

ORIGINALES

Estructura cognitiva de los médicos de familia en formación sobre la relación médico-paciente

J.R. Loayssa Lara y F.M. González García

Centro de Salud de Noain. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra.

Objetivos. Conocer y comparar la estructura cognitiva de los residentes de MFyC sobre la relación médico-paciente.

Diseño. Descriptivo, cualitativo.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Diez residentes de primer año seleccionados por muestreo intencional.

Mediciones. Entrevista de Piaget modificada por Pinies, evaluada con la técnica del análisis proposicional de conceptos y mapas conceptuales. Se definen 5 áreas temáticas sobre la relación médico-paciente: importancia y repercusiones, características y requisitos, modelo de relación, comportamiento del paciente y comportamiento del médico.

Resultados. Los conceptos no están suficientemente elaborados. La importancia de la relación médico-paciente es reconocida, pero no todas sus repercusiones. El requisito deseable de ésta más citado es la confianza del paciente. Los entrevistados apuestan por una relación en la que el paciente es pasivo aunque son conscientes del peligro del interrogatorio dirigido. La personalidad del paciente es el determinante de su comportamiento más citado, pero se comentan otros como creencias y expectativas. La decisión de consultar no se ve solamente como producto de los síntomas. Entre los mecanismos de defensa la negación es el más reconocido. Se señala el papel de los sentimientos del médico pero no cómo neutralizarlos; tampoco se resalta la formación.

Conclusiones. Existe una insuficiente apreciación de la importancia práctica de la relación médico-paciente. Es mayoritario un modelo de relación directiva y sin una orientación biopsicosocial. La formación en esta área es prioritaria, aunque su necesidad no sea percibida. Se debe investigar qué tipos de conocimientos refleja la estructura cognitiva y su papel en el comportamiento del profesional.

Palabras clave: Relación médico-paciente. Mapa conceptual. Residencia. Médico de familia. Educación de posgrado. Aprendizaje significativo.

THE THOUGHT STRUCTURE OF FAMILY DOCTORS IN TRAINING CONCERNING THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Objectives. To find and compare thought structures of family doctors in training concerning the doctor-patient relationship.

Design. Qualitative and descriptive.

Setting. Primary care.

Participants. 10 first-year residents selected through intentional sampling.

Measurements. Piaget interview modified by Pinies evaluated with the propositional analysis technique of concepts and conceptual maps. Five thematic areas concerning doctor-patient relationship were defined: importance and repercussions, characteristics and requisites, model of relationship, patient behaviour and doctor's behaviour.

Results. The concepts were not sufficiently elaborated. The importance of the doctor-patient relationship was recognised, but not all its repercussions. Its most often cited desirable requisite was patient confidence. Those interviewed opted for a relationship in which the patient is passive, although they were aware of the danger of leading questions. The personality of the patient was the most commonly cited determinant of his/her behaviour, but other determinants were mentioned, such as beliefs and expectations. The decision to go for a consultation was not seen just as a product of the symptoms. Denial was the most widely recognised defence mechanism. The role of the doctor's feelings was indicated, but not about how to neutralise them. Training was not emphasised, either.

Conclusions. There was insufficient appreciation of the practical importance of the doctor-patient relationship. A directive model of relationship was most common, lacking any biopsychosocial orientation. Training in this area, even though its need is not perceived, should be prioritised. The kind of knowledge underlying doctors' cognitive structure and its role in their behaviour should be investigated.

Key words: Doctor-patient relationship. Conceptual map. Residency. Family doctor. Postgraduate education. Significant learning.

(*Aten Primaria* 2001; 28: 158-166)

Correspondencia: J.R. Loayssa Lara.
Unidad de Programación y Docencia. Ambulatorio Conde Oliveto. 6.^a planta. 31002 Pamplona.
Correo electrónico: jloayssal@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 2-IV-2001.

Introducción

El conocimiento que un sujeto posee determina su capacidad de analizar situaciones y resolver problemas, así como su aprendizaje¹. El conocimiento se organiza de forma ordenada y coherente en forma de conceptos y conexiones entre éstos, que es lo que se denomina estructura cognitiva. Se trata de una estructura jerarquizada en la que los conceptos más generales actúan de «inclusores» de otros más concretos².

Se ha subrayado la importancia de la estructura del conocimiento en la competencia profesional³ y específicamente en la competencia clínica de los médicos⁴. La trascendencia de la organización de los conocimientos es una de las consecuencias fundamentales de la perspectiva clásica de Elstein y colaboradores sobre el diagnóstico médico⁵.

No hemos podido encontrar estudios específicos de la estructura de conocimientos de los médicos en el área de la relación con el paciente, aunque, en teoría, la identificación del marco cognitivo formado por los conocimientos del sujeto en el área de la relación médico-paciente que sirve para determinar qué es lo que los profesionales saben de un cuerpo de conocimientos concretos y para identificar errores e incongruencias conceptuales. Esto puede contribuir a diseñar programas formativos y a la comprensión del comportamiento del profesional. Por estas razones, se decidió estudiar la es-

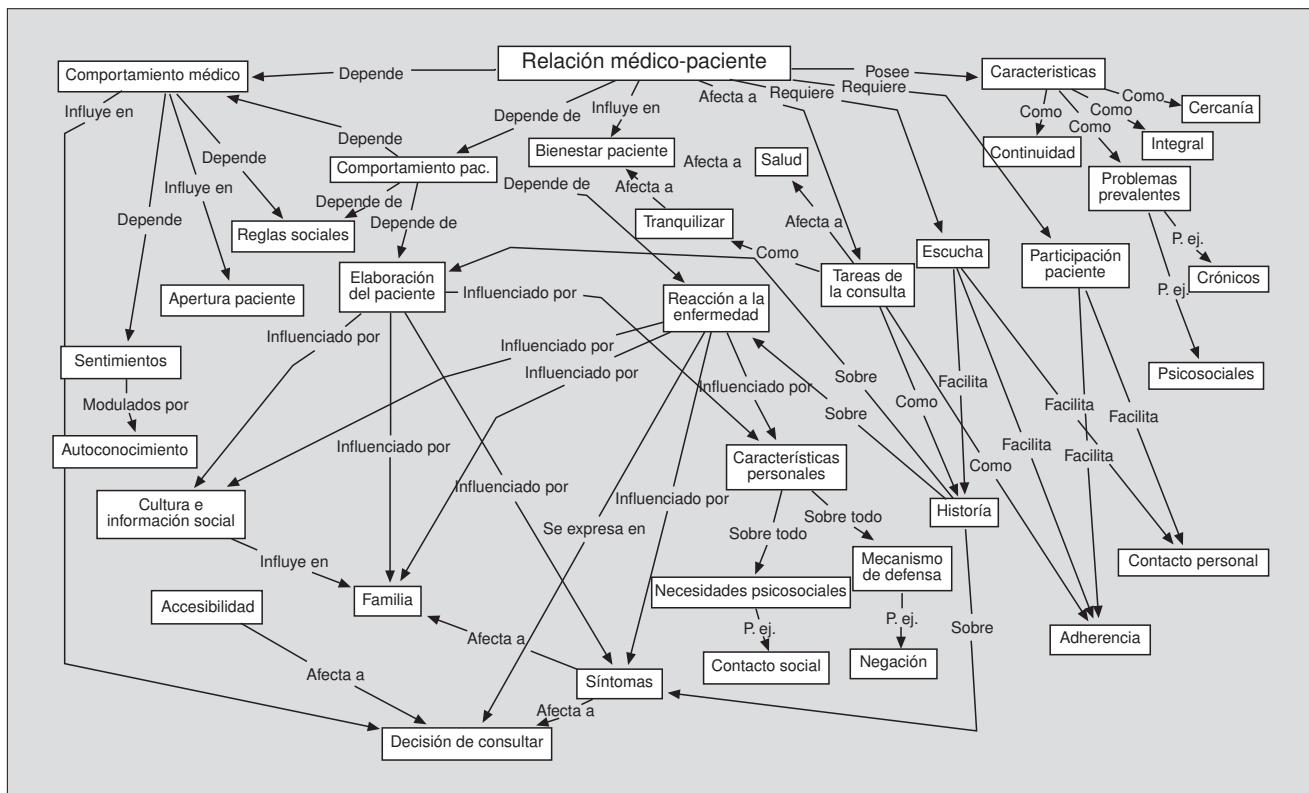


Figura 1. Mapa conceptual de referencia para la entrevista.

tructura cognitiva de los futuros participantes en un programa de formación en relación médico-paciente dirigido a médicos especialistas en formación de medicina familiar y comunitaria (MIR). Los objetivos del estudio eran contestar a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el conocimiento de los MIR sobre la relación médico-paciente y cuáles son las principales concepciones que mantienen?
2. ¿Existen en las concepciones sobre el tema de los MIR categorías diferenciadas?

El estudio pretendía aportar información que pudiera contribuir a valorar si el actual programa dirigido a los MIR en el área de relación médico-paciente es pertinente y ayudar a la introducir las modificaciones necesarias.

Metodología

Se seleccionaron por muestreo intencional 10 de los 30 residentes de MFyC de primer año de la Unidad Docente de Navarra (teniendo en cuenta sexo, experiencia previa y tipo de examen MIR). Para recoger la información se utilizó una versión modificada por L. Pinies⁶ de la entrevista de Piaget, específicamente creada para identificar la estructura cognitiva de los individuos.

La entrevista constaba de una serie ordenada de preguntas (primero generales, luego más concretas) con situaciones que el entrevistado debía analizar formulando explicaciones y definiendo consecuencias o alternativas. Su contenido (las preguntas generales iniciales se presenta en el anexo 1) fue definido sobre la base de la experiencia de uno de los autores —que ha impartido docencia en esta área desde hace más de 10 años— con la ayuda de una revisión bibliográfica y de los resultados de dos pequeños estudios realizados previamente: una entrevista telefónica con tutores de los residentes y un cuestionario a éstos.

La entrevista fue conducida de un modo flexible, reformulando y precisando las preguntas en función de las respuestas. Se adoptó este modelo flexible de entrevista al establecer como prioridad comprender la estructura individual de cada persona, antes que tratar de hacer comparaciones entre los entrevistados. Se construyó un mapa conceptual (fig. 1) para seleccionar el contenido de la entrevista y guiarla. El mapa conceptual es la representación visual de los conceptos y de las relaciones entre ellos que posee un individuo determinado, y por lo tanto es una técnica para representar la estructura cognitiva⁷. No obstante, se renunció a conducir la entrevista basándose en el mapa para evitar una aproximación demasiado dirigida, que tuviera como resultado imponer los esquemas previos de los entrevistadores.

La entrevista fue grabada. Se identificaron y transcribieron las frases significativas obviando las divagaciones o reiteraciones de la misma idea. Las proposiciones fueron individualizadas, separándolas y, en algunos casos, simplificando su expresión; después se listaron y

TABLA 1. Clasificación temática de las proposiciones aparecidas en la entrevista

Categorías y subcategorías	N.º de proposiciones
Importancia y repercusiones de la relación médico-paciente	59
Relación médico-paciente y tareas de la consulta	35
Relación médico-paciente y salud del paciente	21
Características y requisitos de la relación médico-paciente	82
Requisitos relación médico-paciente efectiva y apropiada	48
Relación médico-paciente en atención primaria y especializada	34
Modelo de relación médico-paciente	105
Dirección de la entrevista y participación del paciente	39
Estilo de entrevista y recogida de información	66
Comportamiento y reacción del paciente	258
Factores influyentes en la reacción y actitud del paciente	85
Creencias y expectativas del paciente	24
Decisión de consultar	128
Adhesión al tratamiento	21
El comportamiento del médico y los sentimientos	30

clasificaron por temática utilizando categorías extraídas de forma inductiva. Estas áreas temáticas se presentan, junto con el número de proposiciones incluidas en cada una de ellas, en el conjunto de entrevistas, en la tabla 1. Posteriormente, cada entrevista fue reanalizada extrayendo implicaciones de las ideas verbalizadas en ellas y relacionándolas entre sí. Finalmente, se compararon las concepciones de las diferentes entrevistas. El análisis fue realizado mediante mapas conceptuales y el análisis proposicional de conceptos. El análisis proposicional de conceptos es un método de análisis de las entrevistas que se basa en la idea de que el significado que tiene cualquier concepto para una persona se pone de manifiesto mediante el conjunto de proposiciones (conceptos unidos por enlaces significativos) que elabora una persona incorporándolo⁸.

Resultados

Todos los seleccionados aceptaron ser entrevistados. Las entrevistas duraron 35-70 minutos y discurrieron sin incidencias significativas. La actitud de los entrevistados fue colaboradora y el clima apropiado. El total de proposiciones obtenida fue de 534, oscilando entre 65 y 39 por entrevista. Como hemos dicho, el número de proposiciones dentro de cada una de las áreas temáticas en las que se clasificaron las proposiciones se presenta en la tabla 1 y en la 2

se listan manifestaciones de los entrevistados en cada área temática. También se construyeron mapas conceptuales para el análisis. En la figura 2 se presentan los mapas de tres de los entrevistados en 2 áreas temáticas. Aunque los temas en los que cada entrevistado se detiene son distintos, se puede constatar que, en general, aparecen pocos conceptos y con pocas relaciones entre ellos. Los términos empleados son a menudo confusos y no técnicos (no coincidentes con los utilizados por los expertos). Se aprecian contradicciones dentro del discurso de la mayoría de los entrevistados. Por ejemplo, posturas que podemos identificar como relacionadas con una perspectiva no autoritaria de la relación médico-paciente coexisten con posiciones en otro aspecto que, por el contrario, se pueden adscribir a una perspectiva más tradicional. Aunque no fue factible definir una tipología de las posiciones existentes, sí se identificaron posiciones comunes y diferencias en los diversos temas.

Importancia y repercusiones de la relación médico-paciente

Todos los entrevistados reconocen la importancia de la comunica-

ción médico-paciente y algunos citan situaciones en las que esta importancia es mayor: enfermedades mentales y actividades preventivas. La mayoría nombra la repercusión que la relación con el paciente tiene sobre algunas de las tareas de la consulta, en concreto sobre la obtención de información válida y significativa, y en la adhesión al tratamiento (tabla 2.1). Otras repercusiones solamente son citadas por algún entrevistado: entre éstas comprender al paciente, incidir sobre su actitud ante la enfermedad, calmar sus preocupaciones y lograr que quede satisfecho.

En relación con la importancia de la comunicación con el paciente, 2 entrevistados creen que puede incidir en los parámetros biológicos de la enfermedad (tabla 2.2), mientras los demás piensan que sólo lo hace en los aspectos subjetivos (tabla 2.3) (fig. 2, entrevistados 1, 5 y 7).

Características y requisitos de la relación médico-paciente

La totalidad de los entrevistados creen que la relación médico-paciente es más decisiva para el médico de familia que para el especialista, y citan diferentes razo-

TABLA 2. Manifestaciones de los entrevistados. Ejemplos en las diferentes áreas temáticas identificadas

I. Importancia y repercusiones de la relación médico-paciente

1. «La comunicación con el paciente es importante para el médico de familia ya que es una variable que contribuye a que pueda obtener la información que necesita y a que aquél cumpla el tratamiento prescrito»
2. «La comunicación con el paciente, aunque no es el componente principal, puede condicionar la evolución clínica de un paciente»
3. «El trato apropiado al paciente puede influir en la mejora de los aspectos subjetivos de la enfermedad, pero no en la propia evolución clínica, no en los aspectos objetivos»

II. Características y requisitos de la relación médico-paciente

4. «El médico de familia tiene una relación más continuada con el paciente y puede entrar en terrenos personales de éste... El especialista, por su parte, tiene el prestigio que deriva de los medios diagnósticos a su alcance... La intervención del especialista se da en situaciones más específicas, más particulares, la del médico de familia es en situaciones más permanentes
5. «La relación con el paciente se debe basar en la confianza que significa que el paciente debe dar crédito al médico como experto... la confianza se pierde si el paciente te presiona para hacer cosas con las que no estás de acuerdo o si no puedes dar crédito a la información que te da»

III. Modelo de relación médico-paciente

6. «En la consulta el médico es el que debe decidir, porque si no el paciente se puede comer el tiempo en detrimento de otros que lo pueden necesitar más»
7. «El médico debe dirigir la entrevista pero poner atención en lo que el paciente dice... no debe cortar la expresión del paciente y debe escucharle»
8. «Ofrecer alternativas y dejar que el paciente decida es procedente cuando la opción no está muy clara porque el balance beneficio-efectos secundarios es dudoso o cuando está en juego el coste económico para el paciente»
9. «El médico puede distorsionar la información que le proporciona el paciente realizando un interrogatorio destinado a confirmar la hipótesis que se tiene sobre los problemas del paciente. Esta actitud se explica porque a veces se adelanta tiempo... ; en atención primaria puede ser más grave porque se puede tender a pensar que el paciente siempre viene por lo mismo»
10. «Que el paciente sugiera el diagnóstico es muy molesto porque se siente que te usurpan tus funciones como médico»

IV. Comportamiento y reacción del paciente

11. «En la reacción del paciente a la enfermedad influye mucho la personalidad del paciente... La información del médico y cómo la da también influye, aunque esta información no sirve de nada si el paciente tiene una personalidad especial: obsesivo, hipocondríaco, etc.»
12. «Para ofrecer soluciones al paciente el médico debe conocer y aclarar las ideas previas del paciente»
13. «Los médicos habitualmente sólo toman en cuenta las ideas y explicaciones del paciente que influyen en su comportamiento cuando esto se ve muy claro, pero no lo exploran ni piensan en ello en el resto de casos»
14. «Las ideas del paciente sobre su enfermedad influyen mucho en éstos y, aunque se intente ser pedagógico, son difíciles de cambiar; a veces tienes la sensación de que le hablas a la pared»
15. «Los pacientes a veces no facilitan información por miedo al significado de ésta, intentan autotranquilizarse y negar las posibles consecuencias»
16. «La decisión de acudir a la consulta está influida principalmente por las preocupaciones que los síntomas producen y el temor al posible diagnóstico»
17. «A veces los parámetros objetivos de valoración de la evolución no coinciden con la evaluación subjetiva del paciente, lo que les puede llevar a consultar reiteradamente»
18. «La gente consulta innecesariamente porque es fácil, cercano y no cuesta nada»
19. «Un paciente puede seguir sospechando que tiene algo más o desea que se le realicen pruebas o se le derive al especialista, y esto le lleva a acudir reiteradamente al médico»

V. Comportamiento del médico y los sentimientos

20. «En la relación médico-paciente existen toda una serie de sentimientos hacia el paciente que no deberían influir en que reciban mala atención los que no despierten sentimientos positivos. Pero conseguir esto, ser imparcial, es muy difícil»
21. Los sentimientos del médico influyen superficialmente en el modo que se trata al paciente, pero no en las decisiones básicas que se toman en la consulta

nes para justificarlo: continuidad de la atención, mayor conocimiento mutuo, cercanía emocional y atención más global. De forma más aislada se sugieren otras características (presencia de problemas sociales, enfermedades crónicas, etc.). Se piensa que la relación en atención primaria es más cercana, pero que el especialista

despierta más respeto y tiene más prestigio (tabla 2.4).

Cuando hablan de los requisitos que definen una relación apropiada, los residentes se refieren sobre todo al concepto de confianza. Un entrevistado recurre a la idea del respeto y algunos indican que un requisito de una relación adecuada es que no exista mucha dis-

tancia. La confianza se define como la concesión de crédito a la capacidad científica del médico, la aceptación de sus criterios, el seguimiento de sus instrucciones y la disposición a proporcionarle información veraz (tabla 2.5). Se tiende a pensar que los pacientes «confían» más en los especialistas que en el médico de familia.

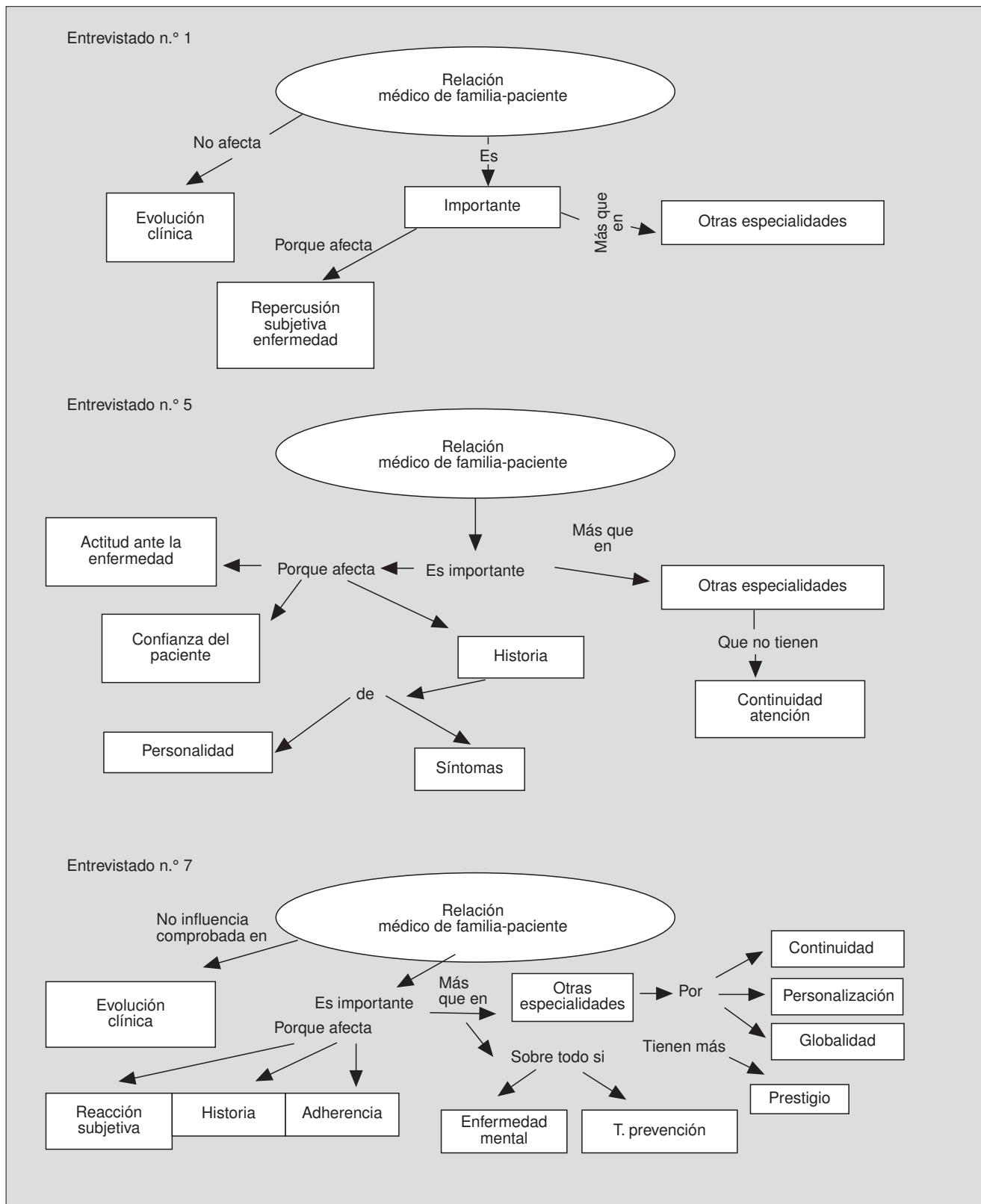


Figura 2. Mapas conceptuales de las áreas de importancia y repercusiones de la relación médico-paciente y características de ésta en atención primaria en tres de los entrevistados.

Modelo de relación médico-paciente

Otro aspecto donde se produce una coincidencia mayoritaria es el modelo de entrevista. La idea dominante, que en ocasiones se justifica en la falta de tiempo, es que la dirección de la entrevista la debe llevar el médico (tabla 2.6), pero muchos entrevistados hacen hincapié en que esta dirección sea sin autoritarismo, dejando espacio para que el paciente se exprese (tabla 2.7). La toma de decisiones es contemplada, en general, como una tarea del médico, aunque éste debe justificarlas ante el paciente con las debidas explicaciones. Para la mayoría, el paciente sólo debe decidir en circunstancias especiales: cuando existen varias alternativas con un balance coste-beneficio dudoso, cuando puede repercutir en el coste económico para el paciente o cuando el tratamiento implica modificaciones en su estilo de vida (tabla 2.8).

Estrechamente ligada a la concepción del modelo de entrevista está la percepción crítica del hecho de que el paciente sugiera el diagnóstico (tabla 2.9). En general, se dan pocas razones para justificar esta crítica, e incluso se reconoce la posibilidad de que resulte positivo. Por otro lado, además, la mayoría de los entrevistados reconoce el peligro de un interrogatorio demasiado dirigido, aunque su adopción sea justificada por la falta de tiempo (tabla 2.10).

Comportamiento y reacción del paciente ante la enfermedad y los servicios

Los profesionales entrevistados son capaces de señalar, en número variable, muchas de las influencias en el comportamiento del paciente. Los residentes tienden a dar más importancia a la personalidad del paciente (tabla 2.11), pero casi todos comentan el

papel de sus ideas previas, aunque solamente algunos indican expresamente la necesidad de identificarlas (tabla 2.12). Incluso un entrevistado reconoce que esta identificación habitualmente no se hace (tabla 2.13); por el contrario, otros ven estas ideas como inmodificables (tabla 2.14). Otros factores señalados en las entrevistas como condicionante de la conducta del paciente son las experiencias previas, la actitud de los familiares, la naturaleza y gravedad de la enfermedad, la información que proporciona el médico, la cultura y la información social circulante. Los servicios sanitarios y el comportamiento del médico, aunque también son citados, ocupan un lugar muy secundario en la gran mayoría de los discursos.

Entre las reacciones del paciente se identifica un mecanismo de defensa como es la negación (tabla 2.15); algunos entrevistados hablan de la hostilidad del paciente como producto de sus experiencias con el sistema de salud y no de su animadversión hacia el médico.

Cuando se comenta sobre la decisión del paciente de acudir a consulta, de nuevo se nombra una amplia gama de factores condicionantes: información, necesidad de contacto social, ideas y expectativas sobre el tratamiento, accesibilidad tanto física como psicológica, etc. Muchos de los entrevistados señalan la preocupación que causan los síntomas como causa clave de la consulta (tabla 2.16). Los entrevistados, en general, justifican la decisión de consultar de los pacientes por la dificultad de valorar los síntomas (tabla 2.17) y no cargan las tintas en las consultas innecesarias, aunque algunos advierten del peligro de que la accesibilidad provoque consultas injustificadas (tabla 2.18). También alguno llama la atención sobre el hecho de que la consulta reiterada puede ocultar expectativas no satisfechas (tabla 2.19).

Comportamiento del médico

Aquí las opiniones se centran en el tema de los sentimientos del médico (condicionado por las preguntas de la entrevista). Domina la idea de que los médicos se ven afectados por los sentimientos que les provocan sus pacientes; pero mientras unos creen que son difícilmente neutralizables (tabla 2.20), otros no piensan que afecten a su actuación de forma decisiva (tabla 2.21). Ningún entrevistado señala alguna alternativa para contrarrestar este posible efecto ni el papel de la formación en ello.

Discusión

La tendencia de los entrevistados a extenderse en algunos temas y olvidar otros, la utilización de términos confusos y no técnicos y las contradicciones internas en los discursos pueden estar condicionados por la falta de enseñanza formal sobre la relación médico-paciente. Esto hace que no exista un marco de referencia teórico con conceptos y principios comunes.

Las contradicciones existentes pueden estar relacionadas con la dificultad de matizar las ideas cuando no se dispone conceptos claros, con la presión de los sentimientos que pueden provocar racionalizaciones dirigidas a evitar la disonancia cognitiva, y con el hecho de que los entrevistados se encuentren en un período de evolución de sus concepciones que hace más necesaria una intervención formativa.

Precisamente, una omisión llamativa en casi todos los discursos es la necesidad de formarse (solamente un entrevistado lo indica). Esto hace pensar que el reconocimiento de la importancia de la comunicación médico-paciente es un poco una frase hecha sin compromiso real o que predomine la creencia de que no es posible formarse en esta área, a pesar de

que desde hace tiempo esta idea ha sido refutada⁹. Tampoco contempla la formación como un instrumento para modular la influencia de sus propios sentimientos, que se ha evidenciado como una dimensión esencial de ésta¹⁰. La no percepción de la necesidad de formarse puede estar ligada a una falta de cuestionamiento crítico de las propias actitudes y conductas. Como decía un entrevistado, «el problema es que los médicos reflexionamos poco sobre estos temas». Esta reflexión crítica es más imprescindible en cualquier educación formal.

Se citan algunas influencias de la relación médico-paciente, aunque se olvidan algunas muy importante dentro de las muchas que se han descrito¹¹.

También se aprecia una cierta frustración entre los médicos en formación, manifestada como la percepción de la existencia de una mayor confianza de los pacientes en el especialista. Se ha señalado que es relativamente común que los médicos se sientan frustrados por la relación con sus pacientes y que esta frustración es más elevada entre los médicos de familia¹². Esta frustración ha sido detectada en nuestro país desde el principio de la reforma de atención primaria¹³.

Es llamativa la gran trascendencia que se le otorga a la confianza, y que a la vez sólo se proponga como estrategia para ganarla que el médico demuestre su competencia técnica. Sin embargo, la confianza del paciente depende tanto de ésta como de la competencia interpersonal¹⁴. No se dice nada de comportamientos del médico, como mostrar interés y calor, que tienen un efecto decisivo en la relación con el paciente. Tampoco se nombra la empatía, que es una de las cualidades esenciales de la buena relación médico-paciente¹⁵. El discurso de la confianza trasluce una perspectiva de un paciente pasivo que se debe poner en «manos» del médico. Esta perspectiva

se expresa también en una visión muy restrictiva de los aspectos sobre los que el paciente puede opinar y decidir. Esto conduce a que se vivan sugerencias y peticiones del paciente como cuestionamiento de la autoridad y competencia del médico. Se reconoce el peligro de distorsión de la información que proporciona el paciente (que una entrevista dirigida provoca), pero esto no conduce, salvo en algún caso, a subrayar la importancia de la escucha y a proponer un interrogatorio más abierto y menos directivo.

El modelo de relación predominante podemos considerar que se tiende a situar dentro de los modelos de control y paternalista de la relación médico-paciente¹⁶. No es en modo alguno sorprendente su adscripción a estos modelos. Durante muchos años se ha promovido una actitud de los médicos que podríamos denominar como «paternalismo benévolos». Los médicos actúan en nombre de los pacientes y por su bien, pero contando poco con ellos¹⁷. Sin embargo, es reseñable que el modelo que podríamos llamar técnico (frío, distante, correcto)¹⁸ no es defendido por ninguno de los entrevistados. Se puede pensar que este modelo puede ser más aceptado por los especialistas y que los médicos de familia tienden a adoptar un enfoque que, con limitaciones, es más «humanista». En todo caso, no ofrece dudas de que los profesionales entrevistados se hallan, en general, lejos de un método clínico centrado en el paciente¹⁹. Los entrevistados no ven la decisión de consultar como un producto directo de los síntomas, posición frecuente entre los médicos²⁰, sino que reconocen diversas influencias en el comportamiento del paciente y en su decisión de consultar. Sin embargo, no poseen un cuadro completo de los factores que inciden en ésta. Se insiste en el papel de la personalidad del paciente y se subvalora la necesidad de identificar sus ideas pre-

vias y sus preocupaciones, que se hallan presentes en casi todos los pacientes, incluso en aquellos con cuadros leves^{21,22}. Esto sugiere que los entrevistados se encuentran lejos de una concepción biopsicosocial de la atención de salud, cuya especial trascendencia para el médico de familia se ha recalado²³.

A pesar de estos resultados, el estudio nos plantea algunas preguntas. Una de ellas es en qué medida la estructura cognitiva identificada por medio de este tipo de entrevistas es capaz de retratar todos los tipos de conocimiento que se utilizan en la práctica profesional²⁴. Entre éstos, existen conocimientos de naturaleza implícita que tienen gran peso en la actuación de los profesionales²⁵ y que son adquiridos mediante la observación y la experiencia práctica²⁶. También es necesario establecer si la estructura cognitiva identificada con entrevista piagetiana ayuda a entender cómo el conocimiento es utilizado en la práctica²⁷ y si se relaciona con la competencia comunicativa, dado que el estilo de entrevista depende en gran medida de factores emocionales. Se ha demostrado que el estado afectivo condiciona el procesamiento de información²⁸. El peso de los valores y emociones en la relación médico-paciente es más importante que en temas más «neutrales», y el tipo de conocimientos y razonamientos utilizados posiblemente sean de carácter menos científico y explícito. Pudiera ser que la relación médico-paciente no se afronte desde una lógica científica, sino desde una perspectiva más relacionada con eventos más cotidianos (relaciones humanas de cada día) y que, por lo tanto, en ella se utilice otro tipo de razonamiento diferente del usado en el razonamiento dentro de las disciplinas científicas²⁹. De este modo, la resolución de problemas en el área de la relación médico-paciente no se basaría en el uso

de los conceptos y principios de la estructura cognitiva del sujeto, lo que algunos autores denominan resolución significativa de problemas («meaningful problem solving»), sino que se realizaría de forma independiente del entendimiento conceptual del problema en cuestión. Esto sería compatible con la pobreza en número de conceptos y relaciones de la estructura cognitiva de los profesionales entrevistados que ya hemos comentado. Es necesario continuar la realización de estudios como éste y otros dirigidos a identificar el conocimiento implícito, las estructuras cognitivas dinámicas que se producen en el momento de resolver problemas y relacionarse con el paciente, así como valorar la influencia en éstas de factores emocionales.

La variabilidad del contenido y el pequeño número de entrevistas (no hemos alcanzado el punto de saturación) han contribuido a que no seamos capaces de definir ninguna tipología definida. Nuestra impresión es que la variabilidad del contenido no se traduce en posiciones globales diferenciadas, sino que parecen más bien variantes de la misma perspectiva. A pesar de sus limitaciones, este estudio apoya la idea de que es prioritaria una formación sobre la relación médico-paciente (se han detectado concepciones que, en la práctica, pueden ser un obstáculo para entender al paciente y para adoptar un estilo de entrevista apropiado) y ha contribuido a redefinir las proposiciones clave de la instrucción para el seminario planteado.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de Arantza Nievea Sardoya, que realizó la corrección de la redacción del texto.

Bibliografía

1. Ausubel DP. *Educational psychology: a cognitive view*. Holt: Richard and Winston, 1968.
2. González García FM, Novak JD. Aprendizaje significativo. Técnicas y aplicaciones. Madrid: Cineel, 1993; 33-36.
3. Regehr G, Norman GR. Issues in cognitive psychology: implications for professional education. *Acad Med* 1996; 71: 988-1001.
4. Norman GR, Schmidt HG. The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence. *Acad Med* 1992; 67: 557-565.
5. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. *Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning*. Cambridge MA/Londres: Harvard University Press, 1978.
6. Pinies L, Novak JD, Posner GJ, Vankirk J. *The clinical interview: a method of evaluating cognitive structure*. Nueva York: Curriculum Series. Research Report 6. Cornell University, 1978.
7. Novak JD. Concepts maps and vee diagrams: two metacognitive tools to facilitate meaningful learning. *Instructional Science* 1991; 19: 1-25.
8. Novak JD, Gowin DB. Aprendiendo a aprender. Barcelona: Martínez Roca, 1988; 166-172.
9. Sanson-Fisher R, Maguire GP. Should skills in communicating with patient be taught in medical schools. *Lancet* 1980; 2: 523-526.
10. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. *JAMA* 1997; 278: 502-509.
11. Loayssa Lara JR, García García M, Díez Espino J. La relación médico-paciente y la entrevista clínica. En: Gallo Vallejo FJ editor. *Manual del residente de medicina familiar y comunitaria*. Madrid: IMyC, 1993; 468-469.
12. Levinson W, Stiles W, Inui T, Engle R. Physician frustration in communicating with patients. *Med Care* 1993; 31: 285-295.
13. Aguinaga Roustan J, Díaz Ojeda MA, Reviriego Almohalla C, Toledo Gil C. La atención primaria hoy: profesionales frustrados y usuarios insatisfechos. *Jano* 1986; 31: 488-497.
14. Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract* 1997; 44: 169-176.
15. Steinhull SR, Topol EJ. Empatía médica. ¿Debería importarnos? *Lancet* (ed. esp.) 1998; 32: 6-8.
16. Epstein RM. The patient-physician relationship. En: Mengel MB, Holleman WL, editores. *Fundamentals of clinical practice: a textbook on the patient, doctor and society*. Nueva York: Plenum Medical, 1996; 105-132.
17. Tate P. *The doctor communication handbook*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1996; 7-8.
18. Borrel i Carrio F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 1989.
19. Levenstein JH, McCracken EC, McWhitney IA, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986; 3: 24-30.
20. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. *An Intern Med* 1981; 94: 492-498.
21. Brody DS, Miller SM. Illness onset and recovery from URI. *Med Care* 1986; 24: 742-748.
22. Gerdes EP, Guidi EJ. Anxiety y pacientes awaiting primary care. *Med Care* 1987; 25: 913-923.
23. Campbell TL. Medical interviewing and the biopsicosocial model. *J Fam Pract* 1998; 47: 339-340.
24. Eraut M. Learning professional processes: public knowledge and personal experience. En: Eraut M, editor. *Developing professional knowledge and competence*. Londres: Farmer Press, 1998.
25. Goldman GM. The tacit dimension of clinical judgment. *Yale J Biol Med* 1990; 63: 47-61.
26. Epstein RM, Cole DR, Gawinski B, Piotrowski-Lee S, Ruddy NB. How students learn from community based preceptors. *Arch Fam Med* 1998; 7: 149-154.
27. Ruiz-Primo MA, Shavelson RJ. Problems and issues in the use of concepts maps in science assessment. *J Res Sci Teach* 1996; 33: 569-600.
28. Bless H, Fiedler K. Affective states and the influence of activated general knowledge. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1995; 21: 766-778.
29. Reif F, Larkin JH. Cognition in scientific and everyday domains: comparisons and learning implications. *J Res Sci Teach* 1991; 28: 733-760.

ANEXO 1. Preguntas generales iniciales de la entrevista

¿Qué opinas sobre la importancia de la comunicación y la relación con el paciente para el médico de familia?

¿Cómo te parece que puede influir la comunicación y la relación con el paciente en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud?

¿Te parece que la relación que se establece con el médico puede repercutir en la salud del paciente? ¿Cómo se produce esta influencia?

¿Desde tu punto de vista existen diferencias entre la relación del médico de familia con el paciente y la que tienen otros especialistas?

¿En qué consisten esas diferencias?

¿Quién debe ejercer la autoridad en la consulta: el médico, el paciente o ambos? ¿Cuándo debe el médico imponer sus criterios?

¿En qué ocasiones debe ser el paciente el que decide?

¿Te parece que el contenido de la consulta (tipo de problemas que se ven) plantea problemas y necesidades particulares al médico de familia en comparación con otros médicos?

En general, que el paciente sugiera el diagnóstico al médico se considera inapropiado y es mal recibido por el médico? ¿Qué opinas de este hecho?

¿Qué es lo que determina la reacción del paciente a la enfermedad?

¿En tu opinión, qué es lo que influye en que un paciente se decida a acudir a la consulta?

¿En muchas ocasiones los pacientes no comunican al médico ciertos datos significativos de sus problemas? ¿Qué es lo que determina que el paciente se decida o no a expresar sus preocupaciones y expectativas durante la consulta?

Seguramente has podido comprobar que muchos pacientes acuden a consulta por motivos poco graves que no parecen requerir atención médica ¿Por qué crees que se puede producir este fenómeno?

¿Qué es lo que te parece que influencia el comportamiento de los médicos con el paciente en la consulta? ¿Qué papel desempeñan los sentimientos que despierta el paciente (simpatía, antipatía, pena, etc.)? ¿Qué repercusiones tienen en la consulta?

¿Cómo actuar frente a ellos?