



**RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE**

Relación médico-paciente

Christopher Gordon, MD

Eugene V. Beresin, MD

Puntos clave

Contexto

- La relación médico-paciente es un motor clave para los resultados clínicos, tanto fomentando las consecuencias deseadas como evitando desastres.

Retos para la investigación y la clínica

- Especialmente en psiquiatría, el médico debe entender al paciente y relacionarse con él como una persona completa, lo que requiere un diagnóstico y una formulación del caso precisos desde las perspectivas biológica, social, psicológica y espiritual.

Historia

- El conflicto es un aspecto inevitable de todas las relaciones importantes y puede profundizarlas y reforzarlas si se maneja apropiadamente. En la relación médico-paciente, el conflicto puede surgir de muchas fuentes, y lo mismo puede arruinarla que proporcionar una oportunidad para mejorar la comunicación, la unión y el compromiso.

Apuntes prácticos

- Una relación médico-paciente eficaz implica que ambas partes creen juntas un vínculo de trabajo que sea fiable, efectivo y duradero.
- La relación médico-paciente consigue buenos resultados al fomentar una asociación fortalecida, comprometida y activa con los pacientes, que se sienten escuchados y bien entendidos por sus médicos.
- Para que las relaciones médico-paciente sean adecuadas es preciso que los médicos practiquen una actitud de acogida, una toma de decisiones participativa y una concienciación de la vida interior del paciente y de la suya propia.

Perspectiva general

La relación médico-paciente –a pesar de todas las presiones de la atención terapéutica, las intrusiones burocráticas y otras complicaciones del sistema– sigue siendo uno de los vínculos más profundos en la experiencia humana; en ella, una persona revela a otra sus problemas más íntimos, con la esperanza de sanar.^{1,2} En esta relación profundamente íntima, cuando nos ganamos la confianza de nuestros pacientes, tenemos el privilegio de conocer los temores y preocupaciones que ellos pueden no haber compartido –o que no compartirán– con otros seres humanos; literalmente, ponen su vida y su bienestar en nuestras manos. Por nuestra parte, esperamos poner en esta relación el dominio técnico de nuestro trabajo, conocimientos,

experiencia y humildad, así como nuestro compromiso de permanecer junto a nuestro paciente –es decir, no huir ante ningún grado de dolor, sufrimiento, fealdad ni incluso la propia muerte–. Renegamos de nuestra propia gratificación, además de nuestra satisfacción y recompensa profesional, al poner los intereses de los pacientes por encima de los nuestros. Nuestra relación es un pacto moral.³ Esperamos crear juntos una relación sanadora en la que nuestros pacientes puedan llegar a entender con nosotros el origen del sufrimiento y las opciones de tratamiento y curación, y que participen con nosotros en la construcción de un camino hacia la recuperación.

En medicina clínica, la relación entre el médico y el paciente no es un mero vehículo a través del cual se proporciona la atención, sino que es uno de los aspectos más importantes de la propia atención. Los resultados clínicos excelentes –aquellos en los cuales los pacientes refieren un alto grado de satisfacción, trabajan eficazmente con sus médicos, se adhieren a las pautas de tratamiento, experimentan mejoría en las enfermedades que les aquejan y abordan su vida de forma dinámica para fomentar la salud y el bienestar– tienen mucha mayor probabilidad de surgir de relaciones en las que los médicos son colaboradores y los pacientes se sienten escuchados, comprendidos, respetados e incluidos en la planificación del tratamiento.⁴⁻⁶ Por otra parte, los malos resultados –por «no cumplimiento» del plan de tratamiento, quejas a las juntas de supervisión y actos de mala praxis– tienden a aparecer cuando los pacientes se sienten no escuchados o respetados, o no participativos con sus médicos.⁷⁻⁹ La atención colaborativa no solo conduce a mejores resultados, sino que también es más eficaz que la no colaborativa para lograr buenos resultados.^{10,11} La relación es importante.

Una relación médico-paciente eficaz puede resultar más fundamental para obtener buenos resultados en psiquiatría (debido a los límites indefinidos entre las enfermedades que sufren los pacientes y a la propia identidad de estos) que en otras especialidades médicas. En psiquiatría, más que en la mayoría de las ramas de la medicina, da la sensación de que, cuando un paciente está enfermo, hay algo erróneo en la propia persona como un todo, en lugar de que esta «tenga» o sufra una enfermedad concreta. Nuestro lenguaje agrava este sentido de imperfección o deficiencia en la enfermedad psiquiátrica. Tendemos a decir «ser depresivo», «soy bipolar» o «es esquizofrénico», como si fueran cualidades de la persona en lugar de una enfermedad que se debe resolver. Incluso de forma más hiriente, en ocasiones hablamos de las personas como «límites» o «esquizofrénicas» como si estas etiquetas resumieran a la persona como un todo. Este lenguaje, junto con el estigma persistente unido a la enfermedad mental en nuestra cultura, amplifica la sensación de recelo ante el riesgo de vergüenza y humillación que pueden experimentar los pacientes en cualquier interacción médico-paciente¹² y hace incluso más imperativo que el trabajo del médico sea crear condiciones de seguridad en la relación.

Además, si intentamos crear con él un entorno sanador en el que el paciente se sienta entendido en profundidad (como base para construir un camino hacia la recuperación), la psiquiatría, quizá más que cualquier otra rama de la medicina, requiere que consideremos o contemplemos atentamente a la persona en su totalidad, incluso partes de su vida que pueden parecer alejadas de las áreas personales del trastorno principal. Además de aspectos biológicos importantes, muchas enfermedades psiquiátricas que sufren las personas tienen contribuciones críticamente importantes de las relaciones y el entorno social actual del paciente, de problemas psicológicos del pasado, y de la vida y la orientación espiritual de la persona. Gran parte de las veces, estos aspectos psicológicos, sociales o espirituales de la persona aportan una luz vitalmente importante sobre la naturaleza de su aflicción, y a menudo

son aliados cruciales en la recuperación. Para conocer a la persona completa se necesitan tiempo y espacio en la relación médico-paciente.¹³ La valoración de la persona desde la perspectiva de las enfermedades y vulnerabilidades biológicas; las conexiones, apoyos y estresantes sociales en el momento actual; los problemas psicológicos de la persona en el pasado, y cómo da sentido a su vida su espiritualidad con la precognición de la muerte son cuatro modelos que pueden darnos una idea en profundidad de la persona.¹⁴

Entorno óptimo de curación: atención centrada en el paciente

Aunque pueden existir factores culturales que limiten la validez de esta generalización, por lo general, los pacientes prefieren principalmente una atención que se centre en sus propios trastornos; que aborde su perspectiva sobre dichos problemas; que use un lenguaje directo, inclusivo y que promueva la colaboración, y que respete al paciente como una parte completamente facultada para la toma de decisiones.¹⁵ Este modelo de asistencia puede caracterizarse bien con el término atención centrada en el paciente^{10,16} o, incluso mejor, atención centrada en la relación. En Crossing the Quality Chasm, el Institute of Medicine identificó el ejercicio profesional centrado en la persona como clave para conseguir una atención de alta calidad que se enfoque en las perspectivas, necesidades, valores y preferencias únicas del paciente individual.¹⁷ La atención centrada en la persona implica una relación colaborativa en la que dos expertos –el profesional y el paciente– intentan combinar los conocimientos y la experiencia del profesional con la perspectiva y necesidades únicas y la valoración del resultado del paciente.¹⁸

En la atención centrada en la persona, las preferencias y los valores del paciente se integran en toda decisión clínica, y los resultados se definen cada vez más no solo por las medidas de la enfermedad basadas en la evidencia, sino también por los resultados funcionales comunicados y definidos por el paciente.¹⁹ Una lucha que tienen los médicos consiste en equilibrar las presiones para permanecer en la vía terapéutica de la práctica basada en la evidencia al tiempo que llevan a cabo una atención verdaderamente individualizada, basada en la perspectiva y los valores del paciente –la «quintaesencia de las habilidades» de la medicina moderna–.²⁰

Este cambio del paternalismo a la colaboración puede ser particularmente desafiante en situaciones en las que está en cuestión la competencia del paciente. Sin embargo, incluso en los casos en que este sea incompetente, siempre hay que intentar respetar las preferencias y los valores de la persona e implicarla de forma máxima en cualquier modo en que pueda ejercer una elección.

El cambio a la atención centrada en el paciente puede haber sido alimentado en parte por el movimiento de liberación de la mujer,²¹ ya que las mujeres han encontrado su voz y han despertado la cultura a la realidad de las personas desautorizadas y oprimidas por la tiranía de los roles y el lenguaje. Además, el movimiento femenino dio lugar a un cambio paradigmático en las profesiones sanitarias, en las que las perspectivas de ambas partes tienen una misma concesión en legitimidad e importancia, y en las que la propia relación tiene un valor profundo y apremiante en el resultado de cualquier iniciativa. El aumento del consumismo y la extensa diseminación de la información mediante Internet también han contribuido a la aparición de pacientes más autorizados como consumidores.²¹ Las modificaciones rápidas en los planes de seguros han llevado a la población a cambiar de un

profesional a otro con mayor frecuencia, reforzando el método del «comprador informado» entre los pacientes. Como observaron proféticamente Lazare et al.²² hace más de 30 años, los pacientes se ven a sí mismos cada vez más como consumidores y buscan valor, que siempre depende del color del cristal con que se mire.

Quill y Brody¹⁸ describieron un modelo de interacción médico-paciente que denominaron autonomía realzada. Describía una relación en la que el derecho autónomo del paciente a tomar decisiones críticas en relación con su propia atención se intensificaba mediante el compromiso completo del médico en el diálogo acerca de estas decisiones (incluidos el input del médico, las recomendaciones y el reconocimiento abierto del sesgo, si existía). Quill y Brody¹⁸ señalaron que, en la toma de decisiones puramente autónoma que indicaron como el modelo de «elección independiente», existe una forma de distorsión del centrismo en el paciente en la cual esencialmente se le abandona a la toma de decisiones críticas sin el beneficio del consejo médico. En este modelo, los médicos ven su función como aportación de información, de las opciones de tratamiento y de la posibilidad de éxito; respuesta objetiva a preguntas, y evitación de recomendaciones (para así no sesgar al paciente o a su familia). En la práctica centrada en la relación, más que en la centrada en el paciente, el médico no cede la autoridad o responsabilidad sobre la toma de decisiones al paciente y la familia, sino que entra en un diálogo real acerca de lo que cree que es mejor y sobre los problemas y preferencias de la persona y sus familiares. La mayoría de los pacientes y sus familias buscan una respuesta evaluada del médico a la pregunta (formulada o no): «¿Qué haría usted si fuera un miembro de su familia?». Esta colaboración transparente y sincera comparte la autoridad en lugar de cederla, y transmite respeto y preocupación. La autonomía realzada implica un compromiso por conocer al paciente profundamente y respetar sus deseos; compartir la información lo más abierta y honestamente que desee el paciente; implicar a otros en su dirección, y tratarlo como un colaborador completo en la mayor medida posible.

En la atención centrada en el paciente, el médico trabaja para evitar herirlo, avergonzarlo o humillarlo involuntariamente mediante un uso descuidado del lenguaje u otros desaires. Cuando se produce tal daño u otro error, el profesional se disculpa claramente y de forma franca para restaurar la relación.²³

La función del médico en la atención centrada en el paciente es la de un experto que intenta ayudar a un paciente a manejar con él su salud en la medida en que esté más alineada con la perspectiva de esa persona en particular. Su función es no ceder todas las decisiones importantes al paciente, quiera o no participar en ellas.¹⁸

La atención centrada en el paciente abarca seis procesos. Primero, el médico se esfuerza por crear condiciones de acogida, respeto y seguridad, de modo que el paciente puede revelar sus problemas y perspectiva. Segundo, el médico trabaja para entender al paciente profundamente como una persona completa, escuchando tanto las palabras como la «música» de lo que comunica. Tercero, el médico confirma y demuestra al paciente su entendimiento a través de un lenguaje directo, sin jerga. Cuarto, si el médico establece con éxito un fundamento común sobre la naturaleza del problema como lo percibe el paciente, puede intentar sintetizar estos problemas en diagnósticos de trabajo y listas de verificación de problemas. Quinto, usando su dominio técnico especializado y su experiencia, visualiza una vía hacia la curación que desarrolla con el paciente. Finalmente, el médico y el paciente pueden negociar juntos qué camino tiene más sentido para esta persona en particular.

Mediante todo este trabajo, el médico modela y cultiva una relación que valora la sinceridad, la colaboración y la autenticidad; debe ser capaz de resistir el conflicto –incluso recibirlo como una parte saludable de las relaciones humanas–.²⁴ Al hacer esto, la relación médico-

paciente forja un vínculo que puede seguir en pie ante los altibajos de la enfermedad, su tratamiento y el conflicto que surja de la propia relación. De esta forma, la salud de la relación médico-paciente toma su lugar como un elemento importante en cada lista de problemas para ser controlada y nutrida activamente a medida que pasa el tiempo.

Ejercicio médico en la atención centrada en el paciente

Las cualidades de los médicos tienen un impacto sobre la relación médico-paciente. Estas cualidades apoyan y realzan –pero no sustituyen– la competencia técnica y el dominio cognitivo. Quizá más importante es la concienciación (mindfulness),²⁵ una cualidad descrita por Messner²⁶ como la que se adquiere a través de un proceso de autognosis o autoconciencia constante. La concienciación valora que la vida emocional de una persona (es decir, tanto del médico como del paciente) tiene significado e importancia y merece nuestro respeto y atención. La concienciación tiene una connotación de compromiso en el control respetuoso de los sentimientos propios y del paciente, así como de aceptación de los sentimientos de ambas partes sin juzgar y sabiendo que están separados de los actos.

La concienciación, que nace de las raíces del budismo,²⁷ ha aportado mucho conocimiento al ejercicio de la psicoterapia (p. ej., al ayudar a los pacientes a tolerar emociones insoportables sin realizar una acción, y al ayudar a los clínicos a soportar las historias en ocasiones espantosas que sus pacientes comparten con ellos).²⁸ La concienciación ayuda a los médicos a encontrar un lugar sereno a partir del cual construir relaciones con los pacientes.²⁹ La concienciación nos aconseja atender a nuestros sentimientos y los de nuestros pacientes con aceptación y compasión, sin la compulsión de actuar sobre dichos sentimientos. De este modo, el médico puede ser informado por la riqueza de su vida interior emocional sin ser impulsado a actuar sobre estas emociones; esto puede servir como modelo para la relación con el paciente.

Otras cualidades personales del médico que fomentan relaciones saludables y vibrantes con los pacientes son la humildad, la autenticidad, el optimismo, creer en el valor de vivir una vida plena, el buen humor, la franqueza y la transparencia en la comunicación.³⁰

Las habilidades de comunicación importantes son la capacidad para obtener la perspectiva del paciente; ayudar a que este se sienta comprendido; explicar la enfermedad y las opciones con un lenguaje claro y no técnico; generar input y acuerdo entre los caminos existentes para su atención; reconocer la dificultad en la relación sin agravarla; aceptar el input e incluso el conflicto, y trabajar en las dificultades para obtener soluciones mutuamente aceptables, en las que ganen ambas partes.³¹

Las consideraciones prácticas para el ejercicio médico son la claridad por parte del médico y del paciente sobre sus funciones mutuas, sus expectativas, fronteras, limitaciones y contingencias (p. ej., cómo acceder al médico después de la hora de consulta y en qué condiciones, y las consecuencias de las citas perdidas).^{32,33}

Uno de los ingredientes más importantes de una buena relación médico-paciente (que tiene una provisión terriblemente escasa) es el tiempo.³⁴ Simplemente, no existe un sustituto ni una alternativa rápida a sentarse con una persona y tomarse tiempo para conocerla en profundidad, en un lugar privado sin intrusiones ni interrupciones. Para los médicos que ejercen en clínicas de gran volumen con timbres y teléfonos sonando, y pacientes cada pocos minutos, esta puede parecer una tarea imposible. Sin embargo, la mayoría de los médicos sabemos que lo que queremos cuando nosotros o uno de nuestros seres queridos estamos

enfermos es una atención completa e íntegra por parte de nuestro doctor; a este respecto, los pacientes no son diferentes de los médicos.

Colaboración en la obtención de la anamnesis

Un objetivo fundamental de la entrevista inicial es crear una base de datos que permita un diagnóstico diferencial extenso. Sin embargo, existen otras metas globales. Entre estas se encuentran la desmitificación y explicación del proceso de colaboración, el descubrimiento de lo que resulte problemático y desafiante para el paciente, la creación junto con él de una vía de tratamiento para abordar estos problemas, el entendimiento de la persona como un todo, la estimulación del paciente a participar, la aceptación de la retroalimentación y el modelado de una apreciación consciente de la complejidad de los seres humanos (incluida su vida interior emocional).^{35,36} Al final de la obtención de la anamnesis —o, usando un lenguaje más colaborativo, después de su construcción con el paciente³⁷— debería ser factible una conversación acerca de los caminos hacia la curación y las funciones mutuas paciente y el médico en dicho proceso (en el cual el paciente se sienta escuchado, comprendido, confiado en el resultado y comprometido con la colaboración).

Entrevista clínica eficaz

Los principios globales de la entrevista clínica eficaz son cordialidad, calidez, capacidad para ayudar a los pacientes a sentirse a gusto contando sus historias y habilidad para involucrar a la persona en la exploración mutua de lo que le afecta. Nosotros hemos visto que si desmitificamos el encuentro clínico, explicando lo que estábamos haciendo antes del mismo, y con un pensamiento tan transparente y colaborativo como sea posible, tenemos más probabilidad de conseguir una buena entrevista.³⁸ De forma similar, haciendo a menudo una pausa para preguntar al paciente si le estamos entendiendo claramente, o buscando su input y sus preguntas, fomentamos una conversación real (en lugar de un interrogatorio unidireccional) que aporta una información más profunda.³⁹

Vemos que una técnica útil es ofrecer al paciente que cuente lo que ya sabemos acerca de él. Por ejemplo, «Me pregunto si sería útil que le dijera lo que me mencionó la Dra. Smith cuando me llamó para derivarlo a mí. Así, si tengo alguna información errónea, usted puede arreglarlo desde el principio». Esta técnica nos permite «enseñar nuestras cartas» antes de pedir al paciente que revele información. Además, al invitarlo a corregirla, demostramos inmediatamente que respetamos el input de la persona. Finalmente, esta técnica nos permite poner la historia de la persona en un lenguaje amigable, no patológico, estableciendo el escenario para continuar la entrevista. Por ejemplo, si la historia clínica revela que la persona ha bebido excesivamente y puede estar deprimida, podemos decir: «Parece que últimamente ha pasado momentos difíciles», dando al paciente la oportunidad de completarla con detalles.⁴⁰

Después de iniciar la entrevista, intentamos estar callados y damos lugar a la persona para que cuente su historia, animándola (con el lenguaje corporal, preguntas abiertas y otros estímulos) para que diga más cosas. Intentamos resistir la tentación de saltar demasiado pronto a listas cerradas de verificación de síntomas. Nos aventuramos a escuchar en profundidad, tanto las palabras como la entonación.

Después de un período de tiempo razonable, resumimos lo que hemos oído y comprobamos si hemos entendido exactamente o no lo que intenta decir el paciente. Por ejemplo: «Déjeme ver si entiendo lo que me ha dicho hasta ahora» es una buena forma de avanzar hasta esta parte de la entrevista. Al explicar al paciente nuestra comprensión de lo que hemos oído, es importante usar un lenguaje cuidadoso. Siempre que sea posible, evitamos un lenguaje provocador o involuntariamente hiriente («Entonces, parece que estaba alucinando y que quizá tiene otros síntomas psicóticos»), en pro de un lenguaje amistoso y neutral («Parece que las cosas fueron difíciles, ¿le entendí decir que oía cosas que le preocupaban?»). Cuando sea posible, usamos las palabras exactas que haya utilizado el paciente para describir su estado emocional. Por ejemplo, si la persona dice: «Me he sentido muy muy cansado; siento como si no me quedara nada», y le decimos: «Al parecer ha estado agotado», puede que no le transmitamos que le hemos entendido; pero si decimos: «Ha estado tremendamente cansado», es más probable que el paciente se sienta comprendido.

Una medida de la compenetración deriva de conseguir el «asentimiento» –es decir, simplemente darse cuenta de si en las primeras fases de la entrevista el paciente asiente en señal de acuerdo y si por otra parte da signos de que entiende y se siente entendido–.³⁸ Si hay ausencia de «asentimiento» es signo de que hay algo equivocado, ya sea porque hemos olvidado algo importante, hemos ofendido involuntariamente a la persona, no hemos conseguido explicar el proceso o hemos estropeado la relación. Una entrevista clínica sin «asentimiento» es una entrevista en peligro. Para ganar el «asentimiento» es útil decir primero lo que sabe, expresar el problema en lenguaje amigable y usar las propias palabras del paciente. Incluso es más importante el poder de la sencilla amabilidad, cordialidad y amigabilidad en nuestras palabras, tono y lenguaje corporal. Igualmente, una simple disculpa si la persona ha estado esperando o un reconocimiento cordial de alguna cosa en común («¡Qué interesante. Yo también crecí en Maryland!») pueden dar mucho de sí para crear conexión y compenetración.

Tras establecer el tono de colaboración, identificar el problema y obtener el «asentimiento», la siguiente área en la que centrarse es la anamnesis de la enfermedad actual. Al obtener la anamnesis de la enfermedad actual es importante dejar que el paciente cuente su historia. Para muchas personas, es una experiencia profundamente sanadora simplemente ser escuchadas de forma empática y en sintonía.⁴⁰ Creemos que es mejor escuchar activamente (no interrumpiendo ni centrándose únicamente en establecer el diagnóstico correcto) y asegurarse de que uno «lo está haciendo bien» desde el punto de vista del paciente. Cuando la hipótesis del médico es que el problema del paciente más probablemente está en el ámbito psicológico o interpersonal, es especialmente importante darle la oportunidad de compartir lo que le está preocupando en una atmósfera de aceptación y empatía. Para muchas personas, el hecho de ser escuchadas atentamente es una experiencia infrecuente y curativa, particularmente cuando es acerca de temas que pueden haber sido una fuente de sufrimiento en secreto durante algún tiempo.

Al obtener la anamnesis de la enfermedad actual, con la presión del tiempo, puede producirse el error de basarse en una lista de verificación de síntomas demasiado rápidamente o de hacer una serie de preguntas cerradas para incluir o excluir un diagnóstico particular (como depresión mayor). Al hacer esto aumenta el riesgo de bloquear prematuramente cierta información importante que de otro modo el paciente podría contar acerca de los aspectos sociales o psicológicos de la situación.

Al hacer un esbozo de los parámetros principales de la anamnesis del asunto actual de la persona, puede ser sensato averiguar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió bien

en relación con este problema: los primeros síntomas que recuerda; tensiones y enfermedades asociadas, y cambios en los medicamentos; intentos de resolver el problema y sus efectos, y cómo eligió pedir ayuda para el problema ahora. Este puede ser el momento de resumir, revisar y solicitar aclaraciones.

A medida que avanzamos en las diferentes secciones de la anamnesis, consideramos la explicación de lo que estamos haciendo y el porqué: «Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes psiquiátricos, si tiene alguno, para ver si le ha ocurrido algo parecido antes». Esta entrevista guiada tiende a desmitificar lo que usted está haciendo y a obtener colaboración.³⁸

La siguiente área de estudio son los antecedentes psiquiátricos. Estos pueden dar más luz sobre la enfermedad actual. El entrevistador debe confirmar el padecimiento de episodios anteriores similares o relacionados (p. ej., períodos previos de depresión o ansiedad, cómo se trataron y cómo respondió el paciente). La entrevista debe establecer crisis anteriores de enfermedad psiquiátrica no relacionada (como problemas de ansiedad, fobias, temores y obsesiones). Estos episodios pueden señalar el camino a una diátesis hacia trastornos afectivos o de ansiedad que de otro modo podrían ser oscuros. Puede ser útil investigar acerca de períodos previos de dificultades emocionales diferentes de enfermedades psiquiátricas per se.

Los antecedentes médicos son una parte crítica de la base de datos de todo paciente, independientemente de la naturaleza del síntoma o el trastorno. La razón principal evoca el método de los cuatro modelos de conceptualización de las enfermedades psiquiátricas. Hacia el final de la valoración, es fundamental que el médico sea capaz de considerar un diagnóstico diferencial que incluya hipótesis que usen los cuatro modelos: biológico, social, psicológico y espiritual. Naturalmente, para el modelo biológico son esenciales los antecedentes médicos. Los antecedentes de consumo de drogas pueden obtenerse aquí si no se incluyeron en los antecedentes psiquiátricos, anotando el índice bruto de consumo (como antecedentes de desintoxicación, intentos de reducción del consumo o drogas de consumo específicas), así como preguntas más sutiles y posiblemente utilizar una investigación más estructurada, como el cuestionario CAGE.⁴¹

Los antecedentes psiquiátricos familiares pueden aportar claves importantes acerca de enfermedades con significado genético (como trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y consumo de drogas). También es un momento adecuado para establecer un genograma limitado, atendiendo al orden de nacimiento y las circunstancias actuales de los miembros de la familia.

Los antecedentes sociales y del desarrollo ofrecen una rica oportunidad para la recogida de datos sobre el ámbito social y psicológico. Dónde creció la persona, cómo era la familia, hasta dónde avanzó en el colegio, qué personas eran sus preferidas y qué aficiones e intereses tiene el paciente son líneas productivas de investigación. Los antecedentes matrimoniales y de relaciones, si la persona se ha enamorado, a quién admira y quién ha sido más importante en su vida son averiguaciones incluso más profundas en este aspecto de la experiencia del paciente. A menudo puede lograrse una exploración profunda y rápida en los antecedentes de la persona con la simple pregunta: «¿Cómo fue para usted crecer en su familia?». La orientación religiosa (incluido si la persona tuvo alguna vez una práctica espiritual y, si es así, ¿qué ocurrió para que cambiara?) se adaptan bien a esta sección de la anamnesis.⁴²

La exploración clásica del estado mental continúa la línea de investigación que se inició en la anamnesis de la enfermedad actual (es decir, la lista de verificación de síntomas para incluir

o excluir las posibilidades diagnósticas y preguntar más acerca de los signos y síntomas detallados para establecer los positivos y negativos pertinentes en el diagnóstico diferencial). Un área extremadamente importante, y que todos demasiado frecuentemente tratan con indiferencia en las evaluaciones diagnósticas, es el área de los potenciales y las capacidades de la persona. Como médicos, estamos formados en la extensa nosología de la enfermedad y la patología, y admiramos al médico más docto como el que puede detectar la dolencia más sutil u oscura; de hecho, estos son potenciales médicamente importantes. Pero, lamentablemente, no existe una nosología comparable para las facultades y las capacidades. Sin embargo, en el largo camino hacia la recuperación el médico casi siempre se basa en las facultades de la persona para establecer una asociación hacia la curación. Tiene una importancia vital que el médico se dé cuenta de estos potenciales y permita que la persona sepa que el profesional los ve y aprecia.³⁷

En ocasiones sus facultades son obvias (p. ej., inteligencia elevada en un joven con un primer brote de psicosis, o una familia comprometida y comprensiva en una persona con depresión recidivante). Otras veces son más sutiles o incluso contrarias a lo que dicta la intuición –por ejemplo, ver que una mujer que se hace cortes repetidamente para alejar la agonía de sus recuerdos de malos tratos en el pasado ha encontrado una forma de vivir con lo intolerable; en cierto modo, esto es cierto y es una facultad–. Es digno de tener en cuenta que otros potenciales para sobrevivir también pueden ser su fe para seguir adelante y otros aspectos de su vida (p. ej., tocar un instrumento musical, una preocupación amorosa por sus hijos, una ira correcta por hacer justicia en el mundo). Cualesquiera que sean los potenciales de la persona, debemos considerarlos, reconocerlos y recordarlos. Una incapacidad para hallar capacidades y potenciales que admirar en un paciente (junto con otros atributos quizá mucho menos loables) casi siempre es un signo de mala contratransferencia y merece una reflexión y un análisis cuidadosos.

Finalmente, la entrevista clínica diagnóstica siempre debe dar oportunidad al paciente para ofrecer temas de discusión: «¿Hay áreas de su vida que no hayamos tratado y que crea que sería bueno que yo conociera?», o «¿Hay alguna cosa que hayamos mencionado sobre la que le gustaría hablar más?», o «¿Hay alguna cosa que no hayamos hablado sobre la que debería preguntarle?».

Planificación del camino que se seguirá: creación de una formulación clínica

Tras escuchar la historia del paciente, el siguiente reto es formular un conocimiento de la persona que pueda conducir a una vía de tratamiento desarrollada mutuamente. La formulación no es lo mismo que el diagnóstico. El diagnóstico describe un trastorno que puede delimitarse y describirse razonablemente para la persona, y que implica una evolución clínica relativamente previsible y generalmente ciertas opciones de tratamiento. Tan importante como el diagnóstico en la medicina clínica, aunque este por sí solo es insuficiente para la planificación eficaz del tratamiento, es una base adecuada para trabajar mediante la díada médico-paciente.

En psiquiatría, un método para crear una formulación es considerar a cada paciente desde una perspectiva biosociopsicoespiritual, pensando en cada persona desde cada uno de estos cuatro puntos de vista.¹⁴ La primera es la perspectiva biológica: ¿el padecimiento de la persona puede ser debido, totalmente o en parte, a una enfermedad biológica de algún tipo

(ya sea una enfermedad adquirida [como hipotiroidismo] o un «desequilibrio químico» genético [como algunas formas de depresión y trastorno bipolar])? El segundo modelo es social: ¿está ocurriendo algo en la vida de la persona que contribuya a su padecimiento, como una relación de malos tratos, un trabajo estresante, un hijo enfermo o un problema económico? El tercer modelo es psicológico: aunque este es más sutil, la mayoría de los pacientes reconocerán que prácticamente todos tienen un «bagaje» del pasado, y en ocasiones este equipaje contribuye a las dificultades de la persona en el presente. El cuarto modelo es espiritual: aunque no es relevante para todas las personas, en ocasiones este modelo es muy importante. Para las personas que en un momento tuvieron fe pero la perdieron, o en aquellas que sienten su vida vacía y sin sentido, la conversación sobre los aspectos espirituales de su padecimiento a veces toca la tecla de una fuente importante de las dificultades y en ocasiones de los recursos para la curación.⁴²

Estos cuatro modelos –«desequilibrios químicos» biológicos, estresantes sociales actuales, bagaje psicológico del pasado y temas espirituales– tomados en conjunto proporcionan un marco excelente para entender a la mayoría de las personas. Una de las ventajas de este método es que estos modelos no producen particularmente patologización ni vergüenza. Por el contrario, son normalizadores y enfatizan que todos nosotros estamos sometidos a estos mismos desafíos. Esto abre el camino hacia la colaboración.

El interrogatorio a los pacientes sobre si estos cuatro modelos resuenan con su experiencia y, si lo hacen, sobre cuáles clarifican sus dificultades puede ser un trampolín para la conversación colaborativa acerca del tratamiento.

También nos parece útil hacer hincapié en la imperfección del arte y la ciencia del diagnóstico y el pronóstico psiquiátricos –reconociendo humildemente los límites de los conocimientos–.⁴³ Vemos que esto templa la, en ocasiones, herida punzante de un diagnóstico psiquiátrico estigmatizado.

Mientras que los modelos biológico, social y espiritual son bastante sencillos de conceptualizar, la formulación de los problemas psicológicos puede parecer particularmente abrumadora a los médicos e igualmente a los pacientes, ya que cada persona es vertiginosamente compleja. Casi puede parecer imposible formular una perspectiva psicológica de la vida de una persona que no es simple ni está acostumbrada a la jerga pero tampoco es inútilmente compleja (¡y a menudo acostumbrada a la jerga!). Un método útil para que los aspectos psicológicos de la vida de una persona adquieran sentido es considerar si existen patrones recurrentes de dificultad, particularmente en las relaciones importantes cuando la persona mira hacia atrás en su vida.¹⁴ Para reunir información para valorar este modelo, los datos más útiles son los de las relaciones más importantes en la vida de la persona (en términos llanos, no técnicos: no solo la información sobre las principales relaciones actuales, como las que necesitamos para valorar la función social actual, sino también la relativa a quienes han sido las personas más importantes en su vida a lo largo del tiempo). De esta forma, por ejemplo, puede aclararse que la persona experimentó una relación dolorosa de malos tratos con su padre y que desde entonces no ha tenido ninguna otra relación con personas de autoridad que le haya parecido verdaderamente útil y de apoyo. Esto a su vez puede clarificar los problemas laborales actuales del paciente y puede dar luz sobre algunos sentimientos depresivos de la persona.

Subyacente a nuestra investigación de si pueden existir patrones recurrentes significativos en la vida de la persona que aclaren su situación actual, es fundamental la noción de que estos patrones casi siempre comenzaron como intentos de superación y que representan adaptaciones creativas, o incluso potenciales. A menudo estos patrones –incluso aunque

existan autolesión u otras conductas claramente autodestructivas— se iniciaron como soluciones creativas a problemas aparentemente insolubles. Por ejemplo, la autolesión puede haber representado una forma de dominar sentimientos insoportables y puede sentirse como una manera de llevar el control y seguir vivo en circunstancias intolerables. Es importante que el médico se dé cuenta de que la mayoría de las veces estas conductas de autorrechazo comenzaron como soluciones, y a menudo continúan teniendo un valor adaptativo en la vida de la persona. Si no conseguimos apreciar el lado adaptativo y creativo de la conducta, es probable que el paciente se sienta incomprendido, juzgado duramente y posiblemente avergonzado.

Prácticamente todo el mundo encuentra comprensibles y significativos los cuatro modelos. Además, y lo más importante, estos cuatro modelos evitan un lenguaje que patologiza manifiestamente a la persona y utilizan términos que tienden a universalizar la experiencia del paciente. Esta formulación inicial puede ser una buena plataforma para una conversación más profunda de las posibilidades diagnósticas. Con este marco puede orientarse el diagnóstico diferencial desde una perspectiva biológica y pueden reconocerse los estresantes sociales agudos. El diagnóstico y el tratamiento pueden enmarcarse de manera consistente en la orientación espiritual de la persona. La complementación de los aspectos psicológicos puede ser más exigente, pero este marco crea una vía de abordaje de los patrones psicológicos en la vida de la persona y de su interés y su capacidad para encararlos.

Planificación del tratamiento

Tener una buena formulación como marco para un diagnóstico diferencial amplio permite que el médico y el paciente contemplen las opciones de tratamiento (diferentes modalidades o incluso terapias alternativas o soluciones no basadas en la medicina tradicional). Desde este punto de observación es posible ver en conjunto los riesgos y beneficios de diversos abordajes, así como las demandas de los diferentes enfoques (el tiempo y dinero invertidos en psicoterapia, por ejemplo, o los efectos secundarios esperables en muchos ensayos con medicamentos). La secuencia de los tratamientos, la localización, el coste y otros parámetros de la atención pueden hacerse explícitos y sopesarse juntos.

Este abordaje también es eficaz para tratar situaciones en las que la formulación del médico y del paciente difieren, de modo que pueda valorarse una consulta y posible mediación.¹⁴ Por ejemplo, la formulación y el diagnóstico diferencial del médico para una persona podría ser que beber en exceso constituyera abuso de alcohol, o posiblemente dependencia, y que su retirada y la búsqueda activa de sobriedad serían una parte necesaria para solucionar la ansiedad y la depresión crónica graves del paciente. Por otra parte, este puede pensar que si el médico le ofreciera un tratamiento más eficaz para su ansiedad y depresión, entonces sería capaz de dejar de beber. Una formulación explícita permite que el paciente y el médico vean dónde y en qué están en desacuerdo y que valoren las alternativas. Por ejemplo, en el caso citado, el médico podría indicar un encuentro de los miembros de la familia con el paciente para que ambas partes pudieran obtener el input de la familia para la solución preferible o bien ofrecer al paciente derivación para una consulta psicofarmacológica especializada y probar la hipótesis del paciente.

En cualquier caso, sin embargo, usar de este modo una formulación explícita puede identificar los problemas y desafíos precozmente en la fase de evaluación, y ayudar al médico a evitar implicarse en un tratamiento en condiciones que probablemente fracasen. Pueden

aclararse las expectativas mutuas (p. ej., el paciente debe comprometerse con un programa en 12 pasos, conseguir un padrino y permanecer sobrio durante el tratamiento) y, si hay desacuerdo, este puede servir para forjar una relación de trabajo fuerte, o bien el médico y el paciente pueden acordar no trabajar juntos.

La formulación y el diagnóstico diferencial naturalmente siempre fluyen a medida que se dispone de más información, y médico y paciente se conocen más profundamente. Parte de la función del médico es recibir y nutrir, cambiar y fomentar el crecimiento para permitir que la relación se desarrolle como parte del proceso.¹⁴

Obstáculos y dificultades en la relación médico-paciente

Lazare et al.²² fueron pioneros en la perspectiva del paciente como cliente del sistema de atención sanitaria. Posteriormente, Lazare¹² abordó la importancia de reconocer el potencial de la vergüenza y la humillación en el encuentro médico-paciente y, más recientemente, ha escrito un tratado en profundidad sobre la naturaleza y el poder de la disculpa verdadera y franca.²³ En toda su obra, Lazare ha abordado la inevitable aparición del conflicto en la relación médico-paciente (como en todas las relaciones humanas importantes) y ha ofrecido sabios consejos para negociar con el paciente como un verdadero asociado para encontrar soluciones creativas.⁴⁴

El conflicto y las dificultades pueden surgir de la propia naturaleza de la formación del médico o del entorno de la consulta. Los médicos que usan un lenguaje abiertamente técnico, arcaico u obtuso se distancian y hacen difícil la comunicación. De la misma forma, los profesionales pueden perder de vista lo intimidante, ininteligible e inhóspito que puede parecer el ejercicio médico –quizá especialmente la psiquiatría– a los no iniciados, a menos que se den pasos activos hacia su desmitificación. Igualmente, basarse excesivamente en medidas «objetivas» como listas de verificación de síntomas, cuestionarios, pruebas y otras determinaciones puede acelerar el diagnóstico pero distanciar a los pacientes de una colaboración eficaz. Más insidioso puede ser asumir la supuesta incapacidad de los pacientes psiquiátricos para formar parte plena de su propia atención. El lenguaje hiriente y despectivo, o no apreciar que probablemente un paciente haya experimentado previamente una atención dolorosa, pueden dañar la relación.¹⁵ Las entrevistas claramente breves centradas en los síntomas que no consiguen abordar a la persona como un todo, así como sus preferencias, preguntas y problemas, son fundamentos inadecuados para una relación eficaz.

El conflicto también puede originarse en la naturaleza del problema que se va a abordar. En general, los pacientes están interesados en sus enfermedades –en cómo experimentan sus síntomas, en cómo puede restablecerse su salud, en cómo aminorar su sufrimiento–, mientras que los médicos suelen centrarse principalmente en hacer un diagnóstico preciso de la enfermedad subyacente.⁴⁵ Además, estos pueden creer erróneamente que la «queja principal» del paciente es aquella a la que primero da voz, y no llegan al problema fundamental, el cual puede no expresarse en absoluto a menos que se establezcan condiciones de seguridad y confianza.⁴⁶ Cualquier cosa que haga avergonzarse involuntariamente al paciente hace menos probable que emerge el problema actual.¹²

Los médicos pueden malinterpretar la disposición del paciente a cambiar y pueden asumir que, una vez identificado el diagnóstico o problema, aquel está preparado para trabajar para cambiarlo. En realidad, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de reconocer que el problema es obvio para el médico o incluso, si puede reconocerlo, no estar preparado para

llevar a cabo una acción seria para cambiar. La claridad acerca del punto en el que se encuentra el paciente en el ciclo de cambio^{47,48} puede esclarecer esta malinterpretación y ayudar al médico a dirigir sus esfuerzos para ayudar al paciente en su disposición a cambiar, en lugar de urgirle infructuosamente a una modificación para la que no está preparado. De forma similar, los profesionales pueden subestimar los aspectos sociales, psicológicos o espirituales del padecimiento de una persona que complican su disposición o capacidad para participar con el médico en el cambio. Un paciente profundamente deprimido, por ejemplo, uno cuyo sentido de vergüenza e inutilidad es tan profundo que siente que no merece recuperarse, puede ser muy poco colaborador con la pauta de tratamiento hasta que estas ideas sean exploradas en una relación de aceptación y apoyo.

El conflicto también puede surgir en relación con los objetivos del tratamiento. La salud mental se defiende cada vez más y los pacientes fomentan la «recuperación» como resultado deseado del tratamiento, incluso en la enfermedad psiquiátrica grave. En la esquizofrenia o el trastorno bipolar, que la mayoría de los psiquiatras considerarán como enfermedades para toda la vida que requieren tratamiento continuado, el trabajo hacia la recuperación puede parecer poco realista o incluso deshonesto.⁴⁹

Puede ser útil que los médicos sean conscientes de que en la comunidad de la salud mental el término recuperación a menudo se usa para referirse a un estado análogo al del alcoholismo y al del consumo de otras drogas.⁵⁰ En este contexto, nunca se interpreta que alguien es un alcohólico «recuperado» sino más bien un alcohólico «en recuperación» –alguien cuya sobriedad es firme, que entiende bien su enfermedad y vulnerabilidad, que tiene buen cuidado de sí mismo y que siempre está alerta ante los riesgos de recaída, a los cuales es vulnerable toda su vida–.

En el contexto de la salud mental, igualmente «recuperación» denota un proceso de reclamación de la propia vida, hacerse cargo de las opciones propias y salir de la posición de pasividad y victimización que suelen implicar las principales enfermedades mentales, particularmente si conllevan tratamiento involuntario, estigmatización u opresión total. Desde esta perspectiva, la recuperación significa un cambio hacia el control sintomático de la enfermedad para tener una vida plena «de diseño propio» (que contemple trabajo, amigos, relaciones sexuales, entretenimiento, afiliación política, implicación espiritual, y otros aspectos de una vida completa y estimulante).

Otras fuentes de conflicto en la relación médico-paciente pueden derivar de la discusión sobre los métodos de tratamiento (un psiquiatra, quizá, que hace hincapié en la medicación para tratar la depresión excluyendo otras áreas de la vida del paciente como un matrimonio problemático y depresivo), sobre las condiciones de la terapia (p. ej., frecuencia de las citas, su duración o disponibilidad del médico después de la hora de consulta) o sobre su eficacia (p. ej., el psiquiatra cree que los medicamentos antipsicóticos restablecen la función del paciente, mientras que este piensa que esta medicación le produce una sensación de estar drogado y de «no ser yo mismo»¹⁷).

En estos ejemplos, así como en muchos retos de la travesía de la prestación de asistencia, la respuesta puede encontrarse no solamente en el tratamiento ofrecido por el médico y en la «resistencia» al cambio del paciente, sino también en la vitalidad, la autenticidad y la eficacia de la relación entre ellos.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Lipkin M. Sisyphus or Pegasus? The physician interviewer in the era of corporatization of care. *Ann Intern Med.* 1996;124:511–513.
2. Neuberger J. Internal medicine in the 21st century: the educated patient: new challenges for the medical profession. *J Intern Med.* 2000;247:6–10.
3. Kleinman A. From illness as culture to caregiving as moral experience. *N Engl J Med.* 2013;368:1376–1377.
4. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49:796–804.
5. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK, et al. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull.* 1997;23:637–651.
6. Stevenson FA, Barry CA, Britten N, et al. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med.* 2000;50:829–840.
7. Frances V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication: patient response to medical advice. *N Engl J Med.* 1969;280:535–540.
8. Forster HP, Schwartz J, DeRenzo E. Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine. *Arch Intern Med.* 2002;162:1217–1219.
9. Gutheil TG, Bursztajn HJ, Brodsky A. Malpractice prevention through the sharing of uncertainty. Informed consent and the therapeutic alliance. *N Engl J Med.* 1984;311:49–51.
10. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ.* 2001;322:444–445.
11. Sobel DS, Mind matters. money matters: the cost-effectiveness of mind/body medicine. *JAMA.* 2000;284:1705.
12. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med.* 1987;147:1653–1658.
13. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA.* 2001;286:1897–1902.
14. Gordon C, Riess H. The formulation as a collaborative conversation. *Harv Rev Psychiatry.* 2005;13:112–123.
15. Bedell SE, Graboys TB, Bedell E, et al. Words that harm, words that heal. *Arch Intern Med.* 2004;164:1365–1368.

16. Deegan PE, Drake RE. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv.* 2006;57:1636–1638.
17. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century, Washington, DC, 2001, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press.
18. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med.* 1996;125:763–769.
19. Henbest RJ. Time for a change: new perspectives on the doctor-patient interaction. *S Afr Fam Pract.* 1989;10:8–15.
20. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med.* 2012;366(9):777–779.
21. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ.* 1999;319:780–782.
22. Lazare A, Eisenthal S, Wasserman L. The customer approach to patienthood. Attending to patient requests in a walk-in clinic. *Arch Gen Psychiatry.* 1975;32:553–558.
23. Lazare A. *On apology.* Oxford: Oxford University Press; 2004.
24. Lang F. The evolving roles of patient and physician. *Arch Fam Med.* 2000;9:65–67.
25. Santorelli S. *Heal thy self. Lessons on mindfulness in medicine.* New York: Bell Tower; 1999.
26. Messner E. Autognosis: diagnosis by the use of the self. In: Lazare A, ed. *Outpatient psychiatry: diagnosis and treatment.* Baltimore: Williams & Wilkins; 1979.
27. Suzuki S. *Zen mind, beginner's mind.* New York: Weatherhill; 1980.
28. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavioral therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:757–766.
29. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA.* 1999;282:833–839.
30. Novack DH, Suchman AL, Clark W, et al. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *JAMA.* 1997;278:502–509.
31. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA.* 2004;291:2359–2366.

32. Brendel RW, Brendel DH. Professionalism and the doctor-patient relationship in psychiatry. In: Stern TA, ed. *The ten-minute guide to psychiatric diagnosis and treatment*. New York: Professional Publishing Group; 2005.
33. Gabbard GO, Nadelson C. Professional boundaries in the physician-patient relationship. *JAMA*. 1995;273:1445–1449.
34. Beresin EV. The doctor-patient relationships in pediatrics. In: Kaye DL, Montgomery ME, Munson SW, eds. *Child and adolescent mental health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
35. Egnew TR. The meaning of healing: transcending suffering. *Ann Fam Med*. 2005;3:255–262.
36. Platt FW, Coulehan JL, Fox L, et al. “Tell me about yourself:” the patient centered interview. *Ann Intern Med*. 2001;134:1079–1085.
37. Haidet P, Paterniti DA. “Building” a history rather than “taking” one: a perspective on information sharing during the interview. *Arch Intern Med*. 2003;163:1134–1140.
38. Gordon C, Goroll A. Effective psychiatric interviewing in primary care medicine. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *The MGH guide to primary care psychiatry*. ed 2 New York: McGraw-Hill; 2004.
39. Hak T, Champion P. Achieving a patient-centered consultation by giving feedback in its early phases. *Postgrad Med J*. 1999;75:405–409.
40. Coulehan JL, Platt FW, Egner B, et al. “Let me see if I have this right”: words that help build empathy. *Arch Intern Med*. 2001;135:221–227.
41. McQuade WH, Levy SM, Yanek LR, et al. Detecting symptoms of alcohol abuse in primary care settings. *Arch Fam Med*. 2000;9:814–821.
42. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine: application to clinical practice. *JAMA*. 2000;284:1708.
43. Croskerry P. From mindless to mindful practice—cognitive bias and clinical decision making. *N Engl J Med*. 2013;368(26):2445–2450.
44. Lazare A, ed. *Outpatient psychiatry: diagnosis and treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1979.
45. Toombs K. *The meaning of illness: a phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Norwell: Kluwer Academic Publications; 1992.
46. Walsh K. The gap between doctors’ and patients’ perceptions. *BMJ*. 2004;329:502.

47. Levinson W, Cohen MS, Brady D, et al. To change or not to change: “Sounds like you have a dilemma”. *Arch Intern Med*. 2001;135:386–391.
48. Prochaska J, DiClemente C. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, ed. *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press; 1986.
49. Davidson L, O’Connell M, Tondora J, et al. The top ten concerns about recovery encountered in the mental health system transformation. *Psychiatr Serv*. 2006;57:640–645.
50. Jacobson N, Greenley D. What is recovery: a conceptual model and explication. *Psychiatr Serv*. 2001;52:482–485.

(Stern, 20171024, pp. xxi-7.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.