

Iván David Pinzón Yazo

# Relaciones Clínicas: Necesidades Y Desafíos Interpersonales

**RESUMEN:** La relación clínica es el eje fundamental sobre el que se sustenta el ejercicio de la medicina. Es un espacio interpersonal, una especie de transacción, que tiene como fin último mejorar la salud. Está sujeto a múltiples variables que interactúan en un contexto y que, determinan no sólo el curso de la atención en salud, sino sus desenlaces. Es por esto por lo que, conocer las definiciones, límites y alcances de la relación clínica, así como los factores que influyen en ella, es fundamental para impactar en la calidad de los servicios, la satisfacción del paciente y el ejercicio profesional.

**PALABRAS CLAVE:** Relación Clínica, Médico, Paciente.

## Clinical Relationship: Needs and interpersonal challenges


**ABSTRACT:** The clinical relationship is the basis of the medical labor. It's an interpersonal space, a kind of transaction, whose objective is to enhance health. It's subject to some variables that interact between them and establish not only the course of healthcare but its endlines. That's why knowing its definitions, limits, scope and factors that influences on it is fundamental to impact in the quality of services, patient satisfaction and professional work

**KEYWORDS:** Clinical Relationship, Doctor, Patient.

---

## Introducción

El ejercicio de la medicina debe darse necesariamente en el encuentro clínico entre una persona preocupada por su salud y alguien que posee el saber y la técnica para hacer frente a la enfermedad y restaurar la salud comprometida o en riesgo (Gracia 2007). De esta manera, la relación clínica es, en esencia, el eje vertebrador de la profesión médica. Por esto, todas las facultades de medicina alrededor del mundo se empeñan en enseñar a sus estudiantes antes de recibir su instrucción práctica asistencial, a tener una relación profesional con sus

► Iván David Pinzón Yazo, Amedilex Ecuador. Autor de correspondencia: (✉) [ivandpy@gmail.com](mailto:ivandpy@gmail.com) –  <http://orcid.org/0000-0003-3362-1905>.

pacientes, contemplando su dignidad y respetando su privacidad (Mendoza 2017; Mejía Estrada and Romero Zepeda 2017).

Esta relación clínica es, ante todo, un encuentro intersubjetivo, en donde ambas partes deliberan conjuntamente para tomar las decisiones que consideren más adecuadas respecto al estado de salud del paciente. Esto le da la naturaleza de actividad moral en el marco de los principios de bioética y de los derechos humanos fundamentales (Mendoza 2017) que surge del imperativo de cuidar a los pacientes y aliviar su sufrimiento. El objetivo de esta relación, entonces, es realizar el mayor esfuerzo para la recuperación o mantenimiento de la salud de los pacientes. Sin embargo, esta relación no es igualitaria, pues parte de una diferencia sustancial entre médico y paciente, en donde el conocimiento y la experiencia de una de las partes se utilizan para buscar el beneficio en salud de la otra (Astuti 2017). Así, la profesión médica tradicionalmente ha sido una profesión alabada por su capacidad de saber cosas que no son visibles desde el exterior, por lo que los pacientes, de manera natural, invierten grandes expectativas en los médicos a los que acuden (Portmann 2000).

Este capítulo es un punto de partida para las reflexiones del resto de los temas que giran justamente alrededor de las complejas dinámicas en la relación médico—paciente y sus implicaciones éticas, profesionales y, especialmente, legales. Si bien, es un tema de creciente interés para la medicina, el derecho penal, civil y administrativo, la pretensión de este capítulo no es solo abordar los conceptos básicos de la relación clínica, sino proporcionar elementos que alimenten una discusión más amplia acerca de nuestra propia naturaleza y fragilidad humanas.

## **Definiciones y límites de la relación clínica**

Desde los orígenes de la práctica médica, la relación médica—enfermo ha sido lo más habitual e intrínseco a la medicina, por lo que es más bien reciente el interés por escribir sobre ella. Antes, simplemente se daba por hecho su existencia como base del trabajo del médico. Ahora, distintos acontecimientos que han afectado la práctica clínica han provocado que la cuestión se nos presente de manera

mucho más compleja. En primer lugar, ya no es necesariamente el médico quien atiende al paciente, sino que dicha responsabilidad puede recaer sobre algún otro miembro del equipo de salud, en cuyo caso estaríamos frente a la relación «sanitario—enfermo». Sin embargo, sucede también que muchas veces quien consulta no necesariamente está enfermo y acude a consulta, por ejemplo, para que se determine su condición o se realicen intervenciones preventivas. Por esta razón, se tiende a emplear la denominación «médico—paciente» para dicha relación, pero hay quienes objetan también el término «paciente», pues coloca a la persona en una situación de pasividad frente al papel activo del médico (Sánchez Arrastía and Contreras Olivé 2014). Para evitar estas cuestiones, muchos tienden a utilizar distintos términos como «usuario», «cliente» o «consumidor», aunque realmente ninguno de estos está libre de objeciones. Desde la bioética, se ha propuesto el término de «relación clínica» pues parece abarcar todas las anteriores (Gracia 2007). Sin embargo, estos términos aparecen de manera intercambiable en la literatura, siendo el que predomina aún el de «relación médico—paciente», por lo que usaremos este de manera preferente a lo largo del capítulo (junto al de «relación clínica» o «relación médico—enfermo» según el caso).

En todo caso, la relación clínica (o médico—paciente) es una relación consensuada en la que el paciente busca la ayuda del médico y en la que el médico acepta a la persona como paciente (Mendoza 2017). La relación comienza cuando el paciente presenta una queja sobre su salud a la que el médico responde. En esencia, al entrar en la relación, el médico se compromete a respetar la autonomía del paciente, mantener la confidencialidad, explicar las opciones de tratamiento, obtener el consentimiento informado, brindar el más alto nivel de atención y comprometerse a no abandonar al paciente sin darle un tiempo adecuado para encontrar un nuevo médico.

Esta definición contractual anteriormente descrita es muy útil, pero no refleja la naturaleza inmensa y profunda de la relación clínica, en donde media, en gran medida, la confianza. El paciente acepta una relación de ayuda ante sus problemas de salud y eso moviliza comportamientos especiales: los pacientes

asumen una posición particular de vulnerabilidad, abren sus cuerpos y sus mentes, y hasta revelan secretos, preocupaciones y temores a los médicos que ni siquiera han revelado a amigos o familiares. Así, confiar en un médico les ayuda a mantener o recuperar su salud y bienestar.

### **Quién cuenta como paciente**

Una concepción histórica de la obligación médica y que está presente desde el primer día en todas las facultades de medicina es que la obligación principal del médico es con sus pacientes (Blake 2012). Por eso, una cuestión fundamental y que pocos se preguntan es quién cuenta realmente como paciente. Este es un tema con complejas implicaciones legales, pues tiene que ver con la determinación de cuándo un médico realmente tiene el deber de tratar, cuándo se puede demandar a un médico por «mala práctica», cuándo se puede definir que un médico ha «abandonado» a su paciente, entre otros asuntos muy serios (Blake 2012).

La relación médica—paciente se establece justo cuando un médico actúa de manera afirmativa en la atención de un paciente. Por ejemplo, cuando realiza la anamnesis, lo examina, lo diagnostica, escribe en su historial clínico, trata o acepta hacerlo. Una vez que el médico entra en una relación consensuada con un paciente de cualquiera de estas formas, se establece un contrato legal en el que el médico tiene una obligación con ese paciente para continuar tratándolo (o terminar la relación adecuadamente si así lo decide) (Blake 2012; Astuti 2017). Pero, como regla general, los médicos no tienen la obligación de tratar a un paciente a menos que así lo decidan, salvo ciertas excepciones, como cuando alguien necesita atención de emergencia o como cuando la negativa a prestar una atención se basa en la discriminación (Blake 2012). Otra excepción (esta vez negativa) son los exámenes médicos realizados por solicitud de un tercero, como un examen para un empleador, una compañía de seguros o un tribunal. Estos últimos no suelen implicar el establecimiento de una relación médico—paciente porque la intención es informar a la tercera parte, no tratar o diagnosticar directamente al paciente (Blake 2012).

En otras palabras, la relación terapéutica también requiere la voluntad de los médicos, pues tanto el médico como el paciente tienen responsabilidades únicas, deben estar dispuestos a negociar y deben ganar algo en sus encuentros (Astuti 2017; QUILL 1983).

### **Los elementos de la relación**

La relación médico—paciente se construye sobre cuatro elementos fundamentales que tienen, a su vez un impacto enorme en los resultados del paciente (Entralgo 1969):

- 1) El conocimiento que tiene el médico acerca del paciente y el paciente acerca del médico;
- 2) La confianza del médico en el paciente, en sus creencias y el informe de los síntomas (a través de la anamnesis y el examen físico).
- 3) La lealtad, es decir, la disposición del paciente a aceptar las decisiones del médico (aunque estas puedan tener riesgos) y el compromiso del médico a no abandonar al paciente.
- 4) El respeto, que significa que los pacientes sientan que el médico los valora como individuos y que está «de su lado».

### **Las formas de la relación**

La relación entre el médico y el enfermo puede adoptar distintas formas según el lugar y las condiciones sobre las cuales se realice la atención. No es lo mismo una atención en un consultorio privado, en la sala de un hospital, en un centro de atención primaria, o en un campo de batalla (Entralgo 1969). Sea como fuere, la relación médico—paciente se da entre dos personas que aspiran a establecer un lazo personal, un vínculo afectivo poderoso, una comunión: una especie de «cooperación cuasi diádica de ayuda» (Entralgo 1969). En esta relación se articulan dos operaciones fundamentales: una operación objetivante, que apunta a volver objetivas las manifestaciones o signos de enfermedad; y las operaciones empáticas (o coejecutivas) que implican situarse bajo el marco de significados

del paciente para sentir —así sea superficialmente— lo que el paciente siente y tratar de penetrar en el sentido que le da a su enfermedad.

### **Estructura de la relación**

En la estructura de la relación médico—paciente existen cuatro aspectos principales (Entralgo 1969):

- 1) El fin propio de la relación que es la salud del paciente. Laín nos aclara que no es posible que el fin de la relación sea la bondad moral o la felicidad, pues estas no son consecuencias necesarias de la salud y dependen del azar y de lo que cada persona haga por sí misma en el ejercicio de su libertad individual (Entralgo 1969).
- 2) El modo propio que es la equilibrada combinación de las operaciones objetivantes y las operaciones empáticas. Esto es necesario para el acompañamiento, diagnóstico y tratamiento durante todo el proceso de enfermedad. Implica que, sabiendo que existen peculiaridades en función del modo de enfermar, el médico debe analizar cómo construye la relación dependiendo de si se enfrenta a una enfermedad crónica, una aguda, una somática o una psíquica, entre otras posibilidades.
- 3) El vínculo propio de la relación es aquel en el que adquieren una realidad concreta los actos objetivantes y empáticos antes mencionados, es decir, el eros terapéutico: la filantropía (el amor al prójimo que motiva el ejercicio médico).
- 4) La comunicación, que es el conjunto de recursos técnicos, entre los cuales figura principalmente – aunque no de manera exclusiva — la palabra, a los que el médico apela en el diálogo intersubjetivo en virtud del cual se actualizan las operaciones objetivantes y empáticas.

## Momentos de la relación

Los cinco momentos que se dan en la relación médico—paciente son (Entralgo 1969):

- 1) El momento cognoscitivo que integra tanto las operaciones que buscan el conocimiento suficiente para dar un diagnóstico nosológico, un diagnóstico clínico y evaluar el pronóstico de la enfermedad.
- 2) El momento afectivo, es decir, las emociones y sentimientos propios de la relación clínica que experimentan médicos y pacientes.
- 3) El momento operativo, que corresponde a la conducta y a los procedimientos que aplica el médico en la atención del paciente para tratar la enfermedad.
- 4) El momento ético que entraña la sujeción a las leyes, códigos y normas que regulan la conducta del médico en el marco de la relación clínica.
- 5) El momento histórico—social, que comprende los aspectos sociales del médico, del paciente, de la enfermedad y de la propia relación.

Estos momentos no son sucesivos, sino que más bien se producen de manera simultánea en la cotidianidad. Si bien, es común que, en los distintos tiempos de la relación, alguno de los momentos prevalezca sobre los demás, siempre el componente ético es ineludible y el histórico—social tiende a impregnar de manera permanente la naturaleza de la relación.

## Modelos de relación médico—paciente

Al entender la relación clínica como un fenómeno intersubjetivo, podemos concebirlo como un espacio en el que la ciencia y las humanidades necesariamente deben dialogar. Por eso, médicos y filósofos han aportado a la bioética médica construyendo varios paradigmas sobre los cuales se puede entender la relación clínica (Portmann 2000). En definitiva, las últimas décadas han estado marcadas por el conflicto entre la autonomía del paciente y sus valores, y los valores del médico. Dicha confrontación engloba tanto las expectativas de médicos y pacientes como los criterios éticos y legales de los

códigos médicos. Así, se han planteado cuatro modelos de la relación médico—paciente que son, a su vez, cuatro concepciones distintas sobre los objetivos de la interacción clínica, de las obligaciones del médico, del papel de los valores del paciente y de su concepto de autonomía.

### **El modelo paternalista**

En occidente, durante siglos, y en consonancia con los preceptos hipocráticos, la relación médico—paciente estuvo marcada por el paternalismo médico. Bajo este modelo, se presupone la existencia de un criterio objetivo que permite discernir lo que es mejor para el paciente, sin que la opinión de este sea determinante. Se fundamenta en la suposición de que la enfermedad coloca al paciente en una situación de necesidad y de incompetencia moral, pues el dolor excesivo o la ansiedad y otras manifestaciones de la enfermedad perturban el buen juicio del paciente y su capacidad para tomar decisiones (Mendoza 2017). Por tanto, el médico actúa como el tutor del paciente, como un buen padre que sabe qué es lo mejor para él.

Este tipo de relación paternalista ha dejado de ser la preponderante, pues los cambios políticos y sociales del siglo XX, además de la mayor disponibilidad de información han llevado al fin de ciertas ideas tradicionales sobre los valores éticos y morales lo que abrió paso a un diálogo entre sujetos morales racionales y al establecimiento de acuerdos alrededor de valores comunes.

### **El modelo informativo**

También se le conoce como modelo científico o modelo técnico. En él se propone como obligación del médico el proporcionar al paciente la información relevante para que, dentro de las posibilidades, sea él mismo quien seleccione aquel que mejor se ajuste a su sistema de valores. Bajo este modelo, el papel del médico parece reducirse al de un proveedor calificado de información veraz y de un sujeto técnicamente competente en su especialidad.



## **El modelo interpretativo**

En este modelo, el médico ayuda al paciente a determinar los valores, clarificar sus objetivos, aspiraciones y responsabilidades. Parte de que muchas veces estas cuestiones no están bien definidas, para lo cual el médico debe trabajar para hacer evidentes aquellos cursos de acción que se encuadren mejor en el marco de los valores del paciente. Bajo este modelo, el médico sería una especie de consejero, asumiendo un papel predominantemente consultivo.

## **El modelo deliberativo**

Con los acontecimientos históricos que desencadenaron el reconocimiento de todo ser humano como agente moral autónomo, con la capacidad de autodeterminarse, se ha ido abandonando el viejo paradigma paternalista, para darle paso a concepciones más horizontales y democráticas en la relación médico—paciente. Esto significa que, las decisiones han dejado de ser solo del parecer del médico, para pasar a una deliberación conjunta entre el médico, el paciente y hasta terceras personas implicadas en el acto médico (por ejemplo, familiares, y en ocasiones, el juez). De esta manera, se aconseja a los pacientes que se eduquen, hagan sus preguntas e influyan en el curso de la discusión con sus médicos (Grassi, Caruso, and Costantini, n.d.).

Así, el modelo deliberativo propone que el médico ayude al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores que se relacionen con su salud, aquellos que mejor sirvan de fundamento para tomar la decisión más adecuada dentro de las diferentes opciones posibles. Bajo este modelo, el trabajo es primordialmente en conjunto, evitando la coacción, para que la decisión final sea el resultado de un diálogo auténtico, guiado por el respeto y la consideración mutuas.

## **Empoderamiento como elemento de la deliberación**

Para que se dé una atención verdaderamente deliberativa, es importante que el paciente este lo suficientemente «empoderado». Este término se emplea hace unos años como traducción del inglés empowerment para referirse a cierto

«proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, para ello, los individuos y las comunidades necesitan desarrollar habilidades, tener acceso a la información y a los recursos, y la oportunidad de participar e influir en los factores que afectan su salud y bienestar» (Lock and Fitzpatrick 2007).

En general, un paciente empoderado conoce a profundidad cuál es su estado de salud, sus diagnósticos, pronósticos y está en capacidad de controlar (hasta cierto límite) sus procesos de salud y enfermedad. Así mismo, participa en la toma activa de decisiones sobre su salud en coordinación con los profesionales de la salud, se hace responsable del cuidado propio y se interesa por informarse para adquirir herramientas suficientes que le permitan decidir acerca de su salud y enfermedad.

A la luz de lo expuesto, el modelo deliberativo parece ser el que mejor se acerca a una relación ideal entre un médico y su paciente. Sin embargo, esto exige que el médico no solamente tenga la capacidad científica propia de su disciplina, sino también una formación humanista integral y que posea las competencias necesarias para establecer una relación interpersonal que respete la dignidad y los valores de la contraparte (Sánchez 2007). El objetivo, en últimas, sería el de fomentar un diálogo intersubjetivo para hacer posible la toma de decisiones en un panorama más o menos conflictivo, en el que el paciente aporta su sistema de valores y su enfermedad, y el médico su propio sistema de valores y su competencia científico—técnica (Emanuel 1992).

Esta toma de decisiones es un proceso complejo que típicamente pasa por tres etapas: la jerarquización de las posibilidades; la priorización de estas sobre la base de criterios que aspiran a privilegiar la objetividad (es decir, intentando controlar lo que parece extremadamente subjetivo); y la elección final (Mejía Estrada and Romero Zepeda 2017). Así, la resolución de estos conflictos puestos en debate dependerá principalmente de la corrección en el proceso psicológico de la toma de decisiones, más que de la solidez de los aspectos lógicos y filosóficos inherentes al juicio clínico, lo cual significa que es fundamental prestar especial

atención a los distintos factores sociales, culturales y psicológicos que enmarcan las relaciones clínicas.

### **Factores que influyen en la relación clínica**

La relación clínica tiene, necesariamente, profundas implicaciones en la atención que pueden ser tanto positivas como negativas. Como, en última instancia, el objetivo general de la relación es el de mejorar los resultados de salud del paciente, es relevante conocer que las relaciones más sólidas se correlacionan con mejores resultados para los pacientes (Emanuel 1992) y que una relación clínica fuerte y saludable es la piedra angular para un sistema de salud eficaz (Caulfield 1997). Así mismo, una relación clínica sólida es esencial para abordar cualquier desafío en el campo médico legal que pueda aparecer en la práctica cotidiana del médico.

Entender la relación clínica como fenómeno intersubjetivo debe llevarnos a pensar que es un espacio en donde la comunicación y las posibilidades en la toma de decisiones debe ser compartido entre ambas partes. Algunos estudios han demostrado que el enfoque adoptado por los médicos para comunicar la información es tan importante como la misma información que se está comunicando, lo cual incluye tanto las interacciones verbales como no verbales en la comunicación entre médicos y pacientes (Mejía Estrada and Romero Zepeda 2017; Saldarriaga 2009). Una comunicación eficaz influye sobre una amplia gama de resultados como la salud emocional, la resolución de síntomas, la recuperación de la funcionalidad, el control del dolor e, incluso, la medición de variables fisiológicas como los niveles de presión arterial u otros signos vitales. Y, por el contrario, las fallas en la comunicación impactan de manera grave la atención clínica, impidiendo la comprensión del paciente, desgastando las expectativas, obstruyendo la planificación terapéutica, disminuyendo la satisfacción y reduciendo los niveles de esperanza del paciente (Chipidza, Wallwork, and Stern 2015; Gordon, Phillips, and Beresin 2010).

A su vez, tener una comunicación efectiva es un punto clave para que la toma de decisiones se den de manera colaborativa entre médicos y pacientes, algo que

se ha relacionado con mayor satisfacción y compromiso del paciente durante su proceso terapéutico (Sánchez Arrastía and Contreras Olivé 2014).

Si bien ha avanzado el estudio de los atributos y los beneficios de una relación clínica favorable, hay poca literatura que brinde soluciones para una relación deteriorada. A continuación, se tratan de esbozar cuatro categorías de factores que pueden interferir en la relación médico paciente y que, además, son potenciales campos en los cuales centrarse para proponer soluciones cuando una relación médico—paciente está deteriorada (Chipidza, Wallwork, and Stern 2015):

### **Factores del paciente**

Cuando el médico se enfrenta a un paciente nuevo, este aún no ha establecido un lazo de confianza con él, lo que implica que el médico debe estar especialmente atento a brindar un espacio de comodidad y promover que el paciente se sienta contenido, con el fin de promover la confianza y el conocimiento mutuo. En estos primeros encuentros, vale la pena tener en cuenta las diferencias individuales que presenta cada paciente de acuerdo a los patrones de apego establecidos desde la infancia y que pueden ser reconocidos por un observador atento (Holmes and Elder 2016). Por ejemplo, las personas con apegos ansiosos tenderán a la dependencia, la amplificación de sus expresiones afectivas y a la necesidad de mantener cierta cercanía física con sus figuras de apego (incluyendo, probablemente, al personal de atención médica). Por su parte, las personas con apegos evitativos tenderán a reducir las posibilidades de proximidad, por lo que pueden representar un desafío en cuanto a la colaboración dentro de la relación clínica, mostrándose desconfiados o impacientes con los médicos. A su vez, que un paciente tenga un apego desorganizado puede provocar que haya una combinación poco sostenible de angustia y ambivalencia hacia el personal de salud (Holmes and Elder 2016; Chipidza, Wallwork, and Stern 2015). La teoría del apego no solamente brinda una herramienta útil para establecer estrategias de intervención, sino que nos puede ayudar a prever el impacto psicológico de la pérdida y la separación, para

así evitar posibles situaciones que socaven la confianza y aumenten la ansiedad (como, por ejemplo, la transitoriedad de las relaciones médicas en pacientes con enfermedades crónicas) (Holmes and Elder 2016).

Existen, por otro lado, pacientes en donde su patología es de mal pronóstico (enfermedades desastrosas como cáncer, enfermedades neurodegenerativas, entre otras), en donde es útil reconocer que tanto el conocimiento como las intervenciones médicas disponibles pueden agotarse. Por esto, en esta clase de casos, vale la pena asegurarse de que el paciente quede bien informado y sepa que se ha hecho todo lo posible. Al mismo tiempo, es esencial evitar caer en un «altruismo patológico» que exponga al paciente (y sus familiares) a tratamientos inútiles que sólo prolonguen el sufrimiento y no se centren en los objetivos de atención del paciente. Para esto, hay que averiguar qué es lo más importante para el paciente y trabajar en conjunto para maximizar el bienestar y la calidad de vida.

Hay algunos pacientes «difíciles» o con enfermedades «frustrantes» (como los pacientes psiquiátricos, los multi—consultantes o con enfermedades psicosomáticas, entre otros), en donde el médico debe mantenerse comprometido con el proceso terapéutico y debe intentar fortalecer la confianza durante todos los momentos de atención. Es prudente mantenerse conectado con el paciente, promoviendo la creación de equipos para evitar el desgaste de las relaciones. Así mismo, en estos casos «difíciles» es necesario evaluar periódica y activamente los propios sentimientos hacia el paciente, lo cual puede servir para que, sabiendo utilizar esta información, se pueda reducir la tensión y promover el cambio deseado en el paciente.

También es importante tener en cuenta la influencia de la familia en la relación médico paciente. La familia puede cuestionar la competencia del médico (algo que también puede suceder en la dirección contraria, cuando el médico desconfía de los intereses de la familia sobre la salud del paciente). Aquí, es importante que el médico mantenga informados a los familiares, incluso promoviendo la realización de reuniones familiares frecuentes para evitar que

exista información ambigua o malinterpretaciones que puedan impactar de manera negativa la relación clínica.

### **Factores del médico (o proveedor)**

Es casi que inevitable que la apariencia del médico impacte en la relación clínica. Es muy frecuente que los pacientes se quejen de que han sido atendidos por médicos que parecen jóvenes, con poca experiencia o que les transmiten inseguridad. Por eso es especialmente importante tomarse el tiempo suficiente para ganarse la confianza del paciente, mostrando seguridad en la manera en la que se comunica la información, demostrando una preocupación genuina por el paciente, buscando argumentar el razonamiento clínico y resolviendo las dudas que pueden surgir acerca de la competencia médica.

Las propias dinámicas del sistema de salud, los horarios y las exigencias propias de la atención clínica favorecen a que, entre el personal médico, se presente una alta incidencia de Burnout, que se caracteriza por un estado de desapego, agotamiento emocional y sentimientos de poca realización laboral. Este fenómeno impacta de manera directa la calidad de atención de los pacientes (Lee et al. 2002), provocando, muchas veces, una comunicación ineficaz, poco empática y afectiva y dañando la confianza que los pacientes tienen en los médicos. Por esto, se hace necesario para cualquier persona que se dedica a la atención en salud que cuide, no solamente su salud física, sus herramientas comunicativas, sino también su salud mental. Reconocer y fomentar estrategias que mejoren el bienestar emocional de los médicos parece optimizar, a sí mismo, la relación médico—paciente. Por esto, las técnicas de mindfulness, las pausas activas, la participación en grupos Balint y, en general, los programas para promover la salud (por ejemplo, mediante actividad física, nutrición y hábitos de sueño), deberían formar parte de la cotidianidad de los médicos y ser integrados dentro de las instituciones y los sistemas de salud.

Es clave prestar atención también a las dinámicas que se dan entre el equipo de trabajo, pues los mensajes contradictorios entre distintos miembros del grupo médico pueden generar en los pacientes inseguridad, confusión y la sensación de

poca empatía. Trabajar de manera conjunta para fortalecer la confianza y la comunicación dentro del grupo, evitar los mensajes ambiguos o contradictorios y promover espacios adecuados de comunicación (incluso grupos Balint) parece mostrar enormes beneficios tanto para el bienestar de los trabajadores de salud, como para los mismos pacientes en su proceso de atención (Janota and Michalska 2021)

### **Factores de desajuste paciente—proveedor**

Pueden ocurrir distintos fenómenos como barreras de idioma y diferencias culturales que representan un desafío importante en la relación clínica, pues impactan no solamente la forma en la que se comunican y se conocen las partes sino también la confianza y el respeto necesario para que la relación sea eficaz. Es común que ciertos pacientes desconfíen, por ejemplo, de la medicina occidental o que se sientan incómodos de hablar frente a alguien que no sepa su mismo idioma. Para enfrentar esto, es útil tratar de utilizar intérpretes, ayudarse de familiares o miembros del equipo que hablen el idioma del paciente, buscar maneras alternativas de comunicación (favoreciendo, sobre todo, la expresión empática) y reconocer, incorporar y adaptar las prácticas y los conocimientos tradicionales propios del paciente siempre que sea posible en el proceso de atención.

### **Factores del sistema**

El sistema de salud, en sí mismo, también puede influir como facilitador o barrera en la formación de una relación clínica. Los médicos nos enfrentamos a cierto tipo de restricciones de tiempo, limitaciones de espacio (que muchas veces no es lo suficientemente privado y cómodo para la atención), así como una alta intercambiabilidad de profesionales en el proceso de atención de los pacientes. Como consecuencia, es común que los pacientes sientan que no se les toma en cuenta de manera suficiente, que no se les da el tiempo adecuado para abordar sus problemas en salud y que son «cosificados», yendo de un profesional a otro, sin tener claro cuál es el rol de cada miembro del equipo terapéutico. Por estas

razones, es fundamental que dentro del equipo de prestadores se desarrollen estrategias que aumenten la eficiencia en los lugares de trabajo, priorizando el tiempo de comunicación por sobre los deberes burocráticos.

Muchas veces el uso de herramientas tecnológicas (con un software adaptado), la implementación de estrategias de ahorro de tiempo y el uso de formularios y cuestionarios en la sala de espera pueden aliviar la carga del papeleo y aumentar el tiempo disponible para que los médicos se centren en fortalecer la relación clínica. Así mismo, se hace necesario (sobre todo en instituciones grandes y universitarias) que los roles de cada miembro del personal se aclarado: el personal debe presentarse siempre que aborda a un nuevo paciente.

Por último, pero no menos importante, es prudente tener en cuenta el papel que juegan los costos de la atención sobre la relación clínica. Muchos pacientes desarrollan sentimientos negativos por las facturas médicas, lo que genera enormes barreras para que la relación se dé de manera efectiva. El reconocer esto puede ayudar a generar estrategias de comunicación que promuevan, por ejemplo, a que el costo de la atención sea parte de la conversación de rutina con el paciente. Acercarse a las preocupaciones financieras del paciente, mostrarse empático por ellas y proponer posibles soluciones (por ejemplo mediante la receta de medicamentos genéricos cuando sea posible o la búsqueda de apoyo por medio del grupo de trabajo social o de recursos financieros) puede favorecer la comodidad y la satisfacción del paciente durante la relación clínica.

### **e—salud y los nuevos retos relacionales**

Los avances en la tecnología de la información han generado grandes cambios en las dinámicas de la relación clínica (Portmann 2000; Eser 1994). Por un lado, se han desarrollado medios distintos por los cuales puede darse el encuentro clínico. Cada vez es más frecuente (quizás más desde la pandemia por COVID—19) la atención médica a través de tecnologías de la comunicación. Y, por otro lado, el acceso casi ubicuo a la información ha hecho que el desequilibrio del conocimiento que antes existía entre los pacientes y el médico haya disminuido.



Esto, a su vez, representa un enorme riesgo de que los pacientes acepten, sin un criterio, información no científica, desactualizada o sesgada para la toma de decisiones (Freckelton 2020).

La llamada e—Salud, es decir, la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación para la atención médica, la vigilancia y la documentación sanitarias, ha llegado para quedarse. Ha demostrado enormes ventajas, permitiendo superar muchas barreras geográficas, personales, económicas, lingüísticas, administrativas y temporales. Su desarrollo se ha dado a pasos agigantados en la última década incorporando herramientas como la teleconferencia o la transmisión de sonidos e imágenes de manera simultánea y permitiendo que pacientes de poblaciones apartadas tengan acceso a atención médica especializada (Eser 1994).

Como este es un nuevo medio de interacción que llegó para quedarse y su utilización se incrementa exponencialmente, hay que reconocer sus beneficios, defectos y debilidades para evitar en lo posible que puedan afectar la relación clínica, alterar el proceso salud—enfermedad de un paciente y aprovechar al máximo sus potencialidades (Eser 1994). Los médicos deben mantener la rigurosidad y profesionalidad en los encuentros, procurando que la información del paciente sea confidencial y quede registrada en su historia clínica (Mars, Morris, and Scott 2018), algo que entraña algunos desafíos como: el consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad, la seguridad de los datos, la responsabilidad, el mantenimiento de registros, la concesión de licencias, la continuidad de la atención, la calidad de la atención, la calidad de la imagen, la concordancia, la administración telefónica y la satisfacción del paciente.

La literatura por ahora brinda poca orientación sobre cómo deben abordarse estos problemas, sin embargo, los principios básicos de una relación clínica eficaz deben guiar también este tipo de interacciones. Es prudente demostrar comportamientos adecuados y una actitud abierta a la escucha activa, intentando mostrar interés y fomentando la confianza. Así mismo, se recomienda usar siempre plataformas digitales seguras, valorando siempre la disponibilidad y

calidad de los requisitos tecnológicos con los que podría contar el paciente. Sobre todo, en los encuentros sincrónicos (como los que se dan a través de videollamadas), es sensato mantener un ambiente tranquilo y discreto, así como tratar de ser claros y concisos en las comunicaciones.

### **Terminación o ruptura de la relación clínica**

Una de las consecuencias más importantes cuando se inicia una relación clínica es la de adquirir el deber ético y legal de continuar la atención y no abandonar al paciente. En general, el abandono ocurre cuando el médico finaliza la relación en un momento irrazonable o sin darle tiempo (u oportunidades) al paciente para encontrar un reemplazo calificado. En ausencia de una buena causa, cuando el médico sabe o debería saber que existe una condición que requiere atención médica adicional para evitar consecuencias perjudiciales, el médico debe prestar la atención personalmente o debe asegurarse de que otra persona competente lo haga (Blake 2012)

Por regla general, un médico debe notificar al paciente y darle tiempo para buscar atención en otro lugar. Un médico que no lo haga puede ser ética y legalmente responsable por abandonar al paciente. Además, es prudente informar al paciente sobre las razones para la finalización de la relación (Skene 2014), así como mantener el tratamiento y la atención por un período de tiempo razonable hasta que el paciente pueda encontrar otro profesional. Esto último es especialmente importante si la persona se encuentra en lugares apartados o tiene una afección grave.

Así mismo, el médico debe ofrecer un informe al nuevo médico o enviar copias de los registros médicos del paciente (si el paciente autoriza esto) para asegurar la continuidad del tratamiento. A pesar de que se decida terminar la relación, el médico debe tratar de mantener, en la medida de lo posible, relaciones civilizadas con el paciente y responder las preguntas que plantee.

## Entre la insatisfacción y la deshumanización

El asombro generalizado por el extraordinario progreso de la medicina en las últimas décadas es un fenómeno cultural del que los médicos deben ser conscientes si quieren comprender las expectativas de los pacientes. En la actualidad, los ciudadanos son mucho más conscientes de sus derechos y, además, su nivel de exigencia con respecto a lo que esperan de la atención médica ha crecido de forma notoria. Esto ha generado el surgimiento de cierta «cultura de la reclamación», que cree menos en el destino, admite peor los errores y busca siempre culpables de cualquier acontecimiento que sobrevenga (Asociación Médica Mundial 2006).

Los fenómenos de la vida contemporánea han desencadenado que las personas abandonen, con carácter casi general, la tradicional actitud de resignación ante los errores o negligencias médicas, y se muestran mucho más contundentes a la hora de ejercitar la defensa de sus intereses. Cada vez hay más personas que no quedan satisfechas con la atención médica y van perdiendo paulatinamente la devoción que anteriormente le tenían a los médicos. Lo más probable es que esto surja justamente de una brecha entre las expectativas de la atención y la realidad obtenida por el paciente.

Lamentablemente, la mayoría de las personas son incapaces de entender que, a pesar de los años de preparación profesional y la disponibilidad de tecnología cada vez más avanzada, aún existen muchos otros factores fuera del control de los médicos que pueden afectar los resultados de la atención médica. El estado de la enfermedad, la condición física del paciente, la resistencia a los tratamientos, la calidad de los medicamentos y la adherencia del paciente al tratamiento son algunos de ellos. Todos estos factores pueden producir que los esfuerzos médicos — incluso los mejores — se vuelvan inútiles (Astuti 2017).

Como lo propuso Gadamer en «El lado Oculto de la Salud», la tecnología limita el deseo del paciente de realizarse como ser humano mediante la difícil tarea de asumir su existencia (Gadamer 2001). Esto es evidente cuando se observa el vasto conocimiento que esta disciplina ha generado paulatinamente y la necesidad cada vez más latente de los médicos de especializarse e incluso

superespecializarse en un área muy concreta del saber. Esta fragmentación del conocimiento y especialización es lo que nos ha permitido conseguir una medicina de excelencia desde el punto de vista académico, técnico y práctico. Algo realmente impensable hace tan solo unas décadas.

En contraste, esta especialización también ha generado una especie de desnaturalización de la relación entre médicos y pacientes. La creciente sofisticación de los procedimientos de diagnóstico y terapia, significan, a su vez, una suerte de barrera tecnológica entre el médico y el paciente que ha provocado que los hospitales se conviertan en centros de alta tecnología, regidos muchas veces por las leyes del mercado y provocando que, no pocas veces, el paciente sea visto más como un objeto de lucro que como una persona doliente y necesitada de ayuda.

Todo ello explica en gran medida que, al lado de la admiración que nos produce la constatación de verdaderas proezas médicas, crezca también la insatisfacción de los usuarios de los sistemas de salud, hecho que va de la mano con la declinación de los valores éticos profesionales y el severo enjuiciamiento de la profesión médica por parte de la opinión pública, más atenta que nunca a los casos de «mala práctica» con la consecuente pérdida del estatus y el prestigio de la profesión.

Bajo este panorama, es prudente siempre recordar las cuatro metas que orientan la motivación del médico en la relación clínica (Entralgo 1969):

- 1) La voluntad de ayuda técnica, es decir, el interés genuino por ayudar a un doliente que necesita ayuda (ego adiuvars)
- 2) El afán de conocimiento científico, que intenta encontrar un diagnóstico objetivo y riguroso (ego sapiens)
- 3) El interés de «funcionario» o ego fugens, que tiene que ver con la intención de buscar reparar o restituir eficazmente al individuo en el marco de un sistema o institución de salud.
- 4) El interés de lucro o prestigio, pues finalmente, hay quienes actúan movidos por estos motivos (ego cupiens)

De esta manera, concordaremos en que, para que la práctica de la medicina sea éticamente admisible, el paciente debe ser considerado como una persona doliente y necesitada de ayuda a la par que como un objeto científicamente cognoscible y modificable, procurando tomar decisiones que sean fruto de una deliberación conjunta, salvaguardando, hasta donde ello sea posible, los principales valores en juego, lo que implica conocer al paciente como persona y su modo de sentir y entender la enfermedad.

### **Empatía, emocionalidad e incertidumbre**

Como se ha expuesto con anterioridad, la relación clínica se basa en la confianza del paciente en un médico en una especie de transacción compleja (de afectos, de dinero y de servicios) que, como campo intersubjetivo, está lleno de grandes incertidumbres y, a pesar de los grandes avances de la ciencia médica, queda sujeta a los enormes aspectos de la existencia humana que no se pueden calcular matemáticamente ((Astuti 2017; Gadamer 2001).

En la actualidad, estamos inmersos en una cultura que invierte mucho en el «poder del pensamiento positivo», lo que produce pacientes que se resisten a pensar en desenlaces desagradables que comprometan su conexión con el mundo y su propia vitalidad, lo que genera que sea, incluso menos tolerable, la posibilidad de que sus médicos los decepcionen (Portmann 2000). Por esto, los médicos estamos continuamente expuestos a dialogar con las expectativas de los pacientes, que pueden ser fácilmente oscurecidas por la misma realidad. Esto no quiere decir que los médicos deban tener siempre una actitud fatalista, sino que, en nuestro caso, es necesario que exista una reflexión y una claridad para informar sobre las distintas posibilidades: una discusión franca sobre las malas noticias surge de una preocupación genuina por los pacientes. Sería cobarde (e indebido) que un médico se agazapase con un paciente detrás de ilusiones de seguridad o velos de optimismo ingenuo.

En La Retórica (libro 2, capítulo 5), Aristóteles nos expone cómo el miedo y la lástima difieren en si la desgracia nos sucede a nosotros o a otros: cuando las desgracias le suceden a los demás, nos provocan lástima; pero cuando nos

sucedan a nosotros mismos, la sensación es de miedo. Estas dos emociones surgen en el contexto de cuidar a los demás, por eso Aristóteles cree que solo podemos temer por otras personas o compadecerlas si nos importan en algún sentido importante (Retórica, libro 2, capítulo 8) o, dicho en otras palabras, son las mismas desgracias que nos hacen sentir lástima por los demás, las que provocan miedo real cuando nos suceden a nosotros mismos. A esto, ahora lo llamamos empatía, una herramienta fundamental para el médico. Y es que, como Aristóteles nos sugiere, los médicos – en su calidad de humanos – por mucho que intenten superar sus emociones, siempre estarán vulnerables a que estas puedan infiltrarse entre los esfuerzos por pensar con claridad (Portmann 2000).

Más bien puede suceder lo contrario: intentar evadir cualquier grado de emocionalidad puede ser contraproducente. Lo más probable es que un médico que realmente mantenga todas sus emociones bajo llave resulte siendo un médico que la mayoría de personas (incluso nosotros mismos) preferiría evitar (Portmann 2000). Por esto, no solo es inevitable que las emociones impregnen las relaciones médico—paciente, sino que es deseable que se dé un intercambio emocional real que genere que los médicos se sientan cómodos en relaciones en las que cuidan (y a veces controlan) a otros. Se hace necesario, entonces, equilibrar nuestras emociones y mantener una cierta pasión por nuestros pacientes, que es base de la empatía: algo que naturalmente los médicos tienen, pues todos esperamos lo mejor para nuestros pacientes (Farber, Novack, and O'Brien 1997).

Manejar las expectativas de los pacientes exige una sensibilidad especial ante los ocasionales delirios de controlarlo todo y la inmensa fragilidad de la esperanza. También requiere de un buen manejo de nuestra tendencia natural a complacer emocionalmente a quienes nos importan. La atención de enfermos moviliza poderosas fuerzas humanas: fe, esperanza, confianza, fortaleza moral y aceptación de la adversidad – la enfermedad – como fenómeno vital y como experiencia racional.

Recuperar la empatía, manejar la emocionalidad y aceptar la incertidumbre son ingredientes fundamentales para completar el tránsito de una medicina que

implícitamente reducía al enfermo a la condición de puro «objeto natural» a una visión del otro como «persona», es decir, como agente moral autónomo que también puede tomar decisiones en todo aquello que tenga que ver con su vida y su salud (Mendoza 2017).

### **Transitar hacia una nueva cultura médica**

Los conceptos y reflexiones que hemos nombrado en este capítulo son, en sí mismos, una invitación a una recalibración disruptiva de la dinámica entre los médicos y sus pacientes. Pretende ser un llamado a que, como ya lo ha señalado Gadamer, la medicina trascienda las prácticas positivistas de intervención y se mueva hacia un enfoque sistémico (Gadamer 2001). De esta manera los médicos no se deben limitar a identificar y cuantificar síntomas y aplicar técnicas y fármacos, sino que también deben enfocarse en el organismo como un sistema que trasciende lo fisiológico y adquiere sentido en la vida comunitaria.

Lo que se propone entonces es que el médico se mantenga como el profesional sanitario con vocación de servir, actitud compasiva y espíritu de ayuda hacia la persona que está enferma o sufre. Que siga siendo el sujeto que a partir de estos principios estudia una larga carrera científica para conocer en profundidad tanto el funcionamiento del cuerpo humano como sus potenciales patologías y sus alternativas de tratamiento. Pero también debe ser un profesional que entienda los cambios culturales, sociales y políticos en los que vive y que impactan de manera significativa a sus pacientes y, por ende, a los fenómenos a los que se enfrenta en su práctica clínica. Esto exige que deba ser capaz de integrar los contenidos y valores humanistas a los contenidos científicos para poder realizar un análisis ético de los problemas que presenta la medicina contemporánea y encontrar el punto de equilibrio entre los avances científicos y tecnológicos. De esta manera, mediante el respeto a la dignidad y la vida del ser humano, es que puede emerger un nuevo paradigma en el quehacer médico. Este nuevo profesionalismo implica un renovado compromiso por la atención del paciente sobre la base de la excelencia profesional, una actitud compasiva y respetuosa de la dignidad de la persona humana, la responsabilidad y el altruismo, que a su vez

se sustentan sobre una base humana sólida y una correcta aplicación de los principios éticos y las normas legales que regulan el ejercicio de la profesión. Lo anterior, buscando la calidad y la seguridad en la asistencia del paciente tanto en el plano individual como en el colectivo (Mendoza 2017).

Este cambio de paradigma en la relación clínica implica dejar atrás la comunicación unidireccional, en donde el médico transmitía los mensajes de manera monológica e instruccional al paciente («usted debe tomar la medicación», «es recomendable que haga ejercicio», etc.) y que impedía que el paciente no tuviera muchas oportunidades de expresarse. Y es que, aunque ya se han dado grandes avances para superar esto, aún queda mucho por hacer. Los distintos servicios asistenciales y el sistema de salud en general tienen el reto de evolucionar acorde a los tiempos de acuerdo con los cambios que experimenta la sociedad y la humanidad, lo que significa que, en la contemporaneidad, debe darse una evolución hacia el empoderamiento del paciente en un entorno hiperconectado.

Bajo este panorama, se requiere toda la capacidad del médico para establecer una adecuada relación médico paciente, condición que es fundamental para lograr la recuperación del estado de salud, considerando al paciente como persona, con autonomía y capacidad de aprender y de tomar decisiones; se requiere entonces modificar conceptos y actitudes del médico y de todas las personas que están involucradas en la atención al paciente: enfermeras, celadores, personal de limpieza, secretarias, etc. Se necesita entender de una manera diferente la relación clínica, pasar del modelo tradicional paternalista a un nuevo modelo de tipo deliberativo en el cual todas las partes sean informadas, con respeto a sus derechos, con conocimiento veraz y completo de los riesgos y los beneficios, así como de las implicaciones de la responsabilidad compartida.

Esta humanización en medicina necesariamente implica formas de comunicación eficaz entre el personal sanitario y el paciente. También significa que se fomente, desde las distintas jerarquías del sistema de salud, un interés genuino porque el paciente comprenda los problemas de salud y los tratamientos disponibles, se adhiera a ellos, pero, sobre todo, participe activamente en la toma



de decisiones. Pues sólo la toma de decisiones en colaboración permite a los médicos y pacientes trabajar como socios para lograr un objetivo de salud común y satisfactorio. Esta humanización debe, además, significar un compromiso genuino con el paciente y con sus familiares, acompañantes y con la comunidad en general. En esta propuesta de una nueva cultura de atención a la salud es necesaria la conducta y participación profesional del médico y su capacidad para establecer una relación que privilegie la deliberación y la comunicación para proporcionar al paciente una información completa, veraz y oportuna (Mejía Estrada and Romero Zepeda 2017).

## **Conclusión**

La relación médico paciente constituye el pilar de la labor médica, es importante tener claro que la misma parte de una interacción entre una persona que solicita atención y cuidado de otra persona. Esta según el contexto en el que se desarrolle puede adoptar diversas formas sin embargo las relaciones clínicas tienen algunos elementos comunes que son: el fin de la relación, la salud del paciente, el equilibrio entre operaciones objetantes y empíricas, el vínculo de la relación y la comunicación entre las partes. Esta relación también atraviesa varios momentos: cognoscitivo, operativo, afectivo, ético, histórico social, en cada uno de los cuales deben tomarse acciones para optimizar el fin de la relación.

Con la evolución de las ciencias médicas la relación médico paciente ha sufrido cambios sustanciales en su estructura empezando con un modelo paternalista en el cual se dejaban completamente de lado los valores propios del paciente, hacia una relación interpretativo deliberativa en la cual el médico se vuelve intérprete de los valores propios del paciente y lo orienta a tomar decisiones en favor de estos y por su parte el paciente es cada vez se encuentra más empoderada en el cuidado de su salud y por ende en la toma de las decisiones.

Son varios los factores que influyen en esta relación como los factores propios del médico, del paciente y los factores ajenos a los mismos como son los

relacionados con el sistema de salud, estos determinan en gran medida el curso y los resultados de la relación médico.

La disponibilidad de nuevas tecnologías ha dado un vuelco a la relación médico paciente por un lado proporcionando herramientas para mejorar la atención, pero por otro lado creando ciertos obstáculos que pueden entorpecerla, además le otorga al paciente la oportunidad de estar más informado respecto a su salud.

Es esencial que para fundamentar esta relación el médico sienta una base de empatía y busque estrategias de comunicación que propendan a la comprensión y participación del paciente en la toma de decisiones, evitando que los factores propios de la relación lleven a reducir al paciente a un objeto, dejando de lado sus aspectos humanos.

**Conflicto de intereses:** El autor declara que no tiene ningún posible conflicto de intereses. **Aprobación del comité de ética y consentimiento informado:** No es aplicable a este estudio. **Contribución de cada autor:** I.P. desarrolló las ideas y escribió el artículo. Ha leído y aprobado el manuscrito final. **Contacto:** Para consultas sobre este artículo debe dirigirse a: (✉) [ivandpy@gmail.com](mailto:ivandpy@gmail.com).

#### Referencias

- Asociación Médica Mundial. 2006. «Declaración de La AMM Sobre La Educación Médica,» 1–5. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/e15/>.
- Astuti, Endang Kusuma. 2017. «Legal Relationship Between Doctors and Patients in Medical Service Efforts.» *Diponegoro Law Review* 2 (1): 123. [https://doi.org/10.14710/dilrev.2.1.2017.123–140](https://doi.org/10.14710/dilrev.2.1.2017.123-140).
- Blake, Valarie. 2012. «When Is a Patient–Physician Relationship Established?» *Virtual Mentor* 14 (5): 403–6. [https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.5.hlaw1–1205](https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.5.hlaw1-1205).
- Caulfield, T. 1997. «Legal Aspects of the Physician–Patient Relationship. Considerations during Health Care Reform in Canada.» *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien* 43.
- Chipidza, Fallon E., Rachel S. Wallwork, and Theodore A. Stern. 2015. «Impact of the Doctor–Patient Relationship.» *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, October. <https://doi.org/10.4088/PCC.15f01840>.
- Emanuel, Ezekiel J. 1992. «Four Models of the Physician–Patient Relationship.» *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 267 (16): 2221. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.
- Entralgo, Laín. 1969. *El Médico y El Enfermo*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Eser, Albin. 1994. «The Role of Law in the Patient–Physician Relationship.» *Forensic Science International* 69 (3): 269–77. [https://doi.org/10.1016/0379–0738\(94\)90391–3](https://doi.org/10.1016/0379-0738(94)90391-3).
- Farber, N J, D H Novack, and M K O'Brien. 1997. «Love, Boundaries, and the Patient–Physician Relationship.» *Archives of Internal Medicine* 157 (20): 2291–94. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9361568>.

- Freckelton, Ian R. 2020. «Internet Disruptions in the Doctor–Patient Relationship.» *Medical Law Review* 28 (3): 502–25. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwaa008>.
- Gadamer, Hans–Georg. 2001. «El Estado Oculto de La Salud.» Barcelona, España: Gedisa editorial.
- Gordon, Christopher, Margot Phillips, and Eugene V. Beresin. 2010. «The Doctor–Patient Relationship» *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 15–23. <https://doi.org/10.1016/B978–1–4377–1927–7.00003–0>.
- Gracia, Diego. 2007. *Fundamentos de Bioética*. Segunda Ed. Madrid: Eudema.
- Grassi, Luigi, Rosangela Caruso, and Anna Costantini. n.d. «Communication with Patients Suffering from Serious Physical Illness.» In , 10–23. <https://doi.org/10.1159/000369050>.
- Holmes, Jeremy, and Andrew Elder. 2016. «Bowlby, Balint, and the Doctor–Patient Relationship: Towards a Theory of Human Relationships in Medical Practice.» *British Journal of General Practice* 66 (648): 384–85. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686053>.
- Janota, Bertrand, and Paulina Michalska. 2021. «Balint Group in the Physician–Patient Relationship – Assumptions, Objectives and Significance.» *Psycoterapia* 194 (3): 59–68. <https://doi.org/10.12740/PT/127021>.
- Lee, Stephanie J., Anthony L. Back, Susan D. Block, and Susan K. Stewart. 2002. «Enhancing Physician–Patient Communication.» *Hematology* 2002 (1): 464–83. <https://doi.org/10.1182/asheducation–2002.1.464>.
- Lock, James, and Kathleen Kara Fitzpatrick. 2007. «Evidenced–Based Treatments for Children and Adolescents with Eating Disorders: Family Therapy and Family–Facilitated Cognitive–Behavioral Therapy.» *Journal of Contemporary Psychotherapy* 37 (3): 145–55. <https://doi.org/10.1007/s10879–007–9049–x>.
- Mars, Maurice, Christopher Morris, and Richard E Scott. 2018. «Selfie Telemedicine – What Are the Legal and Regulatory Issues?» *Studies in Health Technology and Informatics* 254: 53–62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30306957>.
- Mejía Estrada, Adriana, and Hilda Romero Zepeda. 2017. «La Relación Médico Paciente: El Desarrollo Para Una Nueva Cultura Médica Doctor–Patient Relationship: The Development of a New Medical Culture.» *Revista Médica Electrónica* 39 (1): 832–42. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me–2017/mes171p.pdf>.
- Mendoza, Alfonso. 2017. «La Relación Médico Paciente: Consideraciones Bioéticas.» *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 63 (4): 555–64. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>.
- Portmann, J. 2000. «Physician–Patient Relationship: Like Marriage, without the Romance.» *Western Journal of Medicine* 173 (4): 279–82. <https://doi.org/10.1136/ewj.173.4.279>.
- QUILL, TIMOTHY E. 1983. «Partnerships in Patient Care: A Contractual Approach.» *Annals of Internal Medicine* 98 (2): 228. <https://doi.org/10.7326/0003–4819–98–2–228>.
- Saldarriaga, Ricardo Posada. 2009. «Hermenéutica y Medicina.» *CES Medicina* 23 (1): 103–113–113.
- Sánchez Arrastía, Dagmara, and Yanetsi Contreras Olivé. 2014. «Physician–Patient Relationship and Its Significance in Medical Practice.» *Revista Cubana de Medicina Militar* 43 (4): 528–33.
- Sánchez, Jorge. 2007. «La Relación Médico – Paciente Algunos Factores Asociados Que La Afectan.» *Revista CONAMED*, Vol. 12, 12 (1): 20–28.
- Skene, Loane L.C. 2014. «Legal Issues When a Doctor’s Relationship with a «Difficult» Patient Breaks Down.» *Medical Journal of Australia* 201 (6): 347–51. <https://doi.org/10.5694/mja13.11019>.

### Información sobre el autor

► **Iván David Pinzón Yazo** Es médico graduada en la Universidad del Rosario en Bogotá Colombia, especialista en Epidemiología de la Universidad del Rosario Bogotá Colombia y especialista en Psiquiatría de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá Colombia. Actualmente se desenvuelve como médico tratante y psicoterapeuta en el Hospital Monte Sinaí en Cuenca Ecuador y en Mha Casa de Psicoterapia, actualmente maestrante filosofía en la Universidad. Ponente y asistente de múltiples conferencias y simposios en materia de psiquiatría y filosofía. **Contacto:** Hospital Monte Sinaí Miguel Cordero 6114 y Av. Solano. Cuenca Ecuador. — (✉): ivandpy@gmail.com. — iD <https://orcid.com/0000-0003-3362-1905>.

### Como citar este artículo

Pinzón, Iván (2022). «Relaciones clínicas: necesidades y desafíos interpersonales». *Analysis* 33, pp. 1-28.