



SUMARIO

TEMA DEL DÍA

| | PÁGINA |
|---|--------|
| LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE- <i>NIEVES BARRAGAN</i> | 1 |
| ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE: LA RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES- <i>PABLO HERNANDO</i> | 15 |

PENSAMIENTO ACTUAL

| | |
|--|----|
| EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EL SABER DE LA ÉTICA. EL PARADIGMA DE LA MEDICINA CLÍNICA - <i>MÀRIUS MORLANS MOLINA</i> | 39 |
|--|----|

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

| | |
|--|----|
| MEDIO SIGLO DE AJEDREZ - <i>LUIS BOHIGAS</i> | 59 |
|--|----|

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicaran en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI @.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Nieves Barragan

Resumen: La forma en que el médico mira y respeta profundamente a la persona-paciente gracias a situarla en el centro de la conversación, al tiempo que se queda como profesional sanitario intelectualmente a su alrededor. Ambos hechos son la propuesta de comunicación con el paciente que se empezó a desarrollar teóricamente sobre la mitad del siglo XX y que hoy presenta multitud de literatura e investigación de calidad. En la actualidad, no obstante, podemos asegurar que la “comunicación centrada en el paciente” es un modelo con evidencias suficientes de utilidad demostrada para mejorar la salud de los pacientes. Este estilo se puede aprender si se interioriza, ayudando así a los médicos y a otros sanitarios a realizar su trabajo de una forma más eficiente y satisfactoria.

Palabras clave: comunicación centrada en el paciente, entrevista clínica, comunicación médico-paciente.

Abstract: *PATIENT-CENTERED COMMUNICATION*

The doctor's way of looking at his patient, deep respect for his person, placing him at the center of the conversation and remaining as a health professional intellectually around him, is the communication proposal that began to be developed theoretically around the middle of the XX century and that at present shows a multitude of literature and quality research that allows us to ensure that "patient-centered communication" is a model that has demonstrated sufficient evidence of utility to improve the health of patients. This style can be learned if it is internalized, thus helping doctors and other health professionals to perform their work in a more efficient and satisfactory way.

Keywords: Patient-centered communication, clinical interview, physician-patient communication.

Artículo recibido: 10 abril 2016; **aceptado:** 15 noviembre 2016.

La comunicación es la herramienta sobre la que se construye el vínculo entre el médico y el paciente para conseguir una relación terapéutica. La conceptualización de los mecanismos que se producen para que la comunicación sea efectiva, se hace necesaria para acercarnos al proceso y a la descripción de los

objetivos, de la idoneidad y del estilo en el que debemos profundizar para incorporar o desestimar nuevos modelos de relación médico-paciente.

La importancia de poner al paciente en el centro de la relación seguramente ha estado en la intencionalidad de los médicos desde el origen de la profesión, pero es a partir de los años 80 cuando el “*método clínico centrado en el paciente*” se conceptualiza y se empieza a utilizar en educación e investigación. Muchos nombres se implican en sus inicios y numerosas publicaciones (1984: Levenstein et al.¹, 1989: Brown et al.², Stewart et al.³, Weston et al.⁴). El término “*medicina centrada en el paciente*” es introducido por Balint et al. en 1970 desarrollándolo en contraste con lo que llama “*medicina centrada en la enfermedad*”⁵.

En la segunda mitad del siglo XX, surgen nuevos modelos teóricos de relación y comunicación médico-paciente. Gracias a los trabajos publicados por Carls Roger (1951)⁶, Balint (1957)⁷ y posteriormente por Byrne (1984)⁸, se desarrolla un nuevo modelo llamado Comunicación Centrada en el Paciente (CCP). Este término, acuñado por Balint, propone un modelo que avanza respecto al modelo clásico, más centrado en el profesional o en la enfermedad⁹. El eje del interés en el modelo CCP pasa del “médico que sabe de la enfermedad (*disease*)”, al “paciente que vive esa enfermedad (*illness*)”⁶. Ya no es sólo la enfermedad, sino el enfermo, el núcleo de la reflexión. La ciencia y el conocimiento médico dejan de ser un estándar de relación y de conocimiento teórico. El médico necesita conocer y adaptarse a las vivencias de cada persona, aprendiendo a contextualizar los conocimientos teóricos y los recursos disponibles para ser realmente eficaz en el proceso en el que interviene como profesional. El médico no olvida sus conocimientos científicos, pero al aplicarlos tiene en cuenta la experiencia y las expectativas de quien la sufre. Como persona que es, el paciente vive sus desconocimientos, miedos y ambivalencias con dificultad, y en ocasiones sin saber expresarlas.

Dos escuelas comienzan a desarrollar simultáneamente en los años 80 modelos de comunicación médica, líneas de investigación y formación en este sentido:

- Modelo canadiense: El modelo de *comunicación centrada en el paciente*, liderado por el Dr. Levenstein y la Dra. Stewart ^{1, 10} en la universidad de Western Ontario (Canadá). Este modelo se centra en 6 componentes:
 1. Explorar la enfermedad y las vivencias que ocasiona al paciente valorando no sólo la exploración del síntoma, sino también las creencias, expectativas y emociones (por el ejemplo, el miedo) y el impacto en sus funciones diarias, prestando atención a las claves verbales y no verbales que aporte el paciente (Anton, Moak et al. 2005)¹¹.
 2. Comprender a la “persona completa”, teniendo en cuenta los aspectos familiares, sociales, laborales, culturales o económicos e integrándolos en su manejo diagnóstico y terapéutico.
 3. Buscar acuerdos con el paciente tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, e incluso en los roles que como pacientes y médicos tenemos.
 4. Incorporar la prevención-promoción de la salud, la identificación de factores de riesgo, la detección precoz de enfermedades y la disminución de su impacto.
 5. Cuidar la relación profesional-paciente, creando el ámbito de intimidad adecuado, potenciando el pacto frente al contrato.
 6. Ser realista, viendo el modelo desde la continuidad de la atención, teniendo en cuenta los recursos en el contexto del equipo, con objetivos razonables y con coste en tiempo y energía emocional asumibles.
- Modelo inglés, desarrollado principalmente por el Dr. Pendelton con dos libros de gran impacto en los entornos comunicacionales: *Doctor-Patient Communication (1983)*¹² y *The consultation: an approach to learning and teaching (1984)*¹³. Este modelo gira en torno a 7 tareas o mapa de consulta, que resumidamente se enumeran a continuación:
 7. Comprender la naturaleza e historia del problema.
 8. Considerar la perspectiva del paciente.

9. Capacitar al paciente para que elija una acción apropiada a cada problema.
10. Capacitar al paciente para manejar el problema.
11. Considerar otros problemas.
12. Usar el tiempo apropiadamente.
13. Mantener un tipo de relación con el paciente que facilite la consecución de las tareas.

Como puede verse en estos puntos, ambos grupos mostraron aspectos complementarios en un campo que, posteriormente, ha desarrollado la evidencia científica que avala el modelo^{11 14}. Los resultados de la CCP pueden medirse con parámetros clínicos (ej: niveles de colesterol, HbA1c, HTA, etc), pero también con escalas de bienestar físico, emocional o de satisfacción del paciente. Otros aspectos como la adherencia al tratamiento¹⁵, o el uso de pruebas diagnósticas¹⁶ son también motivo de investigación.

Un área específica de gran relevancia donde la aplicación de la CCP muestra grandes beneficios es en los pacientes oncológicos. El paciente con cáncer es especialmente sensible a las respuestas que el médico presenta ante sus emociones, el manejo de la incertidumbre o el apoyo para desarrollar el autocontrol de síntomas. La dimensión psicosocial adquiere más peso que la biomédica. Los doctores Ronald Epstein (Rochester) y Richard Street (Texas) lideraron una exhaustiva monografía, *Patient-centered communication in cancer care: Promoting Healing and Reducing Suffering*¹⁷ donde se aborda la definición, enseñanza e investigación de una forma minuciosa.

Dos metanálisis han venido a corroborar las bases de esta disciplina. El primero publicado por Venetis et al. en 2009 evalúa 25 ensayos clínicos (2007-2009)¹⁸ en consultas audiograbadas de pacientes ya diagnosticados de cáncer. Contexto: oncología. Se evalúan dos conceptos: la Comunicación Centrada en el Paciente (CCP) y el Comportamiento Instrumental. La **CCP** a su vez se divide en dos componentes: *el comportamiento afectivo* (mostrar aprobación, empatía,

preocupación, seguridad, charla social) y *el comportamiento participativo* (si el médico facilita la participación del paciente promoviendo preguntas y opiniones, y si la participación realmente se produce). **El Comportamiento Instrumental** se entiende como las acciones encaminadas a conversaciones para dar consejo e información. El resultado buscado es el grado de satisfacción (confort) del paciente con cáncer. La CCP resulta positivamente asociada ($p < 0.05$) con la satisfacción; el comportamiento afectivo por sí mismo también lo es, pero no, el comportamiento participativo cuando se mide aisladamente ($p > 0.05$). El Comportamiento Instrumental (dar información) también se asocia a una satisfacción estadísticamente significativa. Para concluir, la CCP está más fuertemente asociada con la satisfacción que el Comportamiento Instrumental ($z = 6,11$).

El segundo estudio, desarrollado por Rathert et al.¹⁹ incluye todos los artículos de CCP desde sus inicios hasta septiembre de 2012 en los que se presentan resultados en salud. Tras una primera selección de 1218 artículos, se escogen 40 ensayos clínicos. Los resultados se catalogaron en tres apartados: satisfacción del paciente, resultados clínicos y resultados organizativos. En la Tabla 1 se recogen los estudios más significativos.

| Objeto estudio | Resultados | Autor/Año/Nº pacientes | Referencia |
|---------------------------|--|------------------------|---|
| Fibromialgia | Reducción ansiedad e intensidad del dolor tras 1 año | Muñoz Álamo/2002/110 | Muñoz A, Ruiz R, Pérula LA. Evaluation of a patient-centered approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. Patient Education Counseling. 2002. 48:23-31. ²⁰ |
| Cuidados de salud diarios | Reducción exceso de peso | Calfas/2002/173 | Calfas KJ, Sallis, JF, Zabinski, MF, Wilfley, DE, Rupp, J, Prochaska, JJ, Patrick, K. Preliminary evaluation of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in primary care: PACE+ for adults. Preventive Medicine. 2002. 34:153-161. |

La comunicación centrada en el Paciente

Nieves Barragan

| Objeto estudio | Resultados | Autor/Año/Nº pacientes | Referencia |
|--|--|--------------------------|--|
| Cuidados de salud diarios en pacientes geriátricos | Aumento cuidados diarios en grupo de intervención | Counsell/2000/1.513 | Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky, R. H., Kresevic DM, Landefeld CS. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: A randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> . 2000. 48:1572-1581. |
| Cáncer | Mayor satisfacción | Dowsett/2000/113 | Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, Dunn SM, Boyer MJ, Findlow R, Dunsmore, J. Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. <i>Psychooncology</i> . 2000. 9:147-156. |
| Diabetes | Más exámenes de pies y consejo nutricional | Glasgow, 2004 | Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson CC, Cutter G, Gaglio B, Amthauer, H. A practical randomized trial to improve diabetes care. <i>Journal of General Internal Medicine</i> . 2004. 19:1167-1174. |
| Parkinson | Mayor satisfacción | Grosset&Grosset/2005/117 | Grosset KA, Grosset DG. Patient-perceived involvement and satisfaction in Parkinson's disease: Effect on therapy decisions and quality of life. <i>Movement Disorders</i> . 2005. 20, 616-619. |
| Cáncer de mama | Mayor continuidad en tratamiento con tamoxifeno tras 4 años. | Kahn/2007/881 | Kahn KL, Schneider EC, Malin JL, Adams JL, Epstein AM. Patient centered experiences in breast cancer: Predicting long-term adherence to tamoxifen use. <i>Medical Care</i> . 2007. 45:431-439. |
| Autonomía percibida | La satisfacción por la PCC depende de la autonomía del | Lee&Lin/2010/614 | Lee YY, Lin JL. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. <i>Social Science & Medicine</i> . 2010. 71:1811-1818. |

La comunicación centrada en el Paciente

Nieves Barragan

| Objeto estudio | Resultados | Autor/Año/Nº pacientes | Referencia |
|-------------------------------|---|------------------------|---|
| | paciente (preferencias marcadas) | | |
| EPOC | Mejora autocuidados. La actividad física es un moderador que predice los resultados clínicos y funcionales. | Lemmens/2008/278 | Lemmens KMM, Nieboer AP, Huijsman R. Designing patient-related interventions in COPD care: Empirical test of a theoretical model. Patient Education & Counseling. 2008. 72(2):223-231. ²¹ |
| Satisfacción | Satisfacción relacionada con la reducción de síntomas un mes después de la visita. | Little/2001/865 | Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., & Payne, S. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: Observational study. British Medical Journal. 2001. 322: 468-472. |
| Pacientes geriátricos | Menor número de reingresos hospitalarios y menos días de ingreso en siguientes 6 sem. | Naylor/1994/276 | Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. Annals of Internal Medicine. 1994. 120:999-1006. |
| Factores RCV: HbA1c, LDL, TAs | Mejoras en grupo de intervención | Rocco/2011/1110 | Rocco, N., Sher, K., Basberg, B., Yalamanchi, S., & Baker-Genaw, K. (2011). Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. Quality Management in Health Care, 20(2), 89-97. |

La comunicación centrada en el Paciente

Nieves Barragan

| Objeto estudio | Resultados | Autor/Año/Nº pacientes | Referencia |
|-------------------------|--|------------------------|---|
| Enfermedades crónicas | Mejora en alimentación, ejercicio físico, gestión del stress, calidad de vida | Schmittdiwl/2008 /4108 | Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. Journal of General Internal Medicine. 2008. 23:77-80. |
| Postoperatorio | No se observan diferencias significativas | Wolf/2008/116 | Wolf D, Lehman L, Quinlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T, Hoffman L. Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? Journal of Nursing Administration. 2008. 38(12):532-540. |
| Servicios de enfermería | Mejora en la satisfacción por la calidad de los servicios. Sin cambios en satisfacción general | Wolf/2008/116 | Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L. Effect of patient- centered care on patient satisfaction and quality of care. Journal of Nursing Care Quality. 2008. 23:316-321. |
| Satisfacción | El entusiasmo de médicos y enfermeros declinó a lo largo del estudio. Pacientes: sin impacto en el nivel de satisfacción | Woodcock/1999/ 150 | Woodcock AJ, Kinmonth AL, Campbell MJ, Griffin SJ, Spiegel NM. Diabetes care from diagnosis: Effects of training in patient-centred care on beliefs, attitudes and behaviour of primary care professionals. Patient Education & Counseling. 1999. 37(1): 65-79. doi:10.1016/S0738-3991(98)00104-9 |

| Objeto estudio | Resultados | Autor/Año/Nº pacientes | Referencia |
|----------------|---|------------------------|---|
| Satisfacción | Mayor satisfacción, mayor adherencia al tratamiento | Zandbelt/2007/323 | Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, De Haes HC. Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. Medical Care. 2007. 45:330-339. |

Tabla 1. Resumen metaanálisis ensayos clínicos CCP y resultados en salud ¹⁹

En su libro *Práctica clínica centrada en el paciente*²², Francesc Borrell dedica un capítulo al modelo centrado en el paciente, afinando la definición de **práctica clínica centrada en el paciente** en el que valora algunos pros y contras de dicho modelo²³. Entre las ventajas, destacan las siguientes: los médicos trabajan más los intereses y expectativas de los pacientes, presentan mejores resultados en salud y menos demandas legales; cuando el médico averigua de manera activa la preocupación de los pacientes afloran más los estresores de tipo mental; se produce un ahorro neto en pruebas diagnósticas, aunque a costa de alargar las entrevistas. Por otro lado, Borrell plantea dos dudas en relación a la metodología de investigación: ¿Cuándo decidimos que una entrevista es centrada en el paciente? ¿Basta con que aparezca alguna pregunta al inicio de la fase exploratoria? ¿Cuántas preguntas son necesarias? Por otro lado, desde la perspectiva del paciente se plantea si todos los pacientes quieren participar de la entrevista o prefieren quedar a merced de las decisiones del médico. En relación a la primera cuestión relativa a la investigación, un reciente metanálisis, sobre la evidencia de las decisiones compartidas en pacientes con cáncer, deja muchas dudas todavía sobre este intento de informar para decidir y abre una nueva pregunta: las decisiones que compartimos ¿qué grado de calidad tienen?²⁴ La cuestión relativa a los pacientes parece más sencilla de resolver, ya que podemos preguntarles a ellos, a los propios pacientes, qué opinan sobre la participación en sus procesos. En un trabajo realizado por Ruiz et al. en 2012, en el que se incluyen 658 pacientes y 97 médicos de AP en 58 centros de España, el 41% de los pacientes piensa que en las decisiones médicas debe participar sólo el médico, mas un 60% declaran que les

habría gustado opinar sobre las opciones planteadas, pero el médico no les animó a ello²⁵.

Práctica clínica centrada en el paciente es aquella que tiene por objetivo diagnosticar, prevenir y tratar al paciente de manera acorde a los conocimientos de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), pero adaptándolos a la perspectiva vital del paciente, para así lograr una comprensión y una acción compartida de la enfermedad, sus consecuencias y su tratamiento.

Figura 1. Definición del modelo centrado en el paciente

El IOM (Institute of Medicine) de USA, considera que centrarse en el paciente es uno de los 6 objetivos clave de un sistema sanitario de calidad en el S. XXI²⁶.

Diferentes estudios aportan más datos sobre las diferentes facetas en la CCP:

Una reciente revisión Cochrane (2014)²⁷, evalúa los ensayos clínicos entre 2008 y 2011 en los cuales la intervención es ayudar a los pacientes en sus decisiones, valorando beneficio y riesgo a través de la información acerca de las opciones de screening o tratamiento, comparado con los cuidados habituales. Los resultados muestran una evidencia de alta calidad a favor de la ayuda en las decisiones, en comparación con la atención habitual, mejorando el conocimiento de los pacientes acerca de las opciones, y reduciendo el conflicto decisional relacionado con sentirse desinformados y confusos respecto a sus valores personales. Sin embargo la implicación activa de los pacientes, en la toma de decisiones y la percepción de riesgo, muestra una evidencia moderada. Finalmente, esta revisión no muestra congruencia entre la opción elegida y los valores del paciente. No se obtienen conclusiones sobre el detalle necesario en la ayuda prestada, ni la adherencia a la opción elegida.

Internet y las redes sociales también acogen el modelo de la CCP:

- El grupo de trabajo dirigido por el Dr Fegurson (in memoriam), defensor del empoderamiento del paciente, trabaja en internet con colegas y pacientes: “La

visión médica del mundo en el siglo XX no reconoce la legitimidad de la competencia médica y la autonomía del paciente. Por eso, sus indicadores, métodos de investigación y vocabulario cultural son poco adecuados para el estudio de este campo emergente. Es necesario algo parecido a una actualización de nuestro sistema de pensamiento, un nuevo sistema operativo cultural para una atención sanitaria en el que los e-pacientes pueden ser reconocidos con autonomía para gestionar gran parte de su propio cuidado, atender al cuidado de otros, ayudar a los profesionales a mejorar la calidad de sus servicios, participar plenamente en nuevos tipos colaboración médico-paciente, realizar investigaciones iniciadas por los pacientes y autogestionar su cuidado. Su grupo introduce conceptos como las “Redes Centradas en el Paciente: Comunidades de Cuidados Conectadas”²⁸.

- En 2011 un e-libro ve la luz fruto del trabajo colaborativo: El ePaciente y las redes sociales, donde se abordan entre otros temas, la transformación de los sistemas sanitarios debido a la facilidad y cercanía de la información, y a la posibilidad de mejorar la comunicación entre médicos y pacientes²⁹.
- El paciente es hoy, o puede ser, una persona mejor informada, con criterio, que sabe sus gustos y sus rechazos, así como lo que no se adapta a sus expectativas. La sociedad ha entendido que la seguridad del paciente aumenta con la información. Los pacientes se han organizado en internet. Un ejemplo en nuestro entorno actual es la escuela de pacientes (<http://www.escueladepacientes.es>).
- En la actualidad la creatividad de los modelos centrados en el paciente ha llevado a crear materiales más didácticos que facilitan la toma de decisiones compartidas <http://shareddecisions.mayoclinic.org/>

En relación con esta globalización, Glyn Elwyn en una carta a la WONCA expresa: “nuestra comprensión de la consulta está evolucionando, en parte por la investigación, y en parte por nuestra manera de ver el mundo”³⁰.

En nuestras manos queda el cambio necesario para transformar la atención sanitaria en un lugar de confort donde el paciente pueda vivir su situación personal,

sintiéndose escuchado, entendido y participe de su propio proceso. En nuestra mente de médicos queda el proceso, aún inicial, de asimilar que la atención sanitaria no es un poder que practicamos para curar o aliviar, sino un conocimiento profesional, teórico y experiencial, expuesto para ser compartido, y ayudar así a las decisiones que juntos deberemos tomar. Este pensamiento divergente no nos hace perder poder ni nos resta valor científico, más bien al contrario, nos hace más eficientes, pero sobretodo, más humanos.

Dra. Nieves Barragan

Médico de familia
Cap Vallcarca-Barcelona
Miembro del Grupo Programa Comunicación y salud de semFYC
Docente en habilidades de comunicación
Tesis doctoral sobre formación en entrevista motivacional (2016).

nieves.barragan@gmail.com

Bibliografía

1. Levenstein J. The patient-centered general practice consultation. S Afr Fam Pract. 1984;5:276-82;
2. Brown JB, Weston W, Stewart MA. Patient-Centered Interviewing Part I: Finding Common Ground. CAN FAM PHYSICIAN. 1989;35:153-7; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280437/pdf/canfamphys00155-0155.pdf>
3. Stewart M, Brown JB, W WW. Patient-Centered Interviewing Part III: Five provocative Questions. Can Fam Physician. 1989;35:159-61; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280442/pdf/canfamphys00155-0161.pdf>
4. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-Centered Interviewing. Part I: Understanding Patients' Experiences. CAN FAM PHYSICIAN. 1989;35:147-51; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2280441/pdf/canfamphys00155-0149.pdf>
5. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment Or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice: Tavistock Press; 1970.
6. Rogers C. Client-centred therapy – its current practice, implications and theory 1951.
7. Balint M. The doctor, his patient and the illness. : Londres: Tavistock Publications; 1957.
8. Byrne P, Long B. Doctor talking to patients 1984.

9. Prados J, Cebrià J, Bosch J. Comunicación centrada en el paciente. FMC. 2000;7:83-5;
10. Stewart M. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Soc Sci Med. 1984;19:167-75;
11. Anton RF, Moak DH, Latham P, Waid LR, Myrick H, Voronin K, et al. Naltrexone Combined With Either Cognitive Behavioral or Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Dependence. Journal of Clinical Psychopharmacology. 2005;25(4):349-57; <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00004714-200508000-00010>
12. Pendelton D, Hasler J. Doctor-Patient Communication: Academic Press; 1983.
13. Pendelton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford Medical Publications, 1984 ed1984.
14. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The new consultation: developing doctor-patient communication.2003. 143 p.
15. Hahn S. Patient-centered communication to assess and enhance patient adherence to glaucoma medication. Ophthalmology. 2009;116(11 suppl):37-42; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19837259>
16. Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. Ann Fam Med. 2005;3(5):415-21; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16189057>
17. Epstein R, Street R. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Chapter 1. 2007.
18. Venetis M, Robinson J, Turkiewicz K, Allen M. An evidence base for patient-centered cancer care: a meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. Patient education and counseling. 2009;77(3):379-83; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19836920>
19. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. Med Care Res Rev. 2013;70(4):351-79; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23169897>
20. Muñoz A, Ruiz Moral R, Pérula L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. Patient education and counseling. 2002;48:23-31;
21. Lemmens K, Nieboer A, Huijsman R. Designing patient-related interventions in COPD care: Empirical test of a theoretical model. Patient education and counseling. 2008;72(2):223-31;
22. Borrell F. Práctica clínica centrada en el paciente. Práctica clínica centrada en el paciente. 1st ed. ed. Madrid: Triacastela; 2011. p. 187-206.
23. Prados J, Cebrià J, Bosch J. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC. 2000;7(2):83-8;
24. Lillie SE, Partin MR, Rice K, Fabbrini AE, Greer NL, Patel SS, et al. The effects of Shared Decision Making on cancer creening - a systematic review. Evidence-based Synthesis Program. 2014; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078885/>

25. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Perula de Torres L, Olloqui Mundet J, Carrion de la Fuente T, Sobrino Lopez A, et al. Patient opinion and perception of their participation in family medicine consultation decision making. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2012;44(1):5-10; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21497416>
26. Arora NK, Street RL, Jr., Epstein RM, Butow PN. Facilitating patient-centered cancer communication: a road map. *Patient education and counseling*. 2009;77(3):319-21; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948297>
27. Decision aids to help people who are facing health treatment or screening decisions [Internet]. 2014. Available from: http://www.cochrane.org/CD001431/COMMUN_decision-aids-to-help-people-who-are-facing-health-treatment-or-screening-decisions
<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD001431.pub4/asset/CD001431.pdf?v=1&t=ifejbmsy&s=3ab17a91afb33d9038a9a38c0cbfed26b313bfd9>
28. Ferguson T, al. e. e-pacientes: cómo nos pueden ayudar a mejorar la salud 2007.
29. Traver V, Fernández-Luque L. <El_ePaciente_y_las_redes_sociales_completo.pdf>2011. 321 p.
30. Elwyn G. Arriving at the postmodern medical consultation. *Primary Care*. 2005;5:12-3;

Cómo citar este artículo:

Barragán, N., “La comunicación centrada en el paciente”, en *Folia Humanística*, 2016; 4:1-14 . Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0017>.

