Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la medicina familiar.

Person-centred care. Epistemological basis for primary care and family medicine.

***Coppolillo**, Fernando Enrique*[1]

[1]Docente Adscripto Departamento de Medicina Familiar UBA.
Grupo de Práctica de Medicina Familiar.
fernando.coppolillo@gmail.com

Recibido: 31/07/2012
Aceptado: 30/03/2013

RESUMEN
Los cuidados centrados en la persona (CCP), son un modelo de cuidados de la salud que se caracteriza por comprender el proceso salud enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover las decisiones compartidas entre médicos y pacientes; Integra en la atención los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales junto a las expectativas de los pacientes, valorando además la interacción humana en el proceso clínico.
PALABRAS CLAVE: Cuidados centrados en la persona, Alianza terapéutica, Relación médico paciente.

ABSTRACT
Person centered care is a model of health care characterized by a comprehensive biopsychosocial approach and promote share decision between patient and physician. The model integrated biological emotional and context aspects in the attention with the patients expectative and valorized human interaction in clinical process
KEYWORDS: Person-centred care, Therapeutic alliance, Doctor – patient relationship

Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 45 – 50.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados centrados en la persona (CCP)[I] son un modelo de cuidados de la salud que se caracteriza por comprender el proceso salud enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover las decisiones compartidas entre médicos y pacientes (1); Integra en la atención los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, junto a las expectativas de los pacientes, valorando además la interacción humana en el proceso clínico.

El término "medicina centrada en el paciente" fue acuñado por Michael Balint (1896-1970) en Inglaterra en la década de 1950, para diferenciarlo de la perspectiva dominante de la medicina, que él denominó centrada en la enfermedad (2). Balint fue un psicoanalista que trabajó con los médicos generales ingleses, analizó los aspectos subjetivos de la práctica clínica, la importancia de la relación médico paciente y realizó valiosos aportes en este sentido. Carl Rogers (1902-1987), psicoterapeuta, investigador en psicología y en educación, fue el precursor del "enfoque centrado en la persona", y desarrolló conceptos claves de la relaciones terapéuticas positivas, que son compatibles y asimiladas en el modelo. Ian MacWhinney, profesor de Medicina Familiar de Western Ontario, Canadá, desarrolló e investigó el "método clínico centrado en el paciente", y junto a sus discípulos ha realizado las mayores contribuciones en la materia. En la Argentina, los profesores Julio Ceitlin, Jorge Cacace y Pilar Vargas introdujeron la enseñanza y su práctica en la residencia del Servicio de Medicina Familiar del Hospital Francés en la década de 1990. Desde entonces, su práctica e investigación ha sido desarrollada por diferentes grupos de equipos de atención primaria en Latinoamérica. El pensamiento crítico en Latinoamérica ha hecho aportes en el mismo sentido con los conceptos de "cínica ampliada" de G. Souza Campos.

La diferencia entre "dos medicinas" señaladas por Balint nos evoca a la discusión en torno a los paradigmas en la Medicina y la Atención de la Salud que han cobrado vigencia: el paradigma positivista y el paradigma humanista (3). Una comparación de los

aspectos claves de ambos paradigmas se desarrolla en el cuadro 1.

El positivismo, como sistema de ideas, tiende a destacar los aspectos materiales de la realidad y la experiencia, y el método científico como forma de conocimiento.

El siglo XX se ha caracterizado por un crecimiento vertiginoso de los descubrimientos científicos y tecnológicos, en solo algunas décadas han sucedido más cambios significativos que en varios siglos de la historia de la humanidad. Es lógico pensar que la Medicina se viera inmersa en las corrientes de pensamiento del positivismo y envuelta en la fascinación de los nuevos conocimientos de la ciencia. La ciencia estaba pudiendo dar respuesta a interrogantes acerca de la dimensión biológica del hombre, y emplear los descubrimientos en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. El punto crucial en el que la Medicina sella su orientación hacia las Ciencias Naturales sucede en EE.UU, a partir de la reestructuración de los programas de las Escuelas de Medicina que impulsara Abraham Flexner. A partir de ese punto comienza a consolidarse un paradigma en la que la medicina, su práctica y enseñanza se centran en la investigación científica (modelo biomédico), dejando de lado los aspectos subjetivos y "especulativos" de su ejercicio. Sus características principales son: el dualismo cuerpo mente, la causalidad lineal, aislamiento de un fenómeno para su estudio, especialización progresiva del conocimiento, objetividad del observador y reproducibilidad de sus métodos (4). Todos estos elementos configuran y condicionan una práctica clínica, que denominaremos centrada en la enfermedad.

El paradigma positivista o modelo biomédico fue mostrando en su desarrollo una serie de anomalías y ha recibido fuertes críticas por el carácter deshumanizante de su práctica. Estos elementos han dado origen a la formulación de un nuevo modelo, que se nutre de corrientes de pensamiento como la fenomenología y el existencialismo, y de diversos campos de las ciencias humanas, así como de nuevos enfoques dentro de las mismas ciencias, como la Teoría General de los Sistemas y el Paradigma de la complejidad. José Mainetti denomina esta nueva corriente de pensamiento como Paradigma Humanista en Medicina.

Francisco Maglio nos acerca una interesante reflexión acerca de los dos modelos: *"Herederos del dualismo cartesiano mente y cuerpo, nos constituimos en "plomeros del cuerpo" antes que médicos de la persona; ésta necesita algo más que remedios y aparatos, nos necesita a nosotros como persona-médico y en esta relación la palabra es fundamental"*(5)

Florencio Escardó, un célebre maestro de la pediatría argentina, señalaba *"Enfrentada al nuevo planteo la Medicina tuvo que buscar aliados que se llamaron la psicología, la antropología, la sociología o la sexología, disciplinas que se tipifican como Ciencias del Hombre, queriendo decir con ello del* ***hombre total*** *en relación consigo mismo, con sus semejantes y con su medio. Advino así* ***la Medicina de la Persona****, es decir, del ser humano dotado de intimidad e interioridad, y sobretodo* ***agente de libertad.****"* (6)

Cuadro 1: Comparación paradigmas positivista y humanista

	Paradigma Positivista	**Paradigma humanista**
	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Influencias Escuelas Filosóficas	Filosofía de las ciencias, Neopositivismo, utilitarismo	Fenomenología, existencialismo,
Método científico	Ciencias naturales	Ciencias naturales y Ciencias humanas
Concepción del hombre	Dualismo cuerpo mente. Foco en lo biológico	Complejidad
Concepción de la salud	Ausencia de enfermedad	Bienestar biopsicosocial
Relación Médico Paciente	Basada en el poder del conocimiento y la utilidad	Basada en las decisiones informadas. Promoción del bienestar humano
Principio bioético dominante	Principio de la beneficencia	Principio de la autonomía
Sistemas de Salud	Centrado en el Hospital de Alta complejidad	Centrado en la Comunidad (Atención Primaria)
Práctica clínica	Centrada en la enfermedad	**Centrada en la persona**
Exploración clínica	Método científico	Método científico y Ciencias sociales

Las características principales del nuevo paradigma son: la utilización de métodos de las ciencias naturales y las ciencias humanas en la comprensión del paciente, la valoración de los aspectos objetivos (exploración científica) y subjetivos (exploración hermenéutica) de la salud y sus cuidados, una concepción biopsicosocial del proceso salud-enfermedad, lo que determina un modelo de cuidado que denominamos centrada en el persona (CCP).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y COMPONENTES DEL CCP

En los últimos años se generaron discusiones en torno a la definición conceptual y las dimensiones del modelo de CCP (las diferentes líneas de investigación se resumen en el Cuadro 2), Nicola Mead ha realizado una extensa revisión de la literatura y una evaluación de los sistemas conceptuales e instrumentos que han intentado medir el modelo (7,8). Little y colaboradores investigaron las preferencias y la percepción de los pacientes respecto a la práctica del CCP en tres áreas sanitarias de Inglaterra, así como algunas variables asociadas ella (9, 10). Jane Orden estudió las creencias de médicos generales y pacientes acerca de los componentes del modelo de CCP (11). Todas estas líneas de investigación coinciden conceptualmente y en todas ellas cinco elementos están presentes: el modelo biopsicosocial en la atención clínica, la consideración del médico como persona, la consideración del paciente como persona, la comunicación médico paciente familia y la alianza terapéutica. Si bien existe un solapamiento en los componentes, resulta útil su descripción como dimensiones para un análisis conceptual del CCP.

El enfoque biopsicosocial

El enfoque biopsicosocial se encuadra dentro de la Teoría General de los Sistemas. Ludwig Von Bertallanfy, un ingeniero de origen húngaro, fue uno de los que se inquietaron por las porciones de la realidad que a partir del paradigma positivista, y en especial los postulados de aislamiento de fenómenos (método analítico), quedaban arbitrariamente desterradas del campo de conocimiento. Así reúne y formula una serie de principios que se dan en los sistemas en general que estaban siendo descriptos simultáneamente en diferentes campos del conocimiento (12).

Un sistema se concibe como un conjunto de elementos en interacción. Hall y Fagen definen sistema como “un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos”. Se comprenden desde su naturaleza abierta ya que se ven en permanente influencia y fluctuación por el medio en el que se desarrollan. Desde esta perspectiva encontramos distintos elementos de la teoría: el carácter de totalidad, la configuración de una imagen laberíntica de la realidad por la interacción de elementos, y el modelo de análisis por niveles (sistemas y subsistemas).

Cuadro 2. Dimensiones del modelo de CCP según diferentes autores y grupos de trabajo.

Autor	Stewart M, [2]	Little et al. [8]	Ogden J, et al. [10]	Mead N, et al. [6]
Dimensiones	1. Explorar la dolencia y la enfermedad. 2. Entender la persona total 3. Encontrar un campo común en el manejo. 4. Incorporación de Promoción de la Salud y Prevención. 5. Reforzar la relación médico paciente. 6. Uso realista del tiempo.	1. Comunicación: experiencia de la dolencia, comunicación y relación médico paciente. 2. Compañerismo: interés en creencias, expectativas y negociación de un campo común de manejo. 3. Promoción de la salud.	1. Receptividad del médico de las expectativas y vivencias del paciente respecto a su enfermedad. 2. Involucramiento del paciente en la toma de decisiones. 3 Atención de aspectos emocionales de médicos y pacientes en la consulta.	1. Perspectiva biopsicosocial. 2. El paciente como persona. 3. Compartir el poder y la responsabilidad. 4. Generar una alianza terapéutica. 5. El médico como persona (subjetividad en la atención).
Grado de Evidencia	Opinión de Expertos	Investigación Cualitativa	Investigación Cualitativa	Revisión Narrativa e Investigación cualitativa

Podemos definir algunas propiedades generales de los sistemas que fueron descriptos

- **Los niveles de organización**: los sistemas contienen a otros sistemas (denominados subsistemas) y a su vez están incluidos en un metasistema.
- **Totalidad**: Dependencia e interacción de los procesos de interacción, un cambio en un elemento, en un atributo afecta los metaniveles y subniveles.
- **La Retroalimentación** la circularidad de la comunicación, está dada por el proceso de interacción permanente, lo que define el carácter abierto de los sistemas.
- **Teleología**. Persecución de metas y una finalidad del sistema, que permite una comprensión amplia de los fenómenos acorde al sentido mismo.

Estos principios pueden aplicarse a un organismo unicelular, un ser humano, una familia, una sociedad civil, o un sistema económico. La teoría general de los sistemas aporta nuevos marcos conceptuales para entender el proceso salud enfermedad, así como para estudiar la relación médico paciente, viene a nutrir la lógica de una práctica médica que integre la dimensión biológica con la psicológica, la familiar y la social del enfermar.

Engels postula los principios del modelo biopsicosocial, comprendiendo la complejidad de la realidad de la persona que enferma, integrando a los subsistemas biológicos con los psicológicos y aún espirituales, con el metasistema familiar y social.

Desde esta perspectiva, especialmente aplicable en la atención médica primaria, y en línea con la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud[II], la tarea profesional incluye la consideración de problemas en los diferentes subsistemas y meta sistemas de la persona.

Un problema ocupacional, una crisis vital familiar, una dificultad económica, entendidos como estresores psicosociales, así como una úlcera gástrica, son problemas que se deben integrar y considerar en la práctica clínica. Desde este enfoque el rol del médico no se limita a la provisión de medicamentos y estudios diagnósticos, sino a la facilitación de recursos personales y comunitarios para adaptarse y superar las dificultades que atraviesan las familias bajo nuestro seguimiento.

Muchas veces los pacientes concurren a la consulta bajo lo que podemos denominar **"excusa somática",** dado que el verdadero motivo de consulta es un malestar personal por problemas en otras esferas de su vida (espirituales, psicológicas, familiares, laborales, sociales, etc.). Este fenómeno se conoce como "punta de iceberg", ya que detrás de una dolencia física se esconde un componente psicosocial mayor. Un buen ejercicio que nos permite revisar el modelo de práctica que realizamos es evaluar el registro de problemas de índole psicosocial en el historial clínico de los pacientes.

El paciente como persona

Al considerar al paciente (Del lat. *patĭens,* - padecer, sufrir), diré entonces el padeciente, como persona y no solamente como un individuo que porta un trastorno en su cuerpo, se abre un vasto campo de acción y un reencuadre de la tarea médica.

En primer lugar, partiremos del concepto que la enfermedad es una vivencia que involucra al "Self" del paciente, como señala Mcwhinney, es decir, que la persona total está comprometida en el problema, más allá de su dimensión biológica.

La persona que solicita asistencia siente una alteración física, y esta alteración tiene un impacto en su vida emocional (las ideas, los temores, las expectativas, los significados biográficos que la alteración despierta), también lo tiene en su vida cotidiana y en su medio familiar y social. Todos estos factores constituyen la dimensión humana del enfermar, lo que denominaré en este texto como **"estar enfermo"**, equivalente al término inglés "illness" (traducido como dolencia[II] y padecimiento[III]).

El modelo de CCP incluye entonces a la exploración de la enfermedad, pero además la exploración de la dolencia**,** para ello requiere de un marco de abordaje diferente al de los procesos físicos, que es el abordaje fenomenológico (hermenéutica), que implica la interpretación de la subjetividad del otro.

La alianza terapéutica (AT)

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, 'aliar" (del latín *alligare*, atar) es unir o coligar a una persona, o colectividad o cosa con otra, con un mismo fin. El desarrollo histórico del concepto AT proviene de la psicología y ha sido definida como una relación de ayuda que se caracteriza por la confianza, la responsabilidad compartida, y el establecimiento conjunto de prioridades, roles y metas (13). El psicoanálisis intentó diferenciar originalmente entre el fenómeno de la transferencia-contratransferencia y la alianza que establecen los pacientes con su terapeuta,

discusiones posteriores incluyeron estos procesos como epifenómenos de la AT.

El movimiento humanista en psicoterapia prestó una especial atención a la AT. Carl Rogers postula tres actitudes básicas para el desarrollo de una relación de ayuda positiva: la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional del paciente.

Bordin, en el año 1976, definió la AT como el encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta, e identificó tres dimensiones en ella: (a) vínculo positivo, (b) acuerdo en las tareas (c) acuerdo en los objetivos.

Un trabajo de investigación cualitativa realizado en nuestro medio exploró en médicos de familia los componentes de la AT. De acuerdo a sus hallazgos se basa en una relación simétrica y positiva, donde la empatía, la confianza, y la aceptación incondicional del paciente, se constituyen en la base para poder establecer un plan de trabajo terapéutico acordado, que incluye medios y metas. Asimismo, el contexto, la accesibilidad y las características de la atención médica, como las destrezas clínicas y relacionales, se mostraron en el estudio como factores facilitadores del vínculo (14).

El médico como persona

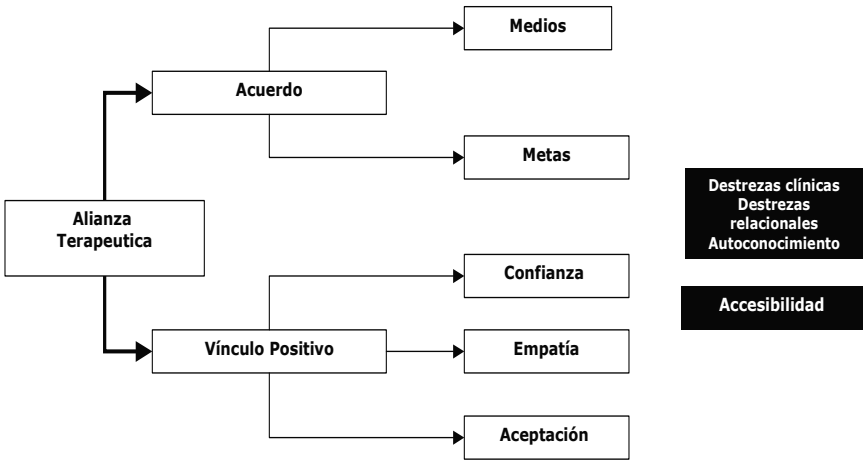
Los conocimientos técnicos en medicina y destrezas clínicas bien podrían considerarse como un imperativo moral del profesional. Estos conocimientos han sido y son valorados socialmente, y son fundamentales para el manejo de los problemas de salud por el que consultan los pacientes.

Sin embargo, un aspecto muy importante del modelo CCP, es el autoconocimiento del médico como persona, dado que le permite la flexibilidad y destreza necesaria para poder trabajar con él la dolencia y el sufrimiento, con el "estar enfermo" "del otro". Respecto al autoconocimiento en función de la ayuda, Gabriel Marcel señalaba: *"No solo la historia de la filosofía, sino aun el estudio de las obras literarias en cuanto contribuciones al conocimiento del hombre, nos enseña que el mundo de los otros se aclara con una luz cada vez más intensa, a medida que el yo elucida, de más en más, heroicamente, sus propias tinieblas".* Esta reflexión nos evoca el mito de Centauro Quirón, el arquetipo del sanador herido.

Es el mismo autoconocimiento el que le permite identificar cuando juicios de valor hacia un paciente interfieren en su capacidad de comprensión (empatía) y autenticidad, claves en el modelo CCP, y lo protege de los ejercicios de poder en la relación médico paciente.

En palabras de Francisco Maglio, *"el efecto sanador de nuestra propia presencia, que el paciente "sienta" que estamos a su lado, que vibramos en ese encuentro irrepetible de persona-persona, que estamos en su misma "sintonía corporal".*

Esquema 1. Componentes de la alianza terapéutica (9)



EPÍLOGO

En el modelo biomédico, hegemónico desde las Escuela de Medicina hasta la organización de los sistemas de atención médica, la relación médico paciente ha sido valorada especialmente en términos de mediación en la obtención de mejores resultados y decisiones de manejo, por lo que el vínculo ha adquirido una valoración desde una perspectiva de utilidad.

El estudio de los fenómenos que se establecen en la relación médico-paciente pueden cobrar relevancia si nuestras comunidades logran poner en discusión y debatir entre dos paradigmas: una Medicina que ex-

cluye la integralidad del hombre, (tanto de pacientes, como de los trabajadores de la salud), desde sus postulados y metodologías, y una Medicina Humanista que integra la ciencia y la tecnología en el marco de una relación de ayuda entre personas.

NOTAS FINALES

[I] En la literatura médica anglosajona se encuentran los siguientes términos asociados: person patient centred(ness) / approach,/ medicine, care. No existen en Nacional Library of Medicine términos MESH asociados al concepto. El término MESH Patient-Centered Care responde a una definición de otro concepto: Design of patient care wherein institutional resources and personnel are organized around patients rather than around specialized department (From Hospitals 1993 Feb 5;67(3):14). Year introduced: 1995. Se eligió el término cuidados por ser un concepto amplio, que atraviesa varias disciplinas de la salud que incluyen a la medicina y a los procesos de atención.

[II] Salud, bienestar biológico, psicológico y social, y no sólo ausencia de enfermedad.

[III] Término extendido a partir de la traducción del libro Medicina de Familia de Ian McWhinney [4]

[IV] Maglio F. Determinantes Sociales de la salud y la enfermedad. 4to.Congreso internacional de cardiología por internet. Federación Argentina de Cardiología. 2005. http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c074/maglio.php

BIBLIOGRAFÍA

1 Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.

2 Stewart M, Brown JB, et al. Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method. 2nd edition. Radclife. Oxford. 2003.

3 Mainetti, José Alberto, La transformación de la medicina, La Plata, Quirón, 1992

4 McWhinney Ian. Medicina de Familia. Barcelona. Mosby/Doyma, 1994.

5 Maglio F. Etica Frente al paciente crítico. Alcameon 1996: 17. http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_05.htm

6 Escardó F. Carta abierta a los pacientes.. Buenos Aires. Fundasap Ediciones, 2004

7 Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine 2000; 51: 1087-1110.

8 Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. Patient Education and Counseling. 2002; 48:51-62.

9 Little PS, Everitt H, Warner G, Moore M, Gould Clare, Ferrier Kate et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation im primary care: observational study. BMJ 2001; 322:1-7.

10 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes on general practice consultations. BMJ 2001; 323: 908-911

11 Ogden J, Ambrose L, Khadra A, Manthri S, Symons L, Vass Alex, Williams M. A. Questionnaire study of GPs' and patients' beliefs about different components of patient centeredness. Patient Education and Counseling 2002; 47:223-227

12 Von bertallanfy L . Teoría general de los sistemas. Fondo de Cultura Economica. Mexico. 1993

13 Corbella S. Botella L. La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología. 19,2:205-221

14 Coppolillo FE, Andina L, Cacace P, Giménez Lascano G. El fenómeno de la alianza terapéutica: Investigación cualitativa. Primer Congreso Iberoameircano CIMF Wonca. Buenos Aires. 2006