

La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas

I. Barca Fernández^a, R. Parejo Miguez^a, P. Gutiérrez Martín^a, F. Fernández Alarcón^a, G. Alejandro Lázaro^b y F. López de Castro^c

Objetivos. Valorar la información aportada por el médico en consulta, la información solicitada por el paciente y su participación en la toma de decisiones.

Diseño. Descriptivo, transversal, basado en la observación en las consultas y la posterior entrevista telefónica.

Emplazamiento. Atención Primaria de Toledo.

Participantes. Un total de 152 pacientes a los que se realizó una entrevista clínica.

Intervenciones. Cuestionario que incluía la edad, el sexo, la información proporcionada por el médico y solicitada por el paciente sobre diversos aspectos de la entrevista, la valoración de la participación del paciente en la toma de decisiones y su grado de satisfacción.

Mediciones principales y resultados. La edad media de los pacientes fue de 41,1 años y un 55,9% era mujer. La información proporcionada con más frecuencia al paciente estuvo relacionada con el tratamiento (88,3%). De los 152 casos observados, en 55 (36,2%) el paciente no solicitó información. La demanda de información al médico por el paciente cuando aquél no la proporciona de forma espontánea es sobre todo acerca del tratamiento (35,3%) y de la causa del cuadro (29,7%). El 94,0% consideró suficiente la información recibida; no obstante, el 22,7% manifestó haber salido de la consulta con ganas de preguntar algo y el 18,6% dijo comprender «parcialmente» la explicación. Según los observadores, un 69,4% de los pacientes no participó en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Conclusiones. La información que el médico proporciona no es todo lo completa que debiera. El paciente suele preguntar poco al médico; un alto porcentaje de ellos se quedan con ganas de preguntar y/o no comprenden totalmente la información. La participación del paciente en la toma de decisiones es escasa.

Palabras clave: Información. Comunicación. Satisfacción. Relación médico-paciente. Participación del paciente.

INFORMATION GIVEN TO PATIENTS AND THEIR PARTICIPATION IN CLINICAL DECISION-MAKING

Objectives. To evaluate the information provided by physicians during consultations, the information requested by patients, and patients' participation in decision-making.

Design. Descriptive, cross-sectional study based on observations of visits to the doctor's office and subsequent telephone interview.

Setting. Primary care centers in Toledo, Spain.

Participants. 152 clinical interviews.

Interventions. Questionnaire with items on age, sex, types of information provided by the physician, information requested by the patient, and evaluation of the patient's participation in decision-making and degree of satisfaction.

Main measures and results. Mean age of the patients was 41.1 years, and 55.9% were women. The type of information given most frequently to patients was related to treatment (88.3%). Of the 152 patients whose visits were observed, 55 (36.2%) did not request additional information. The information requested most frequently when not provided spontaneously by the physician concerned treatment (35.3%) and cause of the symptoms (29.7%). Almost all patients (94.0%) considered the information received to be sufficient. However, 22.7% stated that when they left the doctor's office there was something they wished they had asked about, and 18.6% said they understood the doctor's explanations "in part." According to the observers, 69.4% of the patients did not take part in the decision about their treatment.

Conclusions. The information provided by the physician was not as complete as it might have been. Patients usually ask few questions, and a large percentage of patients had something they wished they had asked about, or did not fully understand the information. Patients' participation in decision-making was low.

Key words: Information. Communication. Satisfaction. Physician-patient relationship. Patient's participation.

English version available at
www.atencionprimaria.com/70.130

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 365)

^aResidente de tercer año de Medicina de Familia y Comunitaria. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Toledo, España.

^bTécnico en Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo, España.

^cCoordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Toledo, España.

Correspondencia: Francisco López de Castro. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona 2. 45005 Toledo, España. Correo electrónico: flopez@sescam.org

Manuscrito recibido el 8 de julio de 2003.

Manuscrito aceptado para su publicación el 8 de octubre de 2003.

Introducción

La comunicación es la pieza básica en la relación médico-paciente y ha sido objeto de múltiples estudios en las últimas décadas^{1,2}. La mayoría de esos trabajos se han centrado en la influencia (positiva) de la comunicación sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario³⁻⁵, en un entorno relacional paternalista en el que el médico (el experto) toma las decisiones que conciernen al paciente.

Más recientemente, los cambios sociales han vuelto a poner sobre el tapete de la actualidad la importancia de la comunicación, pero esta vez como requisito previo a la autonomía del paciente^{6,7} (uno de los pilares básicos de la bioética) y a su derecho a la información^{8,9}, en un modelo de relación más deliberativo y participativo, entre unos profesionales sanitarios menos protagonistas y unos pacientes más «expertos» e informados^{10,11}, a la vez que más satisfechos¹².

Aunque esta tendencia y el debate que han generado algunos temas (consentimiento informado¹³, derechos de los pacientes) son más patentes en el ámbito de la atención especializada, por la mayor trascendencia que habitualmente tienen las decisiones que se toman, no debemos olvidar que la mayoría de las consultas se producen en atención primaria donde, además, la comunicación médico-paciente es la mejor de las tecnologías disponibles en el proceso diagnóstico y terapéutico¹⁴.

En este contexto, hemos creído interesante realizar este estudio, cuyos objetivos fundamentales son valorar la información aportada por el médico de familia en la consulta, la información solicitada por el paciente y la participación de éste en la toma de decisiones.

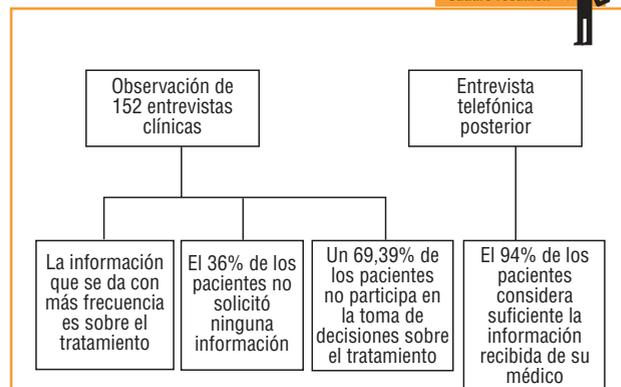
Pacientes y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en tres centros de salud del área de Toledo, uno de ellos rural (Polán) y dos urbanos (Santa María de Benquerencia y Sillería), ambos de Toledo capital.

La población del estudio estuvo conformada por los pacientes que consultaban por alguna enfermedad aguda, a los que se realizaron entrevistas clínicas. Se incluyó en el estudio a los primeros pacientes que acudían cada día, entre el 15 de enero y el 15 de marzo de 2003, a las consultas «a demanda» de 6 médicos de familia, acreditados como tutores de residentes. Se consideró suficiente para estimar el porcentaje de participación del paciente en la consulta la observación de 143 entrevistas, asumiendo una frecuencia esperada del 30%, un valor de $p < 0,05$ y una precisión de $\pm 8\%$. El estudio se basó en la observación por el residente de Medicina de Familia de la entrevista, sin conocimiento del tutor. Los pacientes que fueron atendidos total o parcialmente por el residente fueron excluidos de la población de estudio, y se incluyó al siguiente paciente que reuniera los requisitos exigidos.

A continuación, el residente cumplimentaba un cuestionario que recogía las variables: edad, sexo, información proporcionada por

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo transversal para conocer la información aportada por el médico y la solicitada por el paciente y valorar la participación del paciente en la toma de decisiones.

el médico y solicitada por el paciente (diferenciando si se refería a etiopatogenia, diagnóstico, pruebas complementarias, tratamiento, posología, complicaciones del tratamiento y/o pronóstico) y valoración (sí/no) de la participación del paciente en la toma de decisiones (respecto a pruebas complementarias y/o tratamiento del cuadro).

Con posterioridad se entrevistaba telefónicamente al paciente para recoger su grado de satisfacción con la información recibida y la comprensión de ésta. En los menores de 14 años, la entrevista se realizó con el acompañante.

Antes de iniciar el estudio se hizo un adiestramiento de los observadores mediante entrevistas simuladas.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 10.0, empleando herramientas descriptivas y analíticas (χ^2 de Pearson para la comparación de porcentajes).

Resultados

Realizamos un total de 152 observaciones de entrevistas clínicas, considerándolas todas válidas. La edad media de los pacientes fue de $41,08 \pm 18,56$ años y un 55,90% era mujer.

En ninguna de las entrevistas observadas hubo ausencia total de información espontánea del médico al paciente. La información proporcionada con mayor frecuencia a los pacientes (fig. 1) fue la referente al tratamiento del proceso, en un 88,28% de los casos (intervalo de confianza [IC] del 95%, 81,63-92,82), mientras que la menos frecuente fue la relativa a las posibles complicaciones de éste, con un 9,35% (IC del 95%, 5,28-15,77).

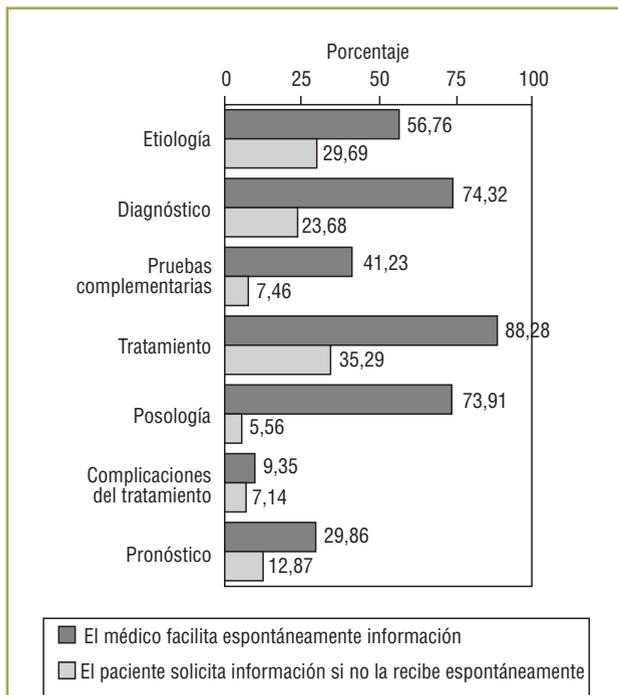


FIGURA 1 Porcentaje de casos en los que el médico facilita y el paciente solicita información (en caso de que no la sea dada espontáneamente), según el aspecto de la entrevista.

De los 152 casos observados, en 55 (36,18%; IC del 95%, 28,67-44,41) no hubo ninguna solicitud de información por parte del paciente, con independencia de que el médico se la hubiera proporcionado previamente. Los pacientes que solicitan información lo hacen, por este orden, sobre etiología (29,6%), tratamiento (28,9%), diagnóstico (21,7%), pruebas complementarias (16,4%), pronóstico (13,2%), posología (11,2%) y complicaciones del tratamiento (8,6%). La solicitud de información específica al médico por parte del paciente, cuando no la proporciona de forma espontánea, se muestra en la figura 1. Se puede apreciar que esta conducta es más frecuente cuando se tra-

ta de información sobre el tratamiento (35,29%; IC del 95%, 15,26-61,38) y la causa del cuadro (29,69%; IC del 95%, 19,25-42,58).

En la entrevista telefónica (tabla 1), el 94,0% (IC del 95%, 88,58-97,04) consideró suficiente la información recibida; no obstante, el 22,7% (IC del 95%, 16,41-30,36) manifestó haber salido de la consulta con ganas de haber preguntado algo. No se han encontrado diferencias significativas al analizar ambas variables por sexos y edades. De los 34 pacientes que quedaron con ganas de preguntar, 10 (29,4%) no solicitaron ninguna información.

En un sentido parecido, el 18,67% (IC del 95%, 12,96-26,02) de los pacientes entrevistados dijo no haber comprendido totalmente la información proporcionada en la consulta. No existen diferencias significativas a este respecto entre varones y mujeres (22,73 frente a 15,48%; $\chi^2 = 1,73$; $p > 0,05$). Tampoco hemos observado relación de esta variable con la edad. De los 28 pacientes que dijeron no haber comprendido bien la información dada, 11 (39,28%) no preguntaron nada al médico.

A juicio de los observadores, un 69,39% (IC del 95%, 61,17-75,57) de los pacientes no participó en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Este porcentaje ascendió al 75,41% (IC del 95%, 66,63-82,55) cuando se trataba de solicitar pruebas complementarias.

Discusión

Antes de iniciar la discusión de nuestros hallazgos, debemos aclarar algunos puntos del estudio. Decidimos elegir sólo las consultas por enfermedades agudas, ya que el paciente que padece una enfermedad crónica recibe información de forma gradual y la valoración de la información recibida o solicitada sobre su problema es más compleja. Por el contrario, en los procesos agudos, novedosos para el paciente en muchas ocasiones, es más patente la necesidad de recibir información en el momento, lo que facilita su observación³.

Por otro lado, debemos reconocer la posible existencia de sesgos en nuestro trabajo. El primero de ellos deriva del escaso número de médicos que, dadas las características del estudio, han podido ser observados. Además, se trata de

TABLA 1 Resultados de la encuesta telefónica realizada a los pacientes de las entrevistas observadas

Preguntas	Respuestas			
	Sí n (%)	No n (%)	En parte n (%)	Total n (%)
¿Ha comprendido las explicaciones que el médico le ha dado?	102 (82,9)	3 (2,4)	18 (14,6)	123 (100)
¿Le ha parecido suficiente la información que le ha facilitado el médico?	116 (94,3)	7 (5,7)		123 (100)
¿Se ha quedado con ganas de preguntar algo más al médico?	23 (18,7)	100 (81,3)		123 (100)

De los 152 pacientes, 29 (19%) no pudieron ser localizados, por lo que la muestra de la encuesta telefónica se reduce a 123 pacientes.

Discusión
Cuadro resumen**Lo conocido sobre el tema**

- La información y la comunicación médico-paciente tiene una influencia positiva en el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario.
- Actualmente, la comunicación adquiere importancia al ser considerada un requisito previo a la autonomía del paciente y al derecho a la información.

Qué aporta este estudio

- La información que proporciona el médico no es todo lo completa que debiera.
- El paciente suele preguntar poco al médico y un alto porcentaje se queda con ganas de preguntar y/o no comprende totalmente la información.
- La participación del paciente en la toma de decisiones es escasa.

tutores de residentes y, por ello, tal vez más proclives a considerar la importancia de la entrevista y la información al paciente. También hay que considerar que, a pesar de haber dedicado bastante tiempo al adiestramiento de los residentes, siempre existe un grado de subjetividad, no despreciable, del observador a la hora de interpretar una entrevista clínica, generalmente compleja. Por todo ello, creemos que nuestros resultados, aun considerándolos válidos, deben ser valorados con precaución.

Debido a la especial metodología de nuestro trabajo, hemos tenido grandes dificultades para contrastar los resultados obtenidos, ya que la mayoría de los estudios que hemos localizado se basan en la opinión de los pacientes y no describen el proceso de intercambio de información. Haciendo una valoración general, creemos que la información que el profesional sanitario proporciona al paciente no es todo lo completa que debiera, sobre todo en lo referido a algunos aspectos concretos del cuadro, como sus posibles causas, el pronóstico y las posibles complicaciones del tratamiento. La información sobre el diagnóstico y el tratamiento se proporciona con más frecuencia (¡aunque también es susceptible de mejorar!), posiblemente porque se considera más básica. Esta suposición está apoyada por el hecho, ya descrito^{3,15} y que también se aprecia en nuestro trabajo, de que los pacientes suelen centrar su interés sobre estos mismos aspectos.

Muy probablemente, la principal razón que justificaría la insuficiente información es la falta de tiempo de los médicos de atención primaria para atender a los pacientes¹⁶⁻¹⁸. Otra de las posibles causas es que muchas de las consultas eran motivadas por enfermedades leves, sobre las que el

médico podría no considerar necesario dar una explicación muy extensa. En cualquier caso, la consecuencia de todo ello puede ser un peor conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y, por tanto, una mayor probabilidad de incumplimiento y/o falta de adherencia al tratamiento y, quizá, nuevas solicitudes de atención¹⁹.

En general, hemos observado que el paciente suele preguntar poco al médico, incluso cuando éste no le ha dado previamente información. Este hecho se explicaría, tal vez, por tratarse de procesos ya conocidos por el paciente y/o que éste considera de poca gravedad. No obstante, que casi un tercio de los que reconocieron haberse quedado con ganas de preguntar no lo hiciera implica que existen otros motivos: una cierta pasividad del enfermo (que sólo desea conocer lo imprescindible)^{20,21}, confianza «ciega» en el médico²², trabas en la comunicación (lenguaje médico especializado, entrevista muy dirigida)^{3,23}, etc.

Si asumimos que uno de los objetivos principales de la entrevista clínica es procurar que el paciente esté informado, aunque la gran mayoría de los entrevistados respondieron que la información les había parecido suficiente, en 1 de cada 5 entrevistas no se llegó a lograr dicho objetivo, ya que los pacientes se quedaron con ganas de preguntar y/o no comprendieron totalmente la información.

A pesar de las tendencias anunciadas por los expertos^{15,20,24-26}, creemos que la participación del paciente en la toma de decisiones sigue siendo hoy día muy escasa. Son muy pocos los pacientes a los que se pide opinión acerca del proceso diagnóstico o sobre el tratamiento que deberán seguir^{23,27}, a pesar de que parece probado que participar en la toma de decisiones resulta positivo desde el punto de vista de la efectividad del tratamiento²¹. Esto demuestra que aún estamos lejos del modelo de relación «compartida», en el que la información fluye de forma bidireccional, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre médico y paciente^{6,12,15}. Sería interesante seguir investigando en el tema y profundizar en las razones que impiden o dificultan la mayor participación del paciente en la consulta de atención primaria.

Para finalizar, queremos ratificar nuestro convencimiento de que el médico de familia ha de asumir la función de informador que la sociedad le está ya exigiendo^{9,21,28}. En palabras de Meneu²⁰: «compartir información no es lo mismo que la toma de decisiones, pero lo primero es un requisito para lo segundo».

Bibliografía

1. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Ateneo, 1961.
2. Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health* 1968;58:274.

3. Torío Durántez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:44-60.
4. Lassen L. Connections between the quality of consultations and patient compliance in general practice. *Fam Pract* 1991;8:154-60.
5. Torío Durántez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria* 1997;19:63-73.
6. Chin JJ. Doctor-patient relationship: from medical paternalism to enhanced autonomy. *Singapore Med J* 2002;43:152-5.
7. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 2001;117:99-106.
8. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274-2002 de 15 de noviembre de 2002.
9. Starke M, Moller A. Parents' needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. *J Child Health Care* 2002;6:245-57.
10. Wagner Todd H, Teh-Wei Hu, Hibbard Judith H. The demand for consumer health information. *J Health Econom* 2001;20: 1059-75.
11. Pedregal M, Schwart P. Medicina basada en la evidencia y la comunicación con el paciente. *Med Clin (Barc)* 1999;113:79.
12. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000;114(Supl 3):26-33.
13. Vallvé C. La buena práctica clínica y la caja de Pandora (II). El consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 1997;108:19-22.
14. Jovell A. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)* 1999;113:173-5.
15. Martínez Urionabarrenetxea K. Hacia un nuevo modelo de relación clínica. *Semergen* 2001;27:291-6.
16. Girón M, Bevia B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:561-75.
17. Ogando Díaz B, Giménez Vázquez A, De Andrés Núñez ME, García Olmos LM. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Aten Primaria* 1995;15:290-6.
18. Bellón Saameño JA, Molina Guerrero F, Panadero Vallejo A. El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Aten Primaria* 1995;15:439-44.
19. Ley P. Patients' understanding and recall in clinical communication failure. En: Pendleton D, Hasler J, editors. *Doctor-patient communication*. London: Academic Press, 1983; p. 89-107.
20. Meneu R. La perspectiva de los pacientes [editorial]. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002;4:3-4.
21. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)* 2001;116:104-10.
22. Jovell AJ. El paciente «impaciente» ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad*. N.º 973 [consultado 12/5/2003]. Disponible en: //www.elmedicointeractivo.com
23. Torío Durántez J, García Tirado MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:17-24.
24. Salter B. Regulación y confianza en la profesión médica: una revisión internacional. *Educación Médica* 2002;5:51-72.
25. Liederman EM, Morefield CS. Web Messaging: a new tool for patient-physician communication. *J Am Med Inform Assoc* 2003;10:260-70.
26. Kassirer JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med* 1994;330:1895-6.
27. Larizgoitia Jáuregui I, Rodríguez Bermúdez JR, Granados Navarrete A, et al. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria* 1998;22:505-13.
28. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. *Educación Médica* 2002;5:73-5.

COMENTARIO EDITORIAL

El reto de la información a los pacientes

R. Ruiz Moral

Unidad de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Facultad de Medicina de Córdoba. Córdoba. España.

La necesidad de informar adecuadamente a los pacientes y a sus familias se ha convertido hoy día en uno de los principales retos para los médicos. En la actualidad, los pacientes reclaman, casi de manera unánime, que quieren más y mejor información. Trabajos realizados en nuestro país destacan, entre los aspectos más valorados por los pacientes, recibir una información clara y comprensible, especialmente sobre el tratamiento y sus efectos, así como que el médico les aclare dudas¹ y les facilite el conocimiento y la comprensión de su problema². Recibir una in-

formación adecuada y consejos es una de las principales expectativas de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria³. Este deseo de estar cada vez más y mejor informados puede entenderse mejor a la luz de las nuevas tendencias sociales: cambios que han roto las barreras sociales y de clase a la vez que reivindican derechos para minorías y grupos (sexuales, étnicos, de mujeres, de consumidores, etc.), una mayor libertad de expresión en todos los ámbitos, una mayor disponibilidad de información médica, principalmente a través de Internet, un mayor deseo

Puntos clave

- Los médicos deberían ofrecer más información con sentido a los pacientes y de manera más clara.
- Esta responsabilidad informativa se ha convertido hoy día para el médico de familia en una de sus principales responsabilidades.
- El tipo de información y la manera en la que ésta se transmite se relaciona con el grado de capacitación del paciente para afrontar sus problemas de salud y otros resultados de la consulta.
- La agenda investigadora del médico de familia sobre estos temas es actualmente tan amplia como ineludible para este profesional.

de los pacientes de participar en su atención, en especial en las enfermedades crónicas y otras menores, que suponen la mayoría, y el papel central que en la ética médica está tomando la autonomía del paciente y la consideración de la relación médico-paciente como un acto de deliberación y colaboración entre ambos. Todo ello ha erosionado ya la tradicional visión de la relación médico-paciente, caracterizada por el paternalismo médico y la escasez de información, y ha hecho inaceptables tanto las razones más confesables que hay detrás de ello como, por una parte, el supuestamente insuperable «hiato competencial» (*competence gap*), que haría difícil la explicación apropiada de complejos temas a los pacientes sobre la base del vasto conocimiento del médico y la escasa preparación de aquéllos y, por otra, la alta carga emocional de la enfermedad, que impediría la comunicación racional y su comprensión; sin embargo, también hay otras razones mucho menos confesables, como el deseo de los médicos de retener el poder al controlar la información. Los trabajos de Ley⁴ sobre los efectos de la información suministrada a los pacientes y el recuerdo que éstos tiene de ella reforzaron estas ideas, al resaltar que cuanto más información se proporcionaba a los pacientes, menos cantidad recordaban éstos; la conclusión inevitable de gran parte de la clase médica fue: «no merece la pena darles mucha información». Estas conclusiones, sin embargo, han sido rebatidas por las investigaciones de Tuckett et al⁵, que afirmaron que sólo se olvidaba el 10% de la información, en contraposición al 30-50% de los estudios de Ley. El clásico trabajo de Tuckett et al, en el que estudiaron 1.302 consultas⁵, introdujo importantes matices metodológicos, entre los que destacaron la consideración de que no toda la información es de similar importancia y de que recordar no significa necesariamente comprender o estar de acuerdo. Las conclusiones de su es-

tudio fueron, entre otras, que para informar efectivamente los médicos deberían: a) explorar las ideas y creencias del paciente, negociar el modelo explicativo y compartirlo, chequear su interpretación y la reacción a la información que se les da, y b) ofrecer la información con claridad: que el paciente la comprenda y se dé cuenta si existen diferencias en la manera de ver las cosas entre el médico y él/ellas. Es decir, tenemos que ofrecer más información con sentido para el paciente, y no sólo porque el paciente lo desea y los tiempos cambian, sino porque nos permite también obtener consultas más colaborativas y efectivas para ambos. Estudios recientes también realizados en nuestro país, entre los que se encuadraría el trabajo de Barca Fernández et al⁶, señalan, sin embargo, que los pacientes reciben, aún hoy día, una información vaga y poco concreta que les impide abordar adecuadamente su problema², que los médicos no explican la orientación diagnóstica⁷ y que existe un importante número de pacientes que no comprenden la información que se les ofrece y no se atreven a preguntar a su médico⁶. Otro dato interesante del trabajo de Barca Fernández et al⁶ es que la mayoría de los pacientes no participa en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, lo cual, unido al poco interés que muestran los médicos en las creencias y las preferencias de los pacientes sobre el diagnóstico y el tratamiento^{7,8}, nos lleva a aventurar que la calidad relacional en las consultas es todavía muy precaria y que esto está afectando directamente a la labor clínica y de *advocacy* del médico. Los resultados de los estudios mencionados parecen, en efecto, relacionar la poca participación del paciente en la consulta, el poco interés por el paciente como persona, y la poca y seguramente mala información ofrecida al paciente, todo lo cual impide, con probabilidad, su capacitación real para colaborar más y mejor en los cuidados de su salud. La agenda de investigación en este campo se encuentra aún enormemente abierta: necesitamos estudios más amplios y con métodos más refinados que nos den una idea más precisa del grado y la repercusión real de los aspectos comentados y de sus relaciones entre ellos y con los resultados de la consulta. En este sentido, nuestra atención debe dirigirse a conocer con más exactitud qué pasa en las consultas y cómo registrar las opiniones de los pacientes sobre la relación mantenida. Por ejemplo, el estudio de Barca Fernández et al⁶ recoge la sensación de la mayoría de los pacientes de haber recibido una información suficiente, algo que no resulta creíble a la luz de sus propios datos y de otros, como los de Makoul et al⁹, que observaron una «ilusión de competencia» en los pacientes al creer que se habían discutido temas importantes cuando en realidad no se había hecho en absoluto. Es preciso desarrollar instrumentos fiables y validados que nos proporcionen información directa de ello y que podamos contrastar con las opiniones de los pacientes, bien procedentes de cuestionarios correctamente elaborados o bien de estudios cualitativos, los cuales, por desgracia, no abundan. Ambas perspectivas harían más completa y certera la valoración de la

relación clínica y sus consecuencias. Por lo que respecta a la información que se proporciona a los pacientes y a la participación de éstos en la toma de decisiones, también precisamos conocer más. Por ejemplo: cómo informamos realmente a nuestros pacientes cuando lo hacemos, qué técnicas empleamos y cuál es su efectividad; si la información que les damos tiene o no sentido para ellos; cómo y a quién informamos sobre temas difíciles (cáncer y otras enfermedades graves). Sabemos, sin embargo, que aunque la mayoría de los pacientes desean más información, no todos lo desean, y no conocemos los determinantes de estas conductas; desconocemos casi todo sobre familia e información en nuestro medio: qué es lo que desean saber las familias de los pacientes sobre la enfermedad y los cuidados y sobre la información que debemos compartir con el paciente, especialmente en enfermedades graves. Atribuimos al tiempo gran parte de la culpa de nuestros errores a la hora de informar y de hacer consultas más colaborativas; sin embargo, no tenemos estudios sobre ello. Queda mucho por aclarar sobre las repercusiones que tendría en los médicos la formación sobre estos temas, así como la influencia de métodos educativos más eficaces y prácticos, pero también sobre cómo entrenar a los pacientes para que obtengan más y mejor información de sus médicos y cómo esto afecta a la relación con ellos y a la efectividad de las consultas. He aquí una muestra de la vasta agenda investigadora en este crucial ámbito de la información que debemos considerar los profesionales de la atención primaria para responder a los retos que desde hace ya tiempo se nos vienen planteando de una manera imperiosa.

Bibliografía

1. Torío Duránte J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:18-26.
2. Bolaños E, Sarriá Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003;32:195-201.
3. Gámez Gómez MD, Mata Luque J, Llamas Fuentes R, Pérula de Torres L, Ruiz Moral R, Jaramillo Martín I. Relación entre el cumplimiento de las expectativas de los pacientes en consultas de atención primaria y los resultados de salud. *Aten Primaria* 2003;32:95.
4. Ley P. *Communication with patients: improving satisfaction and compliance*. London: Croom Helm, 1988.
5. Tuckett D, Boulton M, Olson C. *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. London: Tavistock, 1985.
6. Barca Fernández I, Parejo Míguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones. *Aten Primaria*, 2004 cita cruzada
7. Torío Duránte J, García Tirado MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:17-24.
8. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula de Torres L, Prados Castillejo JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes en medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29:132-44.
9. Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med* 1995;41:1241-54.