

Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente

José Ramón Loayssa Lara^a, Fermín González García^b y Roger Ruiz Moral^c

Objetivo. Identificar y analizar cuál es la «teoría» que los médicos de familia expresan sobre las características esenciales de la relación médico-paciente efectiva y funcional y sobre cómo alcanzarla («teoría declarada» de Argyris y Schon).

Diseño. Cualitativo, basado en análisis de discursos.

Emplazamiento. Atención primaria.

Método. Entrevistas audiograbadas a 10 médicos de familia seleccionados por muestreo intencional que fueron transcritas. Se identificaron las proposiciones de los discursos y se construyeron mapas conceptuales. Se realizó un análisis inductivo mediante la categorización de los temas y posiciones aparecidos, y la identificación de similitudes y diferencias intersujetos.

Resultados. La confianza y la ausencia de conflictos son las principales características deseables de la relación médico-paciente. La actitud «demandante» y la deshonestidad de los pacientes son los obstáculos más citados. Se acepta la negociación pero se mantiene una visión muy limitada de la participación del paciente. Se aprecian diferencias en la distancia, el foco biomédico frente a psicosocial y en la educación sanitaria. Las habilidades de comunicación y las cualidades del médico son poco citadas. La terminología técnica en esta área aparece poco en los discursos.

Conclusiones. Los discursos resaltan el «consumismo sanitario» y descubren desacuerdos sobre la distancia en la relación y el abordaje psicosocial. Estos puntos, que deben ser priorizados en la formación, junto con la educación, pueden servir para definir distintas orientaciones profesionales de los médicos de familia. La metodología de la formación debe tener en cuenta que la experiencia domina en la «teoría declarada» en esta área.

Palabras clave: Relación médico-paciente. Medicina de familia. Estructura cognitiva. Mapas conceptuales. Investigación cualitativa. Entrevista.

STATED THEORY OF FAMILY DOCTORS ON THEIR RELATIONSHIPS WITH PATIENTS

Objective. To identify and analyse the “theory” expressed by family doctors on the essential features of an effective and functional doctor-patient relationship and on how to achieve one (“stated theory” of Argyris and Schon).

Design. Qualitative, based on discourse analysis.

Setting. Primary care.

Method. Interviews recorded with 10 family doctors selected by intentional sampling that were then transcribed. The propositions in the discourses were identified and conceptual maps were constructed. An inductive analysis classified the questions and positions that emerged and identified similarities and differences between subjects.

Results. Confidence and absence of conflict were the main desirable features of the doctor-patient relationship. Patients with a “demanding” attitude and their dishonesty were the most quoted obstacles. Doctors accepted negotiation, but held a very limited view of patient participation. Differences were appreciated on distance, the biomedical versus psychosocial focus and health education. Doctors’ communication skills and qualities were little cited. Technical terminology in this area appeared little in the discourses.

Conclusions. Discourses highlighted “health consumerism” and revealed disagreements on distance in the relationship and the psychosocial approach. These points, which should be prioritised in training, along with education, can serve to define family doctors’ distinct professional orientations. Training methodology must bear in mind that experience dominates “stated theory” in this area.

Key words: Doctor-patient relationship. Family doctor. Cognitive structure. Conceptual maps. Qualitative research. Interview.

^aMedicina de Familia. Centro de Salud de Noáin. Servicio Navarro de Salud. Noáin. Navarra. España.

^bDepartamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

^cUnidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Córdoba. España.

Correspondencia:
J.R. Loayssa Lara.
Centro de Salud de Noáin. 31110
Noáin. Navarra. España.
Correo electrónico:
jloayssa@papps.org

Manuscrito recibido el 4-4-2006.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 14-11-2006.

Trabajo becado por el
Departamento de Salud del
Gobierno de Navarra.

Introducción

La relación médico-paciente (RMP) es esencial para la práctica médica, especialmente en medicina de familia, ya que no sólo facilita alcanzar un diagnóstico¹ sino que incide, entre otros aspectos, en la salud²⁻⁶, la satisfacción⁷⁻⁹ o la adhesión al tratamiento^{10,11} del paciente.

La importancia de la RMP justifica el gran número de investigaciones que se le han dedicado¹². Sin embargo, este tipo de investigación ha estado muy centrada en las conductas específicas del médico y/o el paciente y en identificar su repercusión concreta, mientras que los factores que pueden determinar los comportamientos en la consulta han recibido poca atención¹³. Entre éstos se encuentran la percepción que los médicos tienen sobre cuál es el comportamiento necesario para alcanzar los objetivos de la RMP y que ha sido denominado por Argyris et al¹⁴ como «teoría declarada» para diferenciarla así de la «teoría en la acción», la cual se referiría a los presupuestos que pueden deducirse observando el comportamiento real de los profesionales. La «teoría declarada» incluye los fines perseguidos y el modo de alcanzarlos en un contexto concreto. Este acercamiento que ha sido muy poco utilizado dentro de la ciencias de la salud¹⁵, parece una aproximación lógica para entender sus comportamientos reales y, aunque la relación entre las manifestaciones que éstos realizan y sus comportamientos no sea directa¹⁶⁻²⁰, identificar la «teoría declarada» sería un paso ineludible para plantear intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación en la consulta. El presente

trabajo representa una primera aproximación al conocimiento de la «teoría declarada» de los médicos de familia sobre la RMP y al análisis de sus posibles implicaciones.

Métodos

Se seleccionó a 10 médicos de familia (7 hombres y 3 mujeres) con una experiencia de entre 10 y 22 años. Ese número se consideró suficiente, dado el carácter exploratorio del estudio, para conseguir la suficiente variabilidad. Dos médicos se mantuvieron en reserva. Todos los médicos tenían una actitud activa en docencia e investigación y se buscó incluir a profesionales con una orientación tanto clínica como psicosocial.

Al tratarse de una investigación centrada en los significados que los individuos dan a los comportamientos y al contexto donde éstos tienen lugar, su diseño fue cualitativo. La recogida de la información se hizo mediante una entrevista semiestructurada, confeccionada siguiendo las indicaciones de Argyris et al¹⁴, y que previamente se pilotó en 2 entrevistas no incluidas en este estudio. El formato adoptado fue el de la entrevista conceptual de Pinies et al²¹ flexibilizado, que prioriza la profundización en las ideas de cada entrevistado. La entrevista combinaba preguntas generales con otras más concretas y se realizaron preguntas redundantes para explorar la teoría del entrevistado de forma más completa.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas realizándose un análisis proposicional de conceptos y mapas conceptuales²². El análisis mantuvo una orientación inductiva y descriptiva, reduciendo inicialmente las inferencias al mínimo. Los temas, definidos previamente según la literatura científica y la experiencia personal de los investigadores, fueron los siguientes: características de la buena relación, repercusiones de la relación, dirección de la entrevista, negociación, participación del paciente, papel de los comportamientos comunicativos del médico, influencia de las características y el comportamiento

TABLA
1

Proposiciones claves de la teoría declarada.
Entrevistado número 6

Una buena relación médico-paciente está definida por la existencia de confianza
La confianza existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas
La actitud del médico de mostrar interés y garantizar la confidencialidad facilita la confianza necesaria para que el paciente exponga sus problemas
El médico debe expresar interés y disposición a ayudar al paciente, y eso requiere que transmita al paciente que le va a dedicar tiempo y atención y que se le va a respetar
Esta actitud de interés y atención se debe adoptar, especialmente, con aquellos con los que hay una mayor distancia inicial
El médico debe asumir los problemas del paciente y ayudarlo a resolverlos teniendo en cuenta las expectativas del paciente
El médico debe intentar modificar las expectativas del paciente mediante la información
Cuando el paciente no transmite la información sobre sus problemas, deteriora la confianza con el médico
Si el paciente ve la relación y al médico como un mero proveedor de recursos, pone en cuestión la confianza en la relación
El médico debe ser capaz de detectar que hay problemas ocultos y facilitar que el paciente los comente, entre otras habilidades, mediante la escucha (calma)
El médico debe tomar en consideración las circunstancias vitales del paciente que influyen directamente en sus problemas de salud
El médico debe abordar la dimensión personal y familiar de los problemas de salud
Si el paciente solicita prestaciones, se debe tratar de negociar e incluso ceder manteniendo una actitud flexible para ganar la confianza del paciente
La medicina defensiva no debe influirnos, pero es necesario que no pasen inadvertidos cuadros graves ni se cometan errores
El médico debe mostrar dedicación, interés y empatía, pero debe conservar la distancia
La comunicación no verbal es importante porque es el medio que el médico tiene de expresar su actitud de escucha y le sirve para identificar la actitud del paciente
La comunicación no verbal es más difícil de dominar que la verbal
No se debe adoptar una actitud crítica ante los pacientes, ya que incluso los que resultan difíciles a menudo necesitan ayuda
Los pacientes deben participar en la consulta para que la atención sea más efectiva
Debemos educar a los pacientes para que cambien de hábito, pero manteniendo una actitud positiva y respetuosa

TABLA 2
Temas y posiciones en los discursos de los entrevistados

Tema		Posiciones	
Características de la «buena» relación médico-paciente		Una relación de confianza, cordial y sin conflictos	
Condicionantes de la relación médico-paciente.	Competencia clínica del médico	Honradez y sinceridad del paciente Actitud demandante y consumista del paciente	
Comportamiento del médico	Interés del médico en el paciente y sus problemas		
	Habilidades de comunicación poco destacadas		
	Otras cualidades humanas del médico poco destacadas		
Condicionantes de la relación médico-paciente.			
Comportamiento del paciente			
Negociación		La negociación es necesaria e incluso es necesario hacer concesiones siempre que no resulte dañino para el paciente o ponga en cuestión la integridad del profesional	
Dirección de la entrevista y participación del paciente		El médico debe dirigir la consulta pero hay que buscar el asentimiento y la cooperación del paciente. Dejarle elegir explícitamente se reserva a situaciones especiales	
Distancia en la relación médico-paciente	Cercanía personal	Cercanía emocional pero distancia profesional	Distancia profesional
Foco de la consulta	Foco biopsicosocial	Foco biomédico pero abordaje problemas psicosociales si el paciente los plantea directamente	Foco biomédico
Educación e información	Importante pero poco factible y efectiva Aprovechar momentos oportunos y enfoque en positivo	Importante pero poco factible y efectiva Aprovechar momentos oportunos y enfoque en positivo	

del paciente, enfoque biomédico frente a psicosocial y educación e información. Esto no impidió, sin embargo, detectar categorías «emergentes», que fueron incorporadas. Se llevó a cabo un análisis intersujetos en el que se buscaron similitudes y diferencias entre ellos y un análisis global de los temas aparecidos que se compararon con la literatura científica. Este proceso fue supervisado por un investigador que no participó en la recogida de datos.

Resultados

Se identificaron entre 21 y 49 proposiciones por entrevistado. En la tabla 1 se exponen las proposiciones de uno de los entrevistados. Las proposiciones se agruparon en 8 temas principales que, junto con las posiciones aparecidas en ellos, se presentan en la tabla 2.

En todas las entrevistas se define la relación buscada como caracterizada por la confianza y la ausencia de tensiones o conflictos.

«En primer lugar tiene que basarse en la confianza mutua, el médico tiene que confiar en el paciente y el paciente tiene que confiar en el médico.»

«No suele haber ningún problema, pero lo importante es que el paciente confíe en mí como profesional.»

«Hombre, en principio cordialidad, sinceridad, y evitar una actitud de enfrentamiento u hostilidad.»

«No tener conflictos es uno de mis objetivos, pero sólo uno de ellos; también de paso, pues primero que la entrevista sirva, que sea útil para hacer un diagnóstico o para identificar el problema por el que el paciente ha acudido a la consulta; y después, que tanto él como yo nos sentimos a gusto y, bueno, intentar, si puedo, resolver el problema, y luego también, claro, no tener dificultades.»

Cuando se refieren a la confianza, algunos entrevistados precisan este concepto en un sentido de predisposición del paciente a cooperar. Aunque no se citan las contribuciones concretas de la confianza en la RMP, sí se hace con sus determinantes citando la capacidad del médico de resolver los problemas del paciente (competencia clínica), pero sobre todo la demostración de interés en hacerlo. Por su parte, los entrevistados exigen que los pacientes sean sinceros.

«Principalmente la basaría (la relación médico-paciente) en la confianza, en la confianza mutua, confianza por parte del médico de que el paciente está siendo sincero, no le oculta nada de lo que realmente le preocupa, y por parte del paciente, que se sienta atendido, escuchado y que sepa que es un buen profesional la persona a la que se lo está contando.»

«No sé si lo transmito así, pero lo hago con honradez, que realmente estoy haciendo por él lo mejor que puedo y que sé; igual no se queda contento, pero realmente yo lo intento así...»

La insinceridad, la actitud «demandante» del paciente y que éste vea al médico como un mero intermediario de prestaciones se citan como obstáculos a la confianza.

«Otras veces el paciente viene no a comunicar, sino a pedir; el paciente dice:

– Vengo a que me haga no sé qué, es lo típico, quiero que me haga tal prueba, bueno, es que...

– Pero qué le pasa.

– Nada, quiero que me hagan un análisis, hágamelo usted.

Son situaciones en las que no hay comunicación, hay una relación tangencial.»

«Las expectativas del paciente, es decir, que el paciente utilice la consulta para obtener cosas de tipo supermercado o consumo,

TABLA 3

Habilidad comunicativa	N.º de entrevistas
Escucha	6
Empatía	3
Identificación preocupaciones y expectativas	3
Comunicación no verbal	2
Autocontrol emocional	2
Facilitación	1
Saludo inicial	1
Silencio	1
Contacto visual	1
Contacto físico	1
Preguntas abiertas	1
Preguntas cerradas	1
Estructuración y clarificación	1

consumo de tiempo, de fármacos o consumo de otras cosas; o sea, que vaya allí a obtener cosas previas.»

Los comportamientos y las actitudes concretas del médico en la consulta no reciben una gran atención. De hecho, las habilidades comunicativas se citan poco; solamente en una entrevista se cita un número apreciable de ellas (n = 8), de las cuales la escucha es la más subrayada.

«Yo creo en la escucha; yo creo que todo el mundo quiere ser escuchado. La escucha hace que la gente se abra más, a lo mejor hasta demasiado, pero yo creo que es la escucha.»

En la tabla 3 se listan las habilidades comunicativas nombradas y el número de entrevistados que las cita. En la tabla 4 se hace lo propio con la cualidades humanas del médico que tampoco reciben una atención considerable en los discursos.

Otro elemento común en las entrevistas es la aceptación de la necesidad de negociar y ceder frente a las demandas del paciente, aunque eso a veces ocasione malestar. Se apuesta por ser flexibles ante las solicitudes del paciente si no son irracionales ni dañinas.

«No sé, no sé en qué sentido. Bueno, a mí me parece bien... como tengo por costumbre decir bueno..., pero sí, a veces digo: bueno, creo que esto no necesita antibióticos pero si quieres... Bueno, no lo digo tantas veces y estoy de acuerdo que igual no me sabe como muy bien.»

Se ve la dirección de la entrevista como tarea del médico y la participación del paciente de forma limitada, excluida la decisión compartida. El paciente puede hacer comentarios y peticiones, pero no se espera que proponga alternativas y mucho menos que tome decisiones.

«Yo nunca pongo los límites, intento pillar todo lo que me quiere contar, intento priorizar y luego voy uno por uno abordando

TABLA 4

Cualidades personales del médico citadas en las entrevistas

Habilidad comunicativa	Número de entrevistas
Honestidad	3
Cordialidad-afabilidad	2
Distancia profesional	2
Actitud igualitaria	1
Coherencia	1
Carisma	1
Apertura a lo emocional	1
Dedicación	1
Interés	1
Asertividad	1
Capacidad de comunicación	1
Cercanía emocional	1

los problemas; eso sí, quizá soy yo el que marco las prioridades de desarrollo, casi seguro que soy yo.»

«Sí que siento que la relación igualitaria se queda un poco difuminada y entonces yo determino dónde quiero ir, yo selecciono lo que voy a tratar por el tema del tiempo.»

«Yo creo que tiendo a tomar la decisión y, si veo que el paciente está de acuerdo (me parece), pues sigo adelante.»

«Creo que tendría que ser mucho más participe el paciente, pero yo creo que tiendo a tomar la decisión...»

Si en los temas anteriores se observa una gran similitud en los discursos de todos los entrevistados, en otros puntos, como la distancia en la RMP y el enfoque biomédico o biopsicosocial, aparecen diferencias. Hay entrevistados que remarcan la necesidad de abordar la dimensión psicosocial, otros señalan que solamente cuando el paciente la plantea, postura esta última mayoritaria, mientras que alguno no la considera parte del contenido de la consulta.

«Eso sí, yo creo que soy totalmente abierta a lo emocional y que veces eso me hace también tener más trabajo... o decir, voy a intentar indagar por aquí, y esta persona me cuenta... y lo vivo como un problema que me retrasa, voy de tiempo mal y luego no sé cómo, a lo mejor, como tratarlo... Me parece que a poco que tú rasques una puerta que abras, sale lo emocional. Ahí sí me parece que en el 60% o más de nuestras consultas subyace un tema de este tipo.»

«Pero aunque, como te he dicho, los abordo también ahora, soy consciente de que a veces las intuyo pero no las abordo y, me digo: si los quiere plantear que los planteo, porque si no tendría que plantearlo con, de los 35 que tengo cada día, igual con 20 o 30; pero destapar la caja de Pandora nos llevaría a terminar la consulta a las 4 o las 5 de la tarde y por eso soy consciente de que están ahí pero no los abordo.»

Asimismo, se plantean diferencias en torno a la distancia en la RMP. Hay profesionales que reclaman una cercanía

emocional, otros insisten en la distancia profesional y, finalmente, se aprecian posturas que defienden combinar ambas dimensiones sin confundir la relación empática con una amistad personal.

«Tiene que haber una relación de afecto y de amistad.»

«De cordialidad, porque a mí me gusta tener un clima cordial en la consulta, pero siempre manteniendo un poco de respeto. Un respeto me refiero a que se mantenga una distancia. A ver... cómo diría yo..., profesional dentro de la cordialidad y la confianza, dejar claro que la relación es profesional vamos, y no es de otro tipo.»

«Creo que a veces poco de ser demasiado cercana. No sé si los pacientes me ven así, pero yo sí tengo la sensación casi de exceso de cercanía.»

«Es importante mantener una distancia, pero eso no quiere decir no tener una buena relación, e incluso cercana.»

Sobre la educación e información se reconoce su importancia, pero aparecen diferencias en el grado en que se confía en su factibilidad y efectividad. En la mayoría de los discursos se admite la necesidad de educar, pero se mantiene cierto escepticismo sobre su efectividad y se defiende una estrategia fundamentalmente oportunista y con un enfoque positivo. En el tema de la educación, como en el abordaje de los problemas psicosociales, la distancia y la participación, se citan el tiempo y el exceso de demanda como obstáculos fundamentales.

No se ha establecido ninguna asociación consistente entre las posturas de los entrevistados en los diferentes temas en los que aparecen diferencias.

Discusión

En general, el contenido de los discursos no contiene los conceptos teóricos de la literatura científica y parece componerse sobre todo de observaciones extraídas de la experiencia. No se observan, sin embargo, incongruencias ni contradicciones importantes.

La definición de la relación deseable con el término confianza no es ninguna sorpresa. Es un concepto que forma parte de la tradición médica²³ e incluye la cooperación mutua y un vínculo emocional²⁴. Tampoco lo es la idea de cordialidad y de ausencia de tensiones que puede reflejar la percepción de gérmenes de conflicto en la relación, conflictos como los relacionados con la función de puerta de entrada^{25,26}, o de controlador de recursos del sistema (incapacidad temporal) del médico de familia^{27,28}. El interés de los médicos por evitar conflictos es lógico, ya que les provoca malestar²⁹ y les lleva a adoptar comportamientos defensivos^{30,31}.

Entre los condicionantes de una relación de confianza y cordial se subrayan la competencia clínica y la demostra-

Lo conocido sobre el tema

- La importancia de la relación médico-paciente y su repercusión en toda una serie de dimensiones comenzando por la salud de paciente.
- Las limitaciones de las habilidades comunicativas de los médicos y la necesidad de programas educativos específicos.
- El amplio abanico de condicionantes de la conducta del médico en la consulta: percepciones, actitudes, sentimientos, contexto, etc.

Qué aporta este estudio

- La aplicación del concepto de teoría declarada como una fórmula para articular el conjunto de percepciones que los médicos tienen sobre el comportamiento deseable en la consulta.
- La identificación de una serie de ideas que parecen constituir el núcleo de la teoría declarada de un sector de médicos de familia y de otras que parecen representar diferentes orientaciones de éstos.
- La necesidad de replantear algunos contenidos de la formación en esta área y nuevos argumentos para reforzar una metodología educativa experiencial.

ción de interés del médico y la sinceridad del paciente. Estos resultados no están reñidos con las expectativas de los pacientes, a los que les preocupa la competencia técnica del médico³² pero que, para otorgar su confianza, esperan que el médico sea reconfortante, cuidadoso y respetuoso, capaz de entenderles, buen comunicador y facilitador de la participación^{26,33}, aunque esta última idea ha sido puesta en duda en otros estudios³⁴. Por su parte, los médicos exigen sinceridad y honestidad como un requisito para confiar en el paciente. Parece que los médicos desconfían a menudo de la veracidad de sus pacientes y esto dificulta que les proporcionen una atención adecuada³⁵.

El peligro del consumismo sanitario se subraya con un énfasis y una unanimidad que no estaban previstos al diseñar el estudio. Hay trabajos que señalan que esta percepción frustra a los médicos³⁶ y es consecuencia de la visión que tienen éstos sobre los pacientes como consumidores cada vez más activos y como portadores de expectativas irreales sobre la medicina, de cuyos límites son los médicos más conscientes³⁶⁻³⁸.

Parece que se percibe que, para conseguir una buena RMP, son más importantes unas actitudes generales del médico

más que las cualidades o comportamientos concretos (técnicas de entrevista). Esto podría dificultar que los cursos de habilidades de comunicación encontraran menos aceptación o, al menos, no fueran aplicados a la práctica. Tampoco se da un papel demasiado clave a las cualidades personales y profesionales (virtudes) del médico, salvo interés en el paciente, a pesar de que han sido consideradas esenciales³⁶.

La aceptación de la negociación y las concesiones es otro elemento común. Se ha señalado que los médicos negocian y ceden con la intención de evitar conflictos y de adaptarse a las costumbres y perspectivas de los pacientes. La búsqueda del efecto placebo, los sentimientos de simpatía y la falta de tiempo son otras razones para las cesiones³⁹.

En los discursos aparecen los dilemas en torno al enfoque biomédico o biopsicosocial, que es uno de los tradicionales dentro de la medicina generalista^{40,41}. Hay algunos entrevistados que niegan que los problemas «no clínicos» sean parte del contenido de la consulta, posición que se encuentra frecuentemente entre los médicos⁴². Las posiciones en torno al abordaje de la dimensión psicosocial, junto con las que se manifiestan sobre la dirección de la entrevista y la participación del paciente, ponen de relieve que un modelo biopsicosocial y centrado en el paciente es cuestionado por muchos médicos^{43,44}. En el tema de la distancia también se producen desacuerdos que son habituales en la literatura científica⁴⁵.

Educación e información se ven por todos los entrevistados como una tarea del médico, aunque dan distinto peso a su factibilidad y efectividad. En la educación, el abordaje de los problemas psicosociales, la distancia y la participación se citan el tiempo y el exceso de demanda como los condicionantes negativos clave, hecho éste, por otra parte, reconocido en la literatura científica^{46,47}.

No se destacan las contribuciones de la confianza en la RMP a una atención clínica de calidad⁴⁸ y a la mejora de la salud, el bienestar, la satisfacción y la adhesión del paciente^{23,49-53}. No valorar estas aportaciones puede facilitar que los médicos consideren secundaria la RMP.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

La «teoría declarada» de los médicos estudiados pone de relieve la existencia de un discurso común que abarca la definición de la RMP apropiada y sus principales condicionantes, así como el papel de la negociación y la actitud ante la dirección de la entrevista y la participación del paciente. Sobre la distancia en la relación y el enfoque clínico biomédico o biopsicosocial aparecen diferencias claras, mientras que sobre las tareas de educación e información estas discrepancias tienen que ver más con su factibilidad y efectividad que con la importancia que le otorgan. Los intentos de identificar tipologías en las posiciones de los médicos de familia deberían considerar como elementos definitorios el abordaje biomédico frente al biopsicosocial, la cercanía emocional y el peso de

la orientación preventiva y de promoción de la salud. Estas dimensiones no coinciden totalmente con las de los estudios realizados con esta finalidad^{38,54-56}.

Se han encontrado percepciones que pueden dificultar la motivación hacia la educación en esta área. En este ámbito sería necesario reforzar la comprensión de la importancia de RMP y recordar, por ejemplo, su influencia directa en la salud del paciente, pero sobre todo se debe promover la identificación de los comportamientos y actitudes de los médicos que facilitan o dificultan la RMP y que en los discursos de nuestros médicos reciben poca atención. También se deben tratar el consumismo sanitario y la medicalización, por sus consecuencias y las dificultades que los médicos encuentran para responder a ellas⁵⁷.

Un aspecto importante que se deriva de este estudio es que, en esta área, el conocimiento no está definido en términos académicos sino personales⁵⁸, lo que refuerza la idea de promover una formación que parta de una mirada crítica a la propia experiencia y que, a la vez, estimule una reelaboración de ésta, como defiende la pedagogía del adulto y la educación profesional^{59,60}.

A pesar del pequeño número de entrevistados, nuestra impresión es que el estudio identifica los elementos centrales de la «teoría declarada» de los médicos de familia sobre la RMP. Para comprobarlo sería recomendable realizar entrevistas con médicos de familia más jóvenes, con los que trabajan previamente del surgimiento de la especialidad y con médicos menos comprometidos profesionalmente que los de este estudio. Asimismo, grupos focales podrían contribuir al entendimiento de la teoría declarada de los médicos de familia.

Bibliografía

1. Cohen-Cole S. The medical interview: The three-function approach. St. Louis: Mosby Year Book, Inc.; 1991.
2. Stewart M, Brown J, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. 1999;3:25-30.
3. Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001;357:757-62.
4. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns*. 2002;48:23-31.
5. Devine E, Cook T. A meta-analytic analysis of effects of psychoeducational interventions on length of post surgical hospital stay. *Nurs Res*. 1983;32:267-74.
6. La Mónica E, Wolf R, Madea A, Oberst M. Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract*. 1987;1:197-213.
7. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract*. 1998;15:480-92.
8. Mira J, Galdón M, García E, Velasco M, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Revista de Calidad Asistencial*. 1999;14:165-77.

9. Wensing M, Jung H, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Soc Sci Med.* 1998;47:1573-88.
10. Haynes R, McDonald H, Garg A. Helping patients follow prescribed treatment. Clinical applications. *JAMA.* 2002;288:2880-3.
11. McDonald H, Garg A, Haynes R. Interventions to enhance patient adherence to medication prescription. Scientific review. *JAMA.* 2002;288:2868-79.
12. Ong L, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40:903-18.
13. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns.* 2002;48:69-77.
14. Argyris C, Schön D. *Theory in practice.* San Francisco: Jossey-Bass; 1974.
15. McFadden L, Seidman E, Rappaport J. A comparison of espoused theories of self and mutual help: Implications for mental health professionals. *Prof Psychol Res Pr.* 1992;23:515-20.
16. Coté L, Leclerc H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship & themselves as role models. *Acad Med.* 2000;75:1117-24.
17. Thistlethwaite J, Van der Vleuten C. Informed shared decision making: views and competencies of pre-registration house officers in hospital and general practice. *Educ Gen Pract.* 2004;15:83-92.
18. Roter DL, Larson S, Fisher GS, Arnold R, Tulsy JA. Experts practice what they preach. *Arch Intern Med.* 2000;160:3477-85.
19. Argyris C, Schön DA. *Theory in practice: increasing professional effectiveness.* San Francisco: Jossey-Bass; 1976.
20. Argyris C, Putman R, Smith DM. *Action science: concepts, methods and skills for research and intervention.* San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
21. Pinies L, Novack JD, Posner GJ, Vankirk J. *The clinical interview: a method of evaluating cognitive structure.* New York: Curriculum Series. Research Report 6. Cornell University; 1978.
22. Novack JD, Gowin DB. *Aprendiendo a aprender.* Barcelona: Martínez Roca; 1988. p. 166-72.
23. Rosser WW, Kasperski J. The benefits of a trusting physician patient relationship. *J Fam Pract.* 2001;50:329-30.
24. Briggs GW. La alianza terapéutica: revisión de la relación médico-paciente. *MEDIFAM.* 1999;1:144-7.
25. Ellsbury KE, Montano DE, Manders D. Primary care physicians attitudes about gatekeeping. *J Fam Pract.* 1987;25:616-9.
26. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract.* 1997;44:169-76.
27. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *Eur J Public Health.* 1995;5:215-9.
28. Tellness G. Sickness certification in general practice. A review. *Fam Pract.* 1988;6:58-65.
29. Myerson S. Investigating stress in general practice using an open ended approach in interviews. *Fam Pract.* 1990;7:91-5.
30. McDonald PS, O'Dowd JC. The heartsink patient: a preliminary study. *Fam Pract.* 1991;8:112-6.
31. Lamberts H, Janssens PMH. Defensive behavior by family practitioners. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1984;128:598-602.
32. Wright EB, Holcombe C, Salmon P. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ.* 2004;328:864-70.
33. Leopold N, Cooper J, Clancy G. Sustaining partnerships in primary care. *J Fam Pract.* 1996;42:129-33.
34. Thom D. STS Physicians. Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract.* 2001;50:323-8.
35. Wooley D, Clemens T. Family medicine residents' and community physicians' Concerns about patients truthfulness. *Acad Med.* 1997;72:155-7.
36. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ.* 2002;324:835-8.
37. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ.* 2001;322:1074-5.
38. Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA.* 2003;290:941-6.
39. Tomlin Z, Humphey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. *BMJ.* 1999;318:1532-5.
40. Royal College of General Practitioners. Working party. *The future general practitioner: learning and teaching.* London: RCGP; 1986.
41. McCormick J. *The Doctor Father Figure or Plumber.* London: Croom Helm; 1979.
42. Adelman R, Greene M, Charon R. Issues in physician-elderly patient interaction. *Ageing Soc.* 1991;11:127-48.
43. Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ.* 2000;320:1246-50.
44. Law S, Britten N. Factors that influence the patient centredness of a consultation. *Br J Gen Pract.* 1995;45:520-4.
45. Ogden J, Andrade J, Eisner M, Ironmonger M, Maxwell J, Muir E, et al. To treat? To befriend? To prevent? Patients' and GPs' views of the doctor's role. *Scand J Prim Health Care.* 1997;15:114-7.
46. Oliver C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria.* 1999;24:352-9.
47. Morrison I, Smith R. Hamster health care. *BMJ.* 2000;321:1541-2.
48. Starfield B. Is US health care really the best in the world? *JAMA.* 2000;284:483-5.
49. Brody H. *The healers power.* New Haven: Yale University Press; 1992.
50. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the trust in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationship. *Psychol Rep.* 1990;67:1091-100.
51. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative. Forging a new model of the patient-physician relationship. *JAMA.* 1996;275:887-91.
52. Orstein R, Sobel D. *The healing brain.* New York: Simon & Schuster; 1987.
53. Astin JA, Shapiro S, Eisenberg D, Kelly L, Forsys MA. Mind-body medicine: state of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Med.* 2003;16:131-47.
54. Bucks RS, Williams A, Whitfield MJ, Routh DA. towards a typology of general practitioners attitudes to general practice. *Soc Sci Med.* 1990;30:537-47.
55. Huntington J. *Social work and general medical practice: collaboration or conflict?* London: Allen & Unwin; 1983.
56. Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. *Soc Sci Med.* 1988;27:579-81.
57. Merino Senovilla A, Miguel García F, Sanz Cantalapiedra R. Yo medicalizo, tu medicalizas, él... reflexiones y propuestas. *AMF.* 2005;1:269-78.
58. Eraut M. *Developing professional knowledge and competence.* London: Falmer Press; 1994.
59. Brookfield SD. *Understanding and facilitating adult learning.* Milton Keynes: Open University Press; 1986.
60. Robertson K. Reflection in professional practice and education. *Aust Fam Physician.* 2005;34:781-3.