuidados especiales que requiere, el tratamiento adecuado de la enfermedad o por último, las rutinas y actividades nuevas o diferentes para el paciente y sus familiares.

El MF debe desarrollar habilidades que le permitan el manejo y apoyo de la expresión emocional que sus pacientes requieren. Para ello, es necesario cultivar una larga lista de habilidades como:

- desarrollar una relación de unión y apoyo con los pacientes
- comprensión realista de la experiencia de su paciente con la enfermedad
- actitud profesional sin juicios y con respeto a su situación, condiciones y decisiones
- actitud de empatía, sobretodo el escuchar activo y la disponibilidad y el uso de sí mismo como modelo para apoyar técnicas de normalización en ciertas etapas del desarrollo¹⁰.

Es muy útil clarificar y apoyar la diferenciación entre sentimientos, pensamientos y acciones, clarificar y apoyar la diferenciación entre los integrantes de la familia y sus funciones y responsabilidades asociadas a cubrir las necesidades de cuidados especiales requeridas por la enfermedad y para su tratamiento¹¹⁻¹²; el facilitar la identificación de la circularidad de las interacciones y el efecto de sus síntomas y conductas en el resto de los integrantes de la familia; el ser directivo para sugerir algunas indicaciones específicas, sin invadir, ni manipular; respetar y apoyar las decisiones de los pacientes, en cualquier asunto relacionado con su enfermedad y su tratamiento; y por último, retroalimentar a los pacientes con una visión realista de su experiencia de vida y de sus problemas de salud con optimismo y esperanza⁴.

6.-*El uso de un método de evaluación y atención integral*

El método de evaluación y atención integral es sinónimo de *Trabajo con Familias*, el cual consiste en las intervenciones de un MF encaminadas a que las personas que atiende y que sufren un problema de salud, lo superen y que las familias recuperen el camino que les permita ser el mejor de los recursos para el desarrollo óptimo de cada uno de sus integrantes⁹.

Para realizar una evaluación integral se requiere que el MF adquiera:

- Habilidades de unión: son las que garantizan una relación médico-paciente-familia firme, respetuosa y comprometida con la solución de los problemas presentados e identificados.
- Habilidades para una evaluación familiar completa la cual debe incluir:
 - a) historia clínica individual del paciente con los datos ya conocidos además de una identificación clara de la causa de consulta y de las expectativas del servicio y
 - b) historia clínica familiar, que para ser completa debe contener mínimo: estructura familiar, genograma, etapa del ciclo de vida familiar y el cumplimiento o no de las tareas del desarrollo, historia de crisis accidentales y la forma de superarlas, las características de la funcionalidad familiar (técnicas de solución de problemas, estilo de comunicación verbal y emocional, tipos de control de conductas y roles y funciones familiares)
 - c) recursos y fortalezas familiares y por último la identificación completa de problemas.
- Habilidades de manejo, las que se registrarían y estructurarían en un programa de atención que incluya como mínimo los siguientes procesos de atención: biológico, emocional, cognitivo (educativo), conductual, familiar (relaciones interpersonales), epidemiológico (riesgos y recursos sociales), nutricional y espiritual⁷.

7.- *El médico como modelo y herramienta terapéutica*

No es suficiente dominar la técnica, para ser efectivo en las intervenciones que necesitan modificaciones de conductas, de estilo de vida y de las relaciones familiares, es necesario constituirse en ejemplo. Es necesario que el MF incorpore a su vida, la mayoría de los conceptos que promueve, para que al alcanzar una vida familiar satisfactoria, sana y sobretodo congruente pueda llegar a ser una imagen realista a imitar y que proyectada al grupo social que atiende, sea la plataforma que le da fortaleza a su vida personal y a su actividad profesional la cual se verá nutrida con ejemplos claros sobre las fuentes de estrés y problemas, pero también de como solucionarlos. Una vida familiar así, es el mejor modelo del que se puede disponer. Como puede deducirse, una práctica con estas condiciones, exige un compromiso profesional y personal muy alto, pero también el resultado es muy gratificante.

Referencias

1. Hennen BK. Conducta ante la enfermedad. En: Hennen BK. Medicina Familiar: Guía práctica. 1ª Edición. México. Mc Graw-Hill; 1983.
2. Moos RH. Coping with the crisis of physical illness. In: Freeman AM, Sack RL, Berger PA. Psychiatry for the primary care physician. USA. Ed: Williams and Wilkins .1981; 3 p. 25-40.
3. Garza ET, Saavedra ASJ. Salud Mental - Dinámica Familiar. Metodología para la Atención Familiar Integral. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo. Dirección General de Enseñanza en Salud. Serie Aprisa No. 2 Noviembre de 1988, 9-11.

4. Bishop DS. Behavioral problems and the disabled. Assessment and Management. U.S.A. Ed. Garza ET. Atención integral de la familia con un enfermo crónico. En: Garza ET. Trabajo con familias. 1era. ed, Monterrey: Editorial Subdirección de Educación Continua, Facultad de Medicina de la UANL. 1997; 153-162.
5. Birrel CH. El enfermo terminal y la familia. En: Dulanto, GE. La familia: un espacio de encuentro y crecimiento para todos. 1ª Edición. México: Editorial de Textos Médicos Mexicanos 2004, 471- 476.
6. Garza ET. Trabajo con familias: Aplicaciones. En: Garza ET. Trabajo con familias. 1era. ed Monterrey: Editorial Subdirección de Educación Continua, Facultad de Medicina de la UANL; 1997 p 55-62.
7. Garza ET, Ramírez AJM. Proceso para llegar a ser enfermo y paciente: Una perspectiva desde la medicina familiar. Arch Med Fam 2004; 6(2): 57-60.
8. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 2002. 759-764.
9. Martínez LF. Garza ET. Eventos críticos. En: Garza ET. Trabajo con familias. 1era. ed. Monterrey: Editorial Subdirección de Educación Continua, Facultad de Medicina de la UANL. 1997, 89-96..
10. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar, 4ª. Reimpresión. México: Gedisa, 1989.
11. Bowen M. De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. 1ª. edición. Barcelona: Paidós. 1991.
12. Bishop DS, Epstein N.B. Family problems and disability en Williams and Wilkins; 1980.