Localizador web
Artículo 153.519

Estrategias para promover el trato igualitario con los pacientes

Roger Ruiz Moral

Dos aclaraciones preliminares

1. ¿Qué entenderemos aquí por «trato igualitario con los pacientes»? Esto no significa dar a todos los pacientes lo mismo, sino tratar de ofrecer a cada uno lo que en su individualidad y su circunstancia particular (contexto) realmente necesita y pensamos que es lo mejor. En realidad, éste es el significado del concepto frecuentemente malentendido de «atención centrada en el paciente»[1,2]: el esfuerzo que debe hacer todo profesional por «diagnosticar» no sólo el problema clínico que presenta el paciente, sino la comprensión de la persona y, en aras de una mayor efectividad, adaptarse a ella[3].

2. ¿Qué significado damos a «tratar»? Con este término nos referiremos, desde luego, al literal en el ámbito de la clínica, ligado a la aplicación de los conocimientos y habilidades clínicas para resolver los problemas de salud, pero también al que posee en el relacional o interpersonal: cordialidad, respeto, atención a lo que dice el paciente, paciencia demostrada, claridad de las explicaciones, consejos y ayuda para tomar decisiones, entre otros muchos.

La desigualdad en el trato a los pacientes: evidencias

Tratar por igual a nuestros pacientes, o ya deberíamos decir «centrarse en cada uno de ellos» de manera efectiva, es una empresa difícil, ya que hay una gran diversidad de variables que dependen del paciente, del problema que presenta, de las circunstancias en las que se presenta, de nosotros mismos, de nuestra relación con él y de algunas más. En primer lugar, hay evidencias que muestran que nos resulta difícil adaptarnos (tratar con justicia) a determinados tipos de pacientes; generalmente a los que en cierta medida son «diferentes» de nosotros: los que poseen un nivel cultural y socioeconómico diferente del médico[4,5], los inmigrantes o los pertenecientes a minorías[6], los adolescentes y ancianos[5]. Es decir, que contribuimos al problema de las desigualdades de salud[7]. También tenemos dificultades cuando los pacientes presentan determinados problemas de salud. Parece que son aquellos para los que el profesional no está especialmente preparado, familiarizado e interesado, y que suelen ser los que no tienen fáciles soluciones biomédicas, o los que representan una especie de tabú social y/o personal (en los que nuestra propia historia familiar y personal representa una barrera para abordarlos y solucionarlos lo cual, además, no suele ser algo que podamos reconocer conscientemente con facilidad): el alcoholismo[8], la violencia doméstica[9], las somatizaciones[10], el VIH o el sida[11,12] se encuentran entre ellos. Sin embargo, el trato desigual o injusto sucede muchas veces con pacientes aparentemente habituales que presentan problemas comunes. En otro artículo[13], lo ejemplificábamos mediante la ilustración de cómo un médico tenía que esforzarse por adaptarse relacionalmente en un día de consulta a las muy variadas necesidades y peculiaridades que ese día diferentes pacientes presentaban, todos ellos, por otra parte, comunes. Para ello debía de tener en cuenta muchos factores siempre novedosos, pues incluso un mismo paciente podía cambiar en función de su nueva circunstancia. La necesidad de individualizar para tratar con justicia abarca la necesidad de considerar aspectos tan variados como la cantidad de información y la forma más adecuada de proporcionársela a un paciente particular (a quién ofrecer riesgos relativos y a quién absolutos, cuándo frecuencias y cuándo probabilidades, información equilibrada entre ganancias y pérdidas, qué tipo de información gráfica, etc.)[14,15], el grado de incertidumbre que debemos compartir con él o el tipo de preferencias que tiene respecto a, por ejemplo, su grado de participación en las decisiones[16]. Finalmente, hay aspectos personales que representan barreras para conseguir dar lo mejor a cada uno de nuestros pacientes, nuestras limitaciones físicas (no tratamos generalmente igual al paciente de las 9 de la mañana que

Medicina de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. Facultad de Medicina de Córdoba. Córdoba. España.

Correspondencia: Dr. R. Ruiz Moral.
Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba.
Blanco Soler, 4. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

Manuscrito recibido el 24 de febrero de 2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 1 de marzo de 2006.

TABLA 1 **Estrategias generales para dirigir la atención hacía uno mismo y diagnosticar nuestras propias limitaciones**

Identifique «pistas» físicas y emocionales que le hagan sospechar que algo le está alterando (se siente incómodo en su silla habitual, está intranquilo por algo…)
Identifique las causas de su estado (contexto, paciente, asuntos personales)
Utilice «pausas» en la actividad diaria
Utilice autopreguntas reflexivas (¿por qué me resisto a levantarme y explorar a este paciente?)
Plantéese la capacidad para afrontar o no en ese momento el problema
Reenmarque la situación que está viviendo y su proceso de pensamiento (trate de ver las cosas desde una nueva perspectiva)
Utilice conscientemente su propio arsenal de habilidades que crea que pueden serle de más efectividad en ese momento

Tomada de Ruiz Moral[18].

TABLA 2 **Estrategias comunicacionales que se deben tener en cuenta con cualquier paciente**

Mostrarse afable, amistoso, educado
Proporcionar apoyo emocional
Realizar una escucha activa
Permitir y animar a que el paciente exponga sus expectativas, ideas y puntos de vista sobre el problema
Ofrecer información personalizada y de forma clara y adecuada
Fomentar la participación en la consulta
Mostrarse dispuesto a compartir la toma de decisiones
Ser positivo y tranquilizador

al de las 12.30), cognoscitivas (es difícil mantenerse al día en todo lo que nos presentan los pacientes) o emotivas (muchas veces es muy difícil evitar y superar completamente los sentimientos negativos que nos aparecen ante algunos pacientes)[17,18].

Estrategias para promover un trato más justo

De todo lo anterior podemos concluir que el trato igualitario a los pacientes nos exige un esfuerzo orientado hacia fuera que tiene por objetivo el diagnóstico del paciente y del problema clínico y relacional, y hacia dentro (hacia nosotros mismos) y que tiene por objetivo ayudarnos a caer en la cuenta de las limitaciones que vivimos en cada momento y ante ese paciente que nos impiden comprenderlo y atenderlo bien. Las estrategias utilizadas en cada caso son complementarias, y en el segundo están más relacionadas con la autorreflexión y el autoconocimiento; las que son de carácter general las resumimos en la tabla 1. En el primero, la estrategia fundamental es conseguir una «completa» atención a la persona a la que tratamos, para así poder liberarnos de nuestros prejuicios teóricos y acercarnos a sus necesidades reales. Se trata en suma de realizar un abordaje «fenomenológico» del acto clínico que nos permita, en la medida en que prescindimos de teorías y protocolos, captar inicialmente la naturaleza auténtica del problema para, en un segundo momento, poder aplicar los conocimientos y habilidades tanto clínicas como relacionales que su naturaleza requiere[19,20]. Por ejemplo: el problema puede ser una herida sangrante en la frente o puede ser un sufrimiento por un acontecimiento vital concreto que, sin embargo, se presenta como una cefalea; en el primer caso la aplicación de un conocimiento y unas habilidades de naturaleza biomédica predominarán; en el segundo se precisarán más estrategias de abordaje psicológico, en ambos seguramente estrategias relacionales más o menos diferentes. En la medida en que esto depende de cultivar determinados valores y actitudes ante el mundo (como la disponibilidad, el compromiso, la curiosidad, la humildad, la compasión, etc.) que exigen la reflexión continua sobre nuestros actos para conseguir una actuación espontánea, resulta difícil hacer recomendaciones concretas sobre cómo alcanzarla. En general, contribuyen a ello también las estrategias que aparecen en la tabla 1; algunas otras propuestas en este sentido han sido desarrolladas por diferentes autores[17,18,20-22]. Dado el carácter generalizable de algunos aspectos relacionales, en la tabla 2 resumimos algunos de los principios conductuales cuya puesta en práctica, mediante las habilidades necesarias, facilitan que se llegue y se mantenga la atención centrada en el paciente; éstos, además, se han relacionado con resultados de la consulta, incluida la propia satisfacción de los pacientes[23,24].

«Trato igualitario» y confianza

El éxito del acto clínico depende en gran medida de que se consiga ofrecer una atención basada en lo que hemos descrito en la sección precedente y de que lo hagamos un día tras otro con cada uno de nuestros pacientes. En realidad, creemos que el producto de todo ello queda perfectamente definido con la palabra «confianza». Sentir confianza en un médico, o que éste sea capaz de inspirarla, es una de las cualidades o virtudes que más valoran pacientes y médicos. Sin embargo, es muy difícil definirla (prueben si no a que alguien les responda con precisión a la pregunta: ¿por qué te inspira –o no– confianza este médico?), lo que resulta de la gran cantidad de variables que la componen y, de ahí, su dificultad para ser objeto de una investigación científica. A pesar de ello, disponemos de interesantes aproximaciones basadas en la evidencia científica que asocian estrechamente confianza con relación interpersonal, además de con percepción de la competencia[25,26]. Murphy et al[27] estudiaron los cambios experimentados por los pacientes en su experiencia con sus médicos de atención primaria en un período de 3 años en Estados Unidos y encontraron que significativos descensos en aspectos como el trato interpersonal a los pacientes (su paciencia, atención a lo que dice el paciente, cordialidad, respeto, tiempo dedicado, claridad de las explicaciones, consejos y ayuda para tomar decisiones) corrían parejos a una disminución en la valora-

Puntos clave

- La gran complejidad de la práctica clínica favorece el trato desigual a los pacientes por parte del médico.
- Tratar de forma igualitaria (justa) a los pacientes significa tener capacidad para superar las diferencias que nos separan y centrarnos en ellos.
- Para ello es preciso utilizar estrategias no sólo clínicas, sino relacionales y de autoconocimiento. El esfuerzo que hacemos en su aplicación con cada paciente contribuye a que nos ganemos su confianza.
- La confianza es, por tanto, un buen indicador de los esfuerzos que hacemos para minimizar las desigualdades y de la calidad de la atención que ofrecemos.

ción que hacían de su integridad, su competencia y del papel que éstos podían desempeñar como agentes del paciente, en resumidas cuentas, de su confianza. Igualmente, la confianza, el tratamiento interpersonal, el conocimiento del paciente y la calidad de la comunicación desplegada por el médico resultaron ser los predictores más potentes para que un paciente cambiara de médico[28]. Los pacientes parecen confiar más en médicos pertenecientes a sus propias minorías porque con éstos percibirían un mayor grado de conexión y un más adecuado involucramiento en las decisiones que se deben tomar en la consulta[6]. La confianza es, pues, algo que se gana con el tiempo y que debe adquirirse mutuamente, en general tras repetidos contactos clínicos en los que, mediante nuestros actos, los pacientes se dan cuenta de nuestra competencia, interés y honestidad, pero nosotros captamos esto también de ellos. Sin embargo, esta comprensión mutua es difícil de adquirir precisamente por las diferencias entre médico y paciente y por las naturales dificultades que tenemos para superarlas y que más arriba hemos descrito.

Conclusiones

Tratar de forma igualitaria a los pacientes significa tener capacidad para superar las diferencias que nos separan y centrarnos en ellos. La gran diversidad de pacientes, situaciones, problemas clínicos, presiones externas que están presentes en la práctica clínica hace de esto uno de los más difíciles retos que debe afrontar el clínico. Para conseguir comprender al paciente es preciso conocer estrategias no sólo clínicas, sino relacionales y de autoconocimiento. El esfuerzo que hacemos en la aplicación exitosa de estas habilidades con cada paciente es una importante garantía de que lo estamos tratando lo más adecuada y justamente posible. Más allá de cualquier otro indicador de resultados de los muchos con los que la burocracia con la que nuestras gerencias de salud nos bombardean, ignorando la esencia de la atención sanitaria, hacernos merecedores de la confianza del paciente puede ser lo que mejor detecte este esfuerzo y seguramente representa un buen índice de la calidad de la atención que ofrecemos.

Bibliografía

1. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: semFYC-Ediciones; 2004.
2. Ruiz Moral R. La relación clínica, hoy. Aten Primaria. 2005; 35:279-80.
3. Ruiz Moral R. El médico y la virtud de Zelig (I) y (II). Jano. 2004; 66:480-1 y 580-1.
4. Williams M, Davis T, Parker R, Weiss B. The role of health literacy in patient-physician communication. Fam Med. 2002;34: 383-9.
5. Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres L, Torre de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. Pat Edu Couns 2006. En prensa, ref. PEC-05-828R2.
6. Ferguson W, Candib L. Culture, language, and the doctor-patient relationship. Fam Med. 2002;34:353-61.
7. Davey Smith G, Bartley M, Blane D. The black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. BMJ. 1993;301: 373-7.
8. Arborelius E, Thakker K. Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients. Fam Pract. 1995; 12:419-22.
9. Fogarty C, Burge S, McCord E. Communicating with patients about intimate partner violence: screening and interviewing approaches. Fam Med. 2002;34:369-75.
10. Wileman L, May C, Chew-Graham C. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. Fam Pract. 2002;19:178-82.
11. Epstein R, Morse D, Frankel R, Frarey L, Anderson K, Beckman H. Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. Ann Intern Med. 1998;128:435-42.
12. Devroey D, Van Casteren V, Sasse A. How are patients informed about their HIV test results? Fam Pract. 2002;19:125-7.
13. Ruiz Moral R, Rodríguez J, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Aten Primaria. 2003;32:594-602.
14. Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. BMJ. 2002;324: 827-30.
15. Epstein R, Alper B, Quill T. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA. 2004;291:2359-66.
16. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ. 2001; 322:468-72.
17. Novack D, Suchman A, Clark W, Epstein R, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. JAMA. 1997;278:502-9.
18. Ruiz Moral R. El profesional y la relación con el paciente. En: Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 71-97.

19. Rudebeck C. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empaty. Scan J Prim Health Care. 1992;Suppl 1:1-87.
20. Neighbour R. Sección C: puesta en práctica. En: Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Esplugues de Llobregat: J&C, S.L.; 1998. p. 279-321
21. Epstein R. Mindful practice in action (I): technical competence, evidence-based medicine and relationship-centered care. Families, Systems & Health. 2003;21:1-9.
22. Epstein R. Mindful practice in action (II): cultivating habits of mind. Families, Systems & Health. 2003;21:11-17.
23. Stewart M, Brown J HB, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prevention & Control. 1999;3:25-30.
24. Lewin S, Skea Z, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultation (Cochrane Review). The Cochrane Library. 2003(1).
25. Thom D, Physicians TSTS. Physician behaviors that predict patient trust. J Fam Pract. 2001;50:323-8.
26. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel S, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? Med Care. 2004;42:1049-55.
27. Murphy J, Chang H, Montgomery J, Rogers W, Safran D. The quality of physician-patient relationships. Patients' experiences 1996-1999. J Fam Pract. 2001;50:123-9.
28. Safran D, Montgomery J, Chang H, Murphy J, Rogers W. Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice. J Fam Pract. 2001;50:130-6.