

La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia?

The doctor-patient relationship: need or convenience?

Nilia Victoria Escobar Yéndez¹

Juana Adela Fong Estrada²

Oneida Terazón Miclín³

Maritza Alcaraz Agüero⁴

María Eugenia García Céspedes¹

¹Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”. Santiago de Cuba. Cuba.

²Hospital Provincial Docente “Dr. Ambrosio Grillo Portuondo”. Santiago de Cuba. Cuba.

³Policlínico Docente “Dr. Carlos J. Finlay”. Santiago de Cuba. Cuba.

⁴Policlínico Docente “Armando García Aspuru”. Santiago de Cuba. Cuba.

* Autor para la correspondencia. nescobary@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se destaca la relación médico-paciente como un modelo singular de comunicación humana, el cual sirve de marco a la interacción intelectual y afectiva más importante de la práctica clínica: la que se lleva a cabo a través de la entrevista médica. Esta es herramienta fundamental para obtener una anamnesis fidedigna y establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva, pues la habilidad para comunicarse eficientemente no solo consiste en saber expresarse, sino, sobre todo, en saber escuchar, con lo cual se comienza a cumplimentar el primer principio del método clínico, que es el de la profesión médica. El

objetivo de esta investigación fue actualizar los conocimientos acerca de la relación médico-paciente de acuerdo con el método clínico. Para ello, se revisaron las contribuciones teóricas realizadas por prestigiosos internistas cubanos a lo largo de la historia, unidas a las posiciones asumidas por las presentes autoras a partir de sus propias experiencias. Sin dudas, el logro de una relación médico-paciente exitosa deviene una poderosa arma para el diagnóstico certero.

Palabras clave: relación médico-paciente; entrevista médica; interrogatorio, método clínico; ética médica.

ABSTRACT

The doctor-patient relationship stands out as a unique model of human communication, which serves as a framework for the most important intellectual and affective interaction of clinical practice, which is carried out through the medical interview. This is a fundamental tool to obtain reliable history and establish solid, lasting and productive doctor-patient relationship, since the ability to communicate efficiently is not only knowing how to express oneself, but also, and above all, knowing how to listen, which begins to complete the first principle of the clinical method, which is that of the medical profession. The objective of this research was to update the knowledge on the doctor-patient relationship according to the clinical method. To this end, we reviewed theoretical contributions made by prestigious Cuban internists throughout history, together with the positions assumed by the present authors based on their own experiences. Certainly, the achievement of a successful doctor-patient relationship becomes a powerful weapon for accurate diagnosis.

Keywords: doctor-patient relationship; medical interview; interview, clinical method; medical ethics.

Recibido: 24/05/2018

Aprobado: 21/07/2018

Introducción

El deterioro de la relación médico-paciente, la creciente desestimación del interrogatorio y el examen físico, así como el uso irracional de la tecnología para el diagnóstico, constituyen algunas de las consecuencias de la difícil situación universal por la que ha venido atravesando el método clínico desde la década de los 60 de la pasada centuria; sin embargo, se impone admitir que representa el acto crítico de la medicina clínica y de su aplicación depende el resto de la actuación médica.

El prestigioso *Espinosa Brito* opina, en consonancia con lo anterior, que en muchos países y especialmente en los desarrollados, la relación médico-paciente está en crisis y cuesta abajo.^(1,2)

Según consideraciones de *Roca Goderich*, la conversación con el enfermo acerca del motivo que le ha llevado a la consulta, reviste extraordinaria importancia, siempre que sea espontánea, con libertad, bien dirigida y orientada por el médico, a la vez que realizada en un ambiente adecuado y con la debida privacidad, pues todo ello hace que ese diálogo se convierta en una especie de negociación insustituible y en un arma de gran valor para llegar al diagnóstico. También afirmaba que el interrogatorio requiere experiencia y destreza; pero, ante todo, de una buena relación médico-paciente.⁽³⁾

Las imprecisiones detectadas en la práctica médica actual y la insuficiente dedicación por parte de los profesionales de la salud para apropiarse de las habilidades necesarias que les permitirán lograr una relación médico-paciente convincente y holística, justifican sobradamente la pertinencia de esta revisión del tema. Por tanto, el objetivo de este trabajo es actualizar los conocimientos acerca de la relación médico-paciente de acuerdo con el método clínico.

Los procedimientos de búsqueda se fundamentaron en una amplia consulta documental sobre el asunto, esencialmente en libros y publicaciones seriadas de autores cubanos, así como en el invaluable testimonio de expertos en la materia.

Características generales de la relación médico-paciente

Antecedentes

En Egipto, desde el 2500 a.C. se han encontrado papiros con textos médicos donde se avala la importancia que se atribuía al acto de escuchar atentamente la queja del enfermo; cuatro siglos después, pero en Mesopotamia, se hallaron evidencias históricas de la forzosa necesidad del contacto con la persona doliente. También en la medicina hindú, en el libro de Chakara-Samhta (siglo IV a. C.), se recomienda oír y tener en cuenta los datos que ofrece el enfermo sobre su estado de salud-enfermedad.⁽⁴⁾

Sin duda alguna, el facultativo con capacidad de manejo del método clínico se encuentra más cerca de la médula de la profesión; tanto es así, que desde Hipócrates (460-370 a. C.) no se describe otro espacio para el médico que tenga esa dimensión y protagonismo.⁽⁵⁾

En 980-1020 d. C. Avicena destacó la relación médico-paciente como fundamental en su famoso texto denominado *El canon de medicina*. Muchos años después, Maimónides (1135-1204 d. C.), médico rabino al que se atribuyeron “milagros curativos” que le elevaron al nivel de santo y sabio juez, señaló en su obra *Guía sobre la buena salud* que “un paciente es ante todo un ser humano y no un simple caso”.⁽⁴⁾

Ya en la primera mitad del siglo XX, sir *William Osler*, galeno canadiense y uno de los íconos de la medicina moderna, aseveró que “el buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”; opinión enriquecida por don Miguel de Unamuno y Jugo, escritor y filósofo español, quien expresó al respecto: “Hay que estar con el enfermo sin ser el enfermo”.⁽⁶⁾

El método clínico

La primera buena práctica clínica para garantizar una verdadera profesionalidad atencional, consiste en la aplicación del método clínico. Su principio básico radica en lograr una relación médico-paciente que cumpla los requisitos de humanismo y solidaridad, teniendo en cuenta

que ha sido, es y seguirá siendo el aspecto más sensible en el mantenimiento y recuperación de la salud humana.⁽⁷⁾

En ese contexto se inserta la visión de Hipócrates –considerado Padre de la Medicina y pionero en el uso del método clínico–, cuando expresó que el médico debía reunir cuatro cualidades: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.^(8,9) También Wolff (1970), citado por *Díaz Portillo*,⁽¹⁰⁾ especifica que entre otras actitudes elementales figuran: “sentido del humor, habilidad y juicio intelectual superiores, originalidad y variedad de recursos”.

Muy vinculados con esa importante relación entre asistente-asistido(a) cabe mencionar tres preceptos del método clínico, descritos por el clínico cubano Dr. Miguel Ángel Moreno Rodríguez: dejar hablar al paciente, dedicarle el tiempo razonablemente necesario y mostrar un interés real por su problema de salud.⁽⁸⁾

Muchos médicos cometen el inadmisibles error de tratar a sus enfermos de manera impersonal y fría, con lo cual descuidan un fundamento más y no menos trascendente del método clínico: la individualización de las personas atendidas; desatinada conducta que les impide priorizar un aspecto de suma relevancia y es que, cada paciente imprime a sus síntomas y signos un sello único, irrepitible, personal y exclusivo. Algunos galenos se alejan del verdadero arte de la medicina en el ejercicio de su carrera y nunca llegan a ser profesionales acreditados en la práctica diaria individual, pues independientemente de su talento o experiencia, carecen del tacto requerido para reconocer la verdadera relevancia que posee la relación médico-paciente en el proceso del diagnóstico físico o psíquico y el inmenso valor de la clínica en ese intercambio recíproco coyuntural.^(8,11)

La entrevista médica

El primer acercamiento que se refuerza en los estudiantes de medicina al incorporarse a la vida hospitalaria, tiene lugar a través de la entrevista médica durante la ejecución de la anamnesis o interrogatorio a los pacientes, puesto que representa un historial médico que puede proporcionar información relevante para el diagnóstico de posibles enfermedades.

Mediante ese mecanismo, los educandos comienzan a incursionar en una actividad ineludible que les podrá avizorar un futuro promisorio o no: la relación médico-paciente; habilidad

compleja –tan difícil de enseñar como de aprender–, que además de fundamentarse en la preocupación auténtica del primero por los padecimientos del segundo, se apoya en determinados atributos particulares del facultativo, tales como porte y aspecto, lenguaje verbal y paraverbal inteligible, empatía, cultura, simpatía y carisma, entre otros, pues no puede obviarse el hecho de que para actuar como un buen comunicador, debe dominar un vocabulario lo suficientemente amplio que le permita entrevistar a seres humanos de diferentes características personales y niveles educacionales.

La entrevista clínica contempla 3 fases:⁽¹⁰⁾

- Contacto: Apertura de la relación profesional médico-paciente, donde lo principal es el entendimiento entre ambos, pero básicamente en busca de que la persona entrevistada consiga estar más a gusto y segura.
- Desarrollo: Etapa durante la cual ha de lograrse que el paciente se sienta totalmente relajado y sea capaz de describir su cuadro sintomático con lujo de detalles.
- Despedida y cierre: Momento que debe crear un espacio de tiempo para resumir todo aquello que ha sucedido durante la entrevista, aclarar dudas o planificar futuros encuentros bidireccionales.

Con sobrada razón expuso *William Osler*, en su popular aforismo: “El médico tiene dos oídos y una boca para escuchar el doble de lo que habla”.⁽⁶⁾ Sin embargo, esto no siempre se cumple, pues existen estilos de entrevista clínica de “alto control” donde se realiza un interrogatorio dirigido, con preguntas directas o tendenciosas, sugerentes solo de las respuestas que al médico le interesan -en correspondencia con la hipótesis diagnóstica que tempranamente comenzó a concebir-, de forma tal que el paciente se ve limitado a responder afirmativa o negativamente a sus preguntas, sin poder detallar sus quejas principales, mientras que en otras ocasiones, aunque alejado de esos extremos, se le compulsaba a ser preciso y referirse solamente a sus molestias fundamentales, lo cual condiciona la aparición de hábitos inhibitorios, que atentan contra el establecimiento de una productiva relación médico-paciente.

Resulta crucial tener presente que toda entrevista médica posee un contenido terapéutico (bueno o malo), del cual dependerá el grado de satisfacción o no del paciente al finalizar dicho encuentro.⁽¹²⁾ Tomando en consideración que cada enfermo y cada visita es diferente, el médico debe aprender a abordarla y controlarla lo mejor posible para alcanzar una valoración clínica correcta.

El lenguaje paraverbal, con sus expresiones gestuales y posturales, da la medida de cuánto se sabe escuchar y muchas veces de cómo puede lograrse que la entrevista clínica avance en el terreno de la comunicación o retroceda completamente en cuanto a la utilidad de continuarla; por ejemplo, una simple mirada al reloj, la entrada o lectura de un mensaje por el teléfono móvil (consecuencia de la modernidad) o un bostezo revelador de aburrimiento o cansancio, ponen de manifiesto un desinterés por los problemas de salud del receptor, con la justificada insatisfacción que genera en este. Tanto la ecuanimidad como el control del profesional a cargo del interrogatorio para no mostrarse impaciente o apresurado son capitales, pues cuando el paciente se percata de que el médico está ansioso por terminar rápidamente el diálogo entablado, resulta tan enojoso y decepcionante para él, que esa desagradable impresión puede afectar el aporte de los datos clínicos que se precisan para el diagnóstico.

De manera similar, la entonación y las inflexiones de la voz, la mirada, la mímica, los silencios y el contacto manual, por citar algunos elementos cardinales, son formas de comunicación que desempeñan una función primordial en la relación médico-paciente.

Toda entrevista es una conversación; y la palabra, su instrumento. Durante su curso, lo que se dice y cómo se dice ejercen una gran influencia sobre la persona entrevistada, particularmente si el asunto tratado se refiere a su salud, por lo cual debe ser objeto de una previa y cuidadosa valoración individualizada.

En opinión del internista cubano, Dr. Luis Rodríguez Rivera,⁽¹³⁾ el interés del médico por el paciente debe ser tan auténtico y profesional como su vocación por la medicina, lo cual le lleva a censurar el mensaje paraverbal que transmite la actitud de “obligada resignación” que adoptan algunos médicos con pobre amor por su profesión. Para este distinguido profesor, al igual que para las autoras del presente artículo: “La más poderosa herramienta diagnóstica del médico es la entrevista médica”.

La relación médico-paciente

Como piedra angular de la práctica clínica, requiere capacidad, maestría y arte por parte del médico para poder interactuar y establecer el diálogo con el paciente, obtener la información que necesita, realizar la exploración física y disponer del consentimiento autorizado, del cual depende en gran parte el éxito terapéutico.

La relación médico-paciente constituye la forma específica de asistencia y ayuda con características de motivación y técnicas interhumanas, pues el enfermo es un ente biopsicosocial que espera que el facultativo se ocupe del hombre en su totalidad. Se trata de una interrelación decisiva para la práctica médica y de una actividad imprescindible para la formación integral del profesional de la salud, por cuanto además de comportamientos inteligentes de solidaridad, altruismo y seguridad, implica deberes y derechos, necesidad y dependencia respecto al paciente.⁽¹⁴⁾

Sobre esa base, la relación médico-paciente no solo estriba en demostrar paciencia y cortesía por parte del profesional que la establece, sino en transmitir seguridad y confianza a quien la recibe en cuanto a que podrá contar con la ayuda médica, psicológica y social solicitada: pero igualmente en asegurar la privacidad durante el encuentro y censurar la mala costumbre de no tocar a la puerta de una consulta antes de entrar sin haber obtenido la autorización para hacerlo, toda vez que puede interrumpir bruscamente la intimidad imperiosa de una conversación reservada.

Exceptuando la relación madre-hijo, tal vez ninguna otra vinculación entre personas ha suscitado tanto interés a lo largo de la historia como la que se establece entre médico-paciente, concebida como vertebración medular de la profesión médica, capaz de movilizar poderosas fuerzas humanas como la fe, la esperanza, la familiaridad, la fortaleza moral y la aceptación de la adversidad --la enfermedad-- como fenómeno vital y experiencia racional.⁽¹⁵⁾

La comunicación que se entabla entre médico y paciente debe ser empática, lo cual significa colocarse en el lugar del enfermo, meterse en su piel, ponerse sus zapatos, ver con sus ojos y hablar con sus palabras. Representa una actitud que favorece el respeto y dignifica la relación personalizada, pues cada encuentro con cada paciente es un momento de singularidad.

Según *Díaz Garmendía*,⁽¹⁶⁾ para una buena relación con la persona enferma, el médico debe poseer cualidades y actitudes deseables como:

- Inspirar confianza, simpatía, seriedad y prudencia.
- Hablar sosegadamente, con claridad y precisión.
- Demostrar buen humor, carácter cordial y afectuoso.
- Ser natural, sencillo, cooperativo y espontáneo.
- Mostrar interés sincero por los problemas de salud del paciente.
- Ser cuidadoso al indagar sobre aspectos íntimos del enfermo y mantener la confidencialidad.
- Tener en cuenta las características socioculturales del paciente.
- Reflexionar sobre los desaciertos ocurridos durante el diálogo.

Como complemento de lo anterior vale puntualizar que, entre las principales acciones para lograr una adecuada relación médico-paciente,⁽¹²⁾ sobresalen:

- Garantizar una apropiada comunicación entre ambos.
- Dedicar al enfermo el tiempo debidamente necesario.
- Manifestar interés real por su problema de salud.
- Intercambiar privacidad, seguridad y respeto.
- No incurrir en yatrogenia.
- Mostrar humanidad por parte del médico.

Se impone reconocer que los esfuerzos para propiciar el aprendizaje de la relación médico-paciente no siempre han bastado para conseguirlo y en esa insuficiencia formativa se fundamentan varias de las irregularidades observadas en la práctica médica contemporánea.

A los estudiantes de medicina se les debe enseñar a percibir y comprender a la persona que padece los síntomas o enfermedades y no solo a identificar su cuadro clínico; capacitar para “conversar” amablemente y no para “interrogar” como en un juzgado; priorizar las necesidades de información y conocimientos del paciente y no a satisfacer exclusivamente las suyas, así como adiestrar para establecer relaciones humanas y no para limitarse a confeccionar las historias clínicas.

En sociedades capitalistas, el enfermo suele ser considerado un demandante de servicios sanitarios, un objeto de estudio, una carga laboral e incluso un proveedor de recursos económicos por conceptos de seguros médicos, medicamentos o equipos e insumos; pero en Cuba se educa a los jóvenes universitarios desde otro punto de vista, sustentado en el pensamiento de que el paciente es un ser humano que necesita ayuda, consuelo, afecto, tolerancia, bondad y preferencia.

De todo lo anterior se infiere que el médico debe entablar con el enfermo una relación temporal, psicológica, verbal y manual profunda, fraterna y profesional, que jamás pueda ser sustituida por un vínculo impersonal a través de los procedimientos técnicos más sofisticados o el uso de la comunicación electrónica como medio de enlace a través de las redes sociales, porque obligatoriamente tiene que desarrollarse en un contexto humano.^(12,17)

En esa especie de interconexión, la actitud asumida por el médico al aproximarse al paciente está condicionada por el modelo teórico en el cual ha sido entrenado, aunque en la mayoría de los casos no se haya hecho explícito ese esquema durante su formación. Mientras se desarrolla este encuentro, el facultativo debe conocer sus rasgos de carácter, nivel de información y limitaciones (hasta qué punto puede manejar una situación determinada y cuándo necesita recurrir a otro colega).

También la relación médico-paciente se sustenta en las características individuales del paciente, pues aquel más preparado e informado tiende a ser más exigente, sobre todo si tiene acceso a Internet y otras fuentes de información que le permite disminuir la diferencia entre ambos desde el punto de vista cognitivo. Un estudio realizado por la Asociación Médica Mundial en 2002 puso de manifiesto que para 80 % de los encuestados, el médico era un consejero, un par o un asesor; y para 20 % restante, una figura eminentemente autoritaria, lo cual ha variado en el presente por lo antes señalado.^(17,18)

En principio, el médico no puede comprometerse a curar a sus pacientes; pero en cambio está obligado a ofrecerles todas las atenciones sanitarias requeridas con vistas a intentarlo, mitigar su dolor e impedir eventuales complicaciones, incluida la muerte. Para el logro de ello debe poner en práctica los conocimientos científico-técnicos actuales y todos los medios a su alcance, acordes con las condiciones específicas de modo, tiempo y lugar.⁽¹⁹⁾

La relación médico-paciente se halla íntimamente ligada a los principios de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia;⁽²⁰⁾ sin embargo, desde hace algunas décadas, el tercero en orden ha desplazado a los otros, pues se permite al enfermo -siempre que disfrute del pleno dominio de sus facultades mentales-, decidir acerca de la cantidad y calidad de la asistencia médica que deberán brindarle, lo cual conduce directamente al “consentimiento informado”; mecanismo que posibilita al paciente aceptar o rechazar cualquier procedimiento intervencionista sobre su persona, sea diagnóstico, terapéutico o rehabilitador.

Ahora bien, ese consentimiento debe cumplir 3 requisitos: voluntariedad (impedir que se utilice persuasión, manipulación o coerción para obtenerlo), información explícita (valorar riesgos, beneficios, alternativas y confidencialidad) y comprensión (emplear un lenguaje claro y asequible durante el diálogo). Mientras más estrecha e integral sea la interrelación del médico con el paciente, mayor será la anuencia del segundo para que se le aplique un determinado proceder, pues la certidumbre de que no se le hará daño alguno y la deferencia mutua sientan las bases de una comunicación franca y útil.^(21,22)

En cuanto al adulto mayor, conviene apuntar que no siempre la información recibida es fidedigna, puesto que el aislamiento, la soledad, las necesidades afectivas, la situación económica y el deterioro cognoscitivo requieren que en esta relación se adopte una actitud de escucha activa, comprensión empática, respeto de silencios y estimulación de expresiones emotivas, entre otras manifestaciones.

De igual manera, un paciente en estado terminal, generalmente ansioso por la gran incertidumbre sobre su futuro, unido a la agudización de los síntomas que presenta, demanda una mayor comprensión, pues son más acuciantes los requerimientos afectivos y de información, debido a sus grandes preocupaciones y temores.⁽¹⁸⁾

En su libro *Sida. Confesiones a un médico*, Pérez Ávila⁽²³⁾ describe la primera vez que tuvo que informar a un paciente que era portador de la enfermedad, la sólida preparación que debe tener el facultativo en su relación con la persona enferma; valoración que efectuó en un momento en que no se estaba familiarizado con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y existían grandes recelos y tabúes.⁽²⁴⁾ Vale citar lo expuesto por él: “Asumí la responsabilidad por solidaridad con Marcos y antes de darle la noticia traté de prepararme lo mejor que pude, porque sabía que esa enfermedad estaba rodeada de prejuicios y estigmas”. En el final de la obra, luego de haberle brindado todo su apoyo, expresó solícitamente: “Aquí me tienes Marcos, como médico y como ser humano”.⁽²³⁾

La relación médico-paciente también contempla la conexión con la familia; hecho que puede resultar muy beneficioso para precisar datos de la anamnesis, de las características personales del enfermo, de las condiciones higiénicas y epidemiológicas, del estado económico, de la situación laboral y de la funcionalidad del hogar, entre otros aspectos, de manera que realmente se establezca una relación médico-paciente- familia-comunidad.⁽²⁵⁾

Otra arista del problema es la falta de información comprensible y oportuna a pacientes y familiares, que va desde la explicación exhaustiva sobre los exámenes complementarios que les serán indicados hasta el diagnóstico, las oportunidades de tratamiento y el pronóstico de su afección. Esta barrera en la relación médico-paciente suele ser la causa más frecuente de quejas e insatisfacciones de la población respecto a la calidad de la atención a los enfermos egresados, tanto vivos como fallecidos, lo cual conspira innecesariamente contra el encargo social del Sistema Nacional de Salud cubano, pues obedece en la mayor parte de los casos a violaciones en la comunicación.

Con la revisión realizada se puede inferir la respuesta a la interrogante planteada en el título. La relación médico-paciente es una necesidad impostergable y permanente de la buena práctica de la medicina, que obliga a mantener el control juicioso de la incertidumbre y una enorme polivalencia mientras se desarrolla, a la vez que representa uno de los pilares de la ética médica contemporánea, a través de la cual se fortalece y realza el método clínico en la atención individual a enfermos, familiares y miembros de la comunidad. Se puede enarbolar como heraldo de la medicina cuando se establece con carácter científico, humano y social, ya que constituye una muestra de respeto, confianza y valores compartidos, propiciadora de la actuación noble, digna, competente y sensible que debe caracterizar al profesional de la salud en la sociedad cubana de hoy y en cualquier parte del mundo.

Referencias bibliográficas

1. Espinosa Brito A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. Rev Spu. 2013[acceso: 25/10/2018];39(1). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39-1-13/spu01113.htm>
2. Espinosa Brito AD. Viejas y nuevas implicaciones de la relación médico- paciente y del método clínico. Rev Cubana Med. 2017;56(2):150-4.
3. Roca Goderich R, Moya González N. El método clínico. Algunas reflexiones en defensa del examen clínico. Santiago de Cuba: ISCM-SC; 2002. p. 4-5.
4. López Martínez M. La relación médico-paciente. Reflexiones. Bioética Habana. 2007; 3:16-8.
5. Pérez Pérez OF. De los albores a los albores. Un recorrido por la historia de la medicina. La Habana: Ecimed; 2011.
6. Ruiz Moral R, García de Leonardo C, Caballero Martínez F. Comunicación clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (núcleo curricular) enseñar. Educ Med. 2016;17(Supl1):7-13.
7. Noya Chaveco ME, Moya González NL, Llamas Sierra N, Morales Larramendi R, Cardona Garbey DL, Valle Díaz S del, *et al.* El método clínico. La medicina interna y la bioética. En: Roca Goderich. Temas de medicina interna. T 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 3-8.
8. Moreno Rodríguez MA. Método clínico, buenas prácticas clínicas y profesionalismo médico. En: Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva HM, Moreno Rodríguez MA. Práctica clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 55-66.
9. Moreno Rodríguez MA. En defensa del método clínico. En: El método clínico. Lecturas y lecciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 5-15.
10. Díaz Portillo I. Técnica de la entrevista psicodinámica. México, DF: Editorial Pax; 1986.
11. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Medisur (Supl.). 2010; 8(5):2-7.

12. Moreno Rodríguez MA. La relación médico-paciente. En: El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001. p. 59-74.
13. Rodríguez Rivero L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 20-35.
14. Yera JL. Temas de medicina del dolor. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.p:326.
15. Alfonso Mendoza F. La relación médico-paciente: consideraciones bioéticas. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(4).
16. Díaz Garmendía I. La comunicación en la relación médico-paciente. Bioética (Habana). 2013;2:23-8.
17. Sosa Rosales C, Gómez Padrón MV, Senra Piedra G, Castro Arca A. La relación médico-paciente en internet ¿Un nuevo dilema bioético? Bioética (Habana). 2007;3:23-5.
18. Celedón C. Relación médico-paciente. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza-Cuello. 2016[acceso: 12/11/2018];76(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162016000100007>
19. Sánchez Arrastía D, Contreras Olivé Y. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. Rev Cubana Med Mil. 2014;43(4):528-33.
20. Pardo de Vélez G, Cedeño Collazos M. La ética y la investigación en seres humanos. En: Investigación en salud. Factores sociales. Santafé de Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, S.A.; 1997. p. 303-7.
21. Bermúdez Román V, Bran Piedrahita L, Palacios Moya L, IC Posada Zapata. Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. Rev Salud Públ. 2016;18(4):543-53.
22. Ruiz Moral R, Álvarez Montero S. La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. Educ Med. 2017;18(2):125-35.

23. Pérez J. SIDA. Confesiones a un médico. La Habana: Ediciones Abril; 2008. p. 5-29.
24. Nasiff Hadad A. Relación médico-paciente, principios de la bioética en la práctica médica y consentimiento informado. En: Nasiff Hadad A, Rodríguez Silva HM y Moreno Rodríguez MA. Práctica clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 71-84.
25. Cárdenas Arévalo J. La relación médico-paciente. Ética-Tecnología-Bioética. 2016[citado 12/10/2018]. Disponible en: http://www.cardenashistoriamedicina.net/etica/es-medico_paciente.htm

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.