Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

EDITORIAL

La mochila del paciente y la mochila del médico.
Doctor-patient encounter. Satisfactions and dissatisfactions.

Rubén Darío García Núñez[1] María Aurelia San Juan[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
García-Núñez R, San-Juan M. La mochila del paciente y la mochila del médico.. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2026 Nov 7]; 2(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/35

Aprobado:

Correspondencia: Rubén Darío García Núñez. editorial@jagua.cfg.sld.cu

No es infrecuente que los pacientes salgan de la consulta del médico insatisfechos del resultado obtenido. Por supuesto, algunos pueden traer problemas insolubles. Suponiendo que este no fuera el caso, entonces debíamos preguntarnos: ¿Por qué puede salir un paciente de la consulta del médico con sensación de insatisfacción? Byrne y Long, dos autores ingleses, escribieron en 1976 en relación con un estudio por ellos realizados, que una causa frecuente de insatisfacción en los pacientes era la incapacidad del médico para darse cuenta del real motivo de consulta.[1]

El análisis que a continuación se expone apunta al encuentro entre el médico y el paciente.

En relación al tema son diversas las preguntas que acuden a la mente: ¿Se encuentran el médico y paciente? Y si se encuentran: ¿Cómo se encuentran? ¿Para qué se encuentran?

Vale analizar dos formas de aproximarse a la situación planteada, intentando responder desde ellas, las preguntas anteriormente formuladas. No debemos, sin embargo, olvidar que existen otras formas de análisis pues como plantea el Dr. Paul Watzlawick es preciso tener “in mente” que existen tantas realidades como observadores haya.[2]

El punto común de las dos visiones a plantear, estaría dado por la convergencia en el encuentro: la dolencia de uno y la probable respuesta del otro. Pero frente a las preguntas del “cómo” y “para qué” de este encuentro médico-paciente, surgen diferencias entre ellas.

La primera aproximación, que corresponde a una visión de tipo lineal, da respuesta a lo planteado de la siguiente manera:

El paciente trae a la consulta del médico un problema, que generalmente expresa mediante síntomas: el cómo del paciente. El médico, frente a estos síntomas, intenta descubrir la “naturaleza del problema”, utilizando la entrevista, el examen físico, las pruebas diagnósticas y la historia familiar y personal del paciente: el cómo del médico. Mediante éstas busca la causa objetiva del problema: el para qué. En este enfoque la incapacidad de encontrar la causa del problema por parte del médico, se atribuye a la falta de medios analíticos para la exploración. No se cuestiona aquí la dirección exploratoria, ni el objeto de análisis. Vale decir una visión causa-efecto de los fenómenos.

La segunda forma de aproximación, que corresponde a una visión de tipo circular, responde las preguntas formuladas de la siguiente manera:

El cómo se encuentran, desde el paciente, es él con sus síntomas a cuesta, desde el médico es cómo entender la interrelación que existe entre los síntomas o problemas del paciente y su contexto (personal, familiar y social). Buscando las posibles causas originarias del problema y formas de enfrentarlo es el para qué. En esta visión, cuando el médico no es capaz de encontrar la causa del problema, se cuestiona la dirección y el objeto de análisis, no es la falta de medios analíticos la única causa del fracaso. Vale decir una visión holística de los fenómenos.

Esta última visión, de tipo circular, corresponde a lo que últimamente, se ha denominado “teoría holística de la enfermedad”. Los conceptos en que se funda esta teoría, pueden ser encontrados ya en los escritos de Hipócrates, en el siglo V a.c. Dichos fundamentos tienen relación con que cualquier problema, presentado por el paciente, está definido simultáneamente en términos de los componentes: físico, psíquico y social. La relación que establece el paciente, con los efectos del problema sobre él, es igualmente importante, pudiendo esta llegar a formar parte de la definición original del problema.

Esta teoría holística de la enfermedad es la que Ian MCWhinney, en 1981, propuso fuera reconocida como la base científica de la Medicina Familiar. Citando textualmente a McWhinney: “No se trata de rechazar la teoría reduccionista de la enfermedad, sino superar las limitaciones que esta tiene. El enfoque holístico reconoce que existe una estrecha relación entre la enfermedad y la personalidad y experiencia del paciente, y que esa persona no puede ser entendida fuera de su contexto. La visión holística reconoce que cada enfermo es diferente, y que el médico tiene una parte importante en la conducción de este proceso”.[3]

Pendlenton, a partir de esta visión holística desarrolló un modelo de comunicación entre el médico y el paciente, en el cual la consulta es descrita como una especie de “caja negra”.

El modelo sugiere que los resultados de cualquier consulta están en función de la

entrada de información y de procesos cíclicos que se generan en su interior. Tanto el médico como el paciente, están situados en el contexto de su propio entorno social, el cual influye en sus actitudes y creencias en relación con la salud, enfermedad y tratamiento, así como en las expectativas ante el acto médico. Es decir, cada uno, médico y paciente, lleva una mochila donde guarda toda la historia de su vida.

Es la existencia de estas mochilas y el "peso" de su contenido el que hay que tener siempre en cuenta durante la relación médico- paciente para que realmente se produzca el encuentro fructífero y satisfactorio para ambas partes.

Por lo tanto, el desafío que enfrenta el médico es aplicar el método científico en su modelo de atención y al mismo tiempo desarrollar técnicas diagnósticas y terapéuticas apropiadas para cada uno de los pacientes y los problemas comunes a ambos.

.....

Bibliografía

1. Dorsey LR. The generalist-specialist relationship and the art of consultation. En Noble J. Primary care and the practice of medicine. Boston: Little Brown; 1986.
2. Terapia para resolver problemas. Haley: Amorrortu; 1976.
3. Bertakis KD, Roter D, Putman SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. J Fam Pract 1991; 32: 175-181.
4. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: University Press; 1992.
5. Selvini PM. El mago sin magia. Buenos Aires: Paidos; 1986.
6. Centro Internacional para la Medicina Familiar. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. London: OMS- WONCA; 1994.
7. Ayanian JZ, Haupman PJ, Guadagnoli E, Antman EM. Knowledge and practices of generalist and specialist physicians regarding drug therapy for acute myocardial infarction. N Eng J Med 1996; 335:1136-42.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pendleton D. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Medical Publications; 1989.

2. Watzlawick P. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1983.

3. McWhinney I. A textbook of family Medicine. Oxford: Universiy Press; 1989.