This page was exported from - DocTutor
Export date: Wed Nov 11 22:51:00 2026 / +0000 GMT

Atención Centrada en la Relación I: Principios.



Resumen: La Atención Centrada en la Relación aparece como un concepto abarcador de la Atención Sanitaria que vendría a superar al denominado centrado en el paciente o en la persona, en la medida que incluye a estos y que supera las reticencias generadas con ellos en ciertos ámbitos clínicos. En esta primera entrega concretamos sus principales mensajes y los principios en los que se sustenta.

Relationship centered care I: Principles. Summary: Relationship-Centered Care appears as a comprehensive concept of Health Care that would overcome the so-called patient-centered or person-centered approach, in that it includes them and overcomes the reluctance generated by it in certain clinical areas and settings. In this first paper, we address what it would represent and the principles on which it is based

Desde una medicina centrada en el médico a una centrada en las relaciones (pasando por otra centrada en el paciente?y en la persona)

La medicina centrada en el paciente (o en la persona) surge en el marco de una medicina deshumanizada y cada vez más tecnificada así como una práctica clínica socializada en la que cada vez predominan más los problemas de salud crónicos y donde esta atención técnica y episódica no es más que una intervención puntual en el marco continuado de una atención a personas. Así, aparecen las perspectivas sobre marcos conceptuales y filosóficos cuyo objetivo es comprender mejor la práctica clínica desde la persona que es el paciente. La propuesta hecha en 1977 por George Engel sobre un nuevo modelo médico, el modelo biopsicosocial (BPS) (1,2), que ya en 1964 Pedro Laín Entralgo había definido como ?personalización de la medicina? (3) y Enid Balint como ?medicina centrada en el paciente? (4), es quizás el marco de referencia más difundido y que más impacto clínico ha tenido en este sentido. Desde su aparición los términos, ?persona? y/o ?paciente? han influido cada vez más la práctica clínica general, haciéndose presente

en ella, extendiéndose en el discurso y literatura médicas, y modelando los objetivos y contenidos sobre todo de algunas especialidades clínicas como la medicina de familia, la psiquiatría, o la oncología. Así, a mediados de la década de los ?80 esta medicina centrada en el paciente se materializa en la clínica general como un modo de atención que buscaba articular las agendas de los médicos y los pacientes, encontrar y explorar un terreno común y explorar tanto la enfermedad como la experiencia de esta por parte del paciente (5). Esta perspectiva llevó a adoptar la entrevista centrada en el paciente como el estándar para la comunicación eficaz entre médico y paciente, y lo sigue siendo hasta el día de hoy.

En este contexto el Grupo de Trabajo Pew-Fetzer (6) definió aún un tercer marco para el proceso de atención médica en su informe final, un marco descrito como **"atención centrada en la relación"** (ACR). El enfoque pretendía superar la dicotomía que plantea una atención centrada en el paciente frente a la centrada en el médico que no acababa de aunar consensos y que quizás por esto mismo, la primera no terminaba de calar en la medicina, al menos en lo que se esperaba en su papel de reorientadora de una práctica clínica y una educación médicas desde el enfoque hegemónico biomédico hacia esos principios de los supuestos básicos que tiene el enfoque de la personalización. Mediante esta propuesta, este Grupo de Trabajo, al notar el descontento de los pacientes y los médicos, e incluso la alienación de los sistemas de atención predominantes, pretendían también hacer algo más que equilibrar la retórica, buscaban desarrollar una base de valores para el trabajo en todas las profesiones sanitarias. El eje central incontestable es que tanto en la medicina actual como en la de cualquier tiempo pasado, el rol social y los privilegios del sanador parecen estar basados en la existencia de relaciones significativas en el marco de la atención médica ofrecida, y no solo en transacciones técnicamente apropiadas dentro de estas relaciones.

La atención centrada en las relaciones

Todos los procesos de enfermedad, atención y curación ocurren en el contexto de las relaciones, las relaciones de un individuo con uno mismo y con los demás. La atención centrada en las relaciones sería por lo tanto un marco importante para la conceptualización de la atención sanitaria, ya que reconoce que la naturaleza y la calidad de las relaciones son fundamentales para esta atención y para el sistema más amplio de prestación de los cuidados sanitarios. La ACR se puede definir como aquella atención en la que todos los participantes aprecian la importancia de sus relaciones con los demás.

Principios de la ACR En su trabajo seminal sobre ACR, Beach e Inui (7) fundamentan la ACR en cuatro principios: (1) que las relaciones en la atención sanitaria deben incluir a las personas participantes (todas sus dimensiones y sus roles),

En el encuentro clínico, la ACR hace explícito que tanto el paciente como el clínico son individuos únicos con sus propias experiencias, valores y perspectivas. En la ACR, los clínicos son conscientes de sus propias emociones, reacciones y sesgos, y monitorizan su propio comportamiento. Además del reconocimiento explícito de que los clínicos incorporan su personalidad al encuentro, la ACR enfatiza la importancia de la autenticidad, en el sentido de que los clínicos no deben, por ejemplo, simplemente actuar como si respetasen al paciente; sino que también deben aspirar a sentir auténticamente (internamente) ese respeto que muestran (externamente).

(2) que el afecto y la emoción son componentes importantes de estas relaciones,

La atención centrada en las relaciones reconoce la importancia central del afecto y la emoción en el desarrollo, el mantenimiento y la finalización de las relaciones. En la ACR, se brinda apoyo emocional a los pacientes a través de la presencia emocional del clínico. Esta atención, por lo tanto, desafía la noción de la neutralidad afectiva que debe de mantener el médico. En lugar de permanecer distantes o neutrales, se debe alentar a los clínicos a que se identifiquen con los pacientes, ya que la empatía tiene el potencial de ayudar a los pacientes a experimentar y expresar sus emociones, para ayudarlos a comprender y atender sus necesidades, y para mejorar en los pacientes la 'experiencia de atención.

(3) que todas las relaciones de atención sanitaria ocurren en el contexto de influencia recíproca,

La salud y las acciones relacionadas con la salud no ocurren de forma aislada, sino que están relacionadas entre sí en el tiempo, el espacio y en sus contenidos. Como tal, la unidad de medida más pequeña en la ACR es un intercambio interactivo. Además, los

This page was exported from - DocTutor
Export date: Wed Nov 11 22:51:00 2026 / +0000 GMT

médicos sin duda se benefician de la oportunidad de conocer a sus pacientes, y la ACR debe así promover el crecimiento personal de los médicos. Mientras que el logro de los objetivos del paciente y el mantenimiento de la salud representan el enfoque natural de cualquier encuentro, considerar que el paciente tiene influencia en el clínico es una forma de honrar a ese paciente y a su experiencia. En la ACR, los médicos no deben aspirar a una especie de "amistad" aristotélica entre ?desiguales? (en la que el médico sigue siendo el "experto"), sino a desarrollar una especie de "amistad" aristotélica basada en la virtud, es decir, en el que las dos partes desarrollan el carácter y se ayudan mutuamente a alcanzar la virtud moral. Esto no excluye que las metas del paciente tengan prioridad (como debería ser el caso); simplemente reconoce que el clínico también se beneficia al atender al paciente.

(4) que la formación y el mantenimiento de relaciones genuinas en la atención sanitaria es moralmente valioso.

La formación y el mantenimiento de las relaciones en la atención sanitaria son moralmente valiosos por varias razones. Primero, a diferencia de las relaciones con los clientes en las que la ganancia individual y organizativa son primordiales, las relaciones que son genuinas son moralmente deseables porque es a través de estas relaciones como los clínicos son capaces de generar el interés y la inversión que uno debe tener para servir a los demás, y ser recertificado para este servicio. Aunque se podría argumentar que los médicos tienen deberes fiduciarios con los pacientes que surgen a través de algún tipo de contrato (en lugar de a través de la formación de una relación genuina), tiende a ser cierto que, los humanos están más comprometidos moralmente con aquellos con quienes están en una situación de relación personal. Además, en lugar de considerar que esta parcialidad es una debilidad moral, algunos han argumentado que un compromiso mayor con aquellos con quienes tenemos una relación personal es moralmente deseable. Finalmente, como humano, el clínico se comporta más auténticamente que si representa un papel. Este tipo de honestidad es moralmente deseable como un fin en sí mismo, y le permite al paciente evaluar su impacto en el médico de manera precisa, en lugar de ser desviado por la necesidad de desempeñar un rol particularmente deseable o bueno.

Las relaciones en la atención sanitaria incluirían uno o más de las siguientes dimensiones relacionales de la ACR: relación sanitario-paciente (incluidos los familiares y cuidadores del paciente), sanitario-sanitario, sanitario-comunidad y organización y sanitario consigo mismo. Tanto las particularidades de cada una de estas relaciones como las dimensiones organizativas que implican a nivel educativo, profesional de práctica clínica serán abordadas en un segundo artículo.

Referencias

1. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.Science. 1977;196:129-136

2. Engel G. The clinical appplication of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry. 1980;137:535-544

3. Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza editorial, 1989

4. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J Roy Coll Gen Pract 1969;17:269-76

5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Second edition. Radcliffe Medical Press Ltd. 2003 4 pts, 21 chapters.

6. Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education. Health Professions Education and Relationship-Centered Care. San Francisco: Pew Health Professions Commission; 1994.

7. Beach MC, Inui T, and the Relationship-Centered Care Research Network. Relationship-centered Care. A Constructive Reframing. J Gen Intern Med 2006;21:S3?8