



## ORIGINAL

# Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el comportamiento del médico de familia en la consulta



José R. Loayssa Lara<sup>a,\*</sup>, Roger Ruiz Moral<sup>b</sup> y Fermín González García<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio Navarro de Salud, Huarte-Pamplona, Navarra, España

<sup>b</sup> Departamento de Comunicación Clínica, Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Vitoria, España

<sup>c</sup> Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 3 de febrero de 2014; aceptado el 7 de julio de 2014

Disponible en Internet el 12 de diciembre de 2014

### PALABRAS CLAVE

Atención primaria;  
Medicina de familia;  
Actitud del personal  
de salud;  
Relación  
médico-paciente

### Resumen

**Objetivo:** Identificar la «teoría en la acción» según el concepto de Argyris y Schon de un grupo de médicos de familia y comprobar si esta «teoría» aparece como una representación válida de su comportamiento y congruente con otros estudios.

**Diseño:** Descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** Atención Primaria.

**Participantes:** Diez médicos de familia con una experiencia mínima de 10 años de otros tantos centros de salud de una ciudad y su comarca.

**Método:** Selección por muestreo intencional en función de la antigüedad, sexo, características del centro de referencia y estilo de práctica. Grabación y transcripción de audiograbaciones y observación de consultas. Formulación y agrupación inductiva de las proposiciones a partir de la identificación de las conductas en la consulta y su contexto siguiendo las propuestas de Argyris y Schon. Comparación de las proposiciones de los participante entre sí y con la literatura.

**Resultados y discusión:** Las 84 proposiciones de los entrevistados se agrupan en 9 categorías temáticas que en orden del peso de su presencia son: confianza/interés, medicalización, dimensión subjetiva, dirección, negociación, distancia e información, calidad clínica, comunicación clínica. Las proposiciones de los dos primeros temas son básicamente coincidentes mientras que en el resto aparecen diferencias en la teoría en la acción de distintos médicos. Las proposiciones pueden ser integradas con los resultados de otros estudios.

**Conclusión:** Es factible formular la teoría en la acción de los MF que aparece como una representación global y coherente de su comportamiento en la consulta.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jloayssa@papps.org](mailto:jloayssa@papps.org) (J.R. Loayssa Lara).

**KEYWORDS**

Primary health care;  
Family practice;  
Attitude of health  
personnel;  
Physician-patient  
relationship

### Theory of action on patient relationships. A different way of representing and understanding the behaviour of the family doctor in the clinic

**Abstract**

*Objective:* To identify the «theory in the action», according to the concept of Argyris and Schon, in a group of Family Doctors and to examine whether this «theory» seems to be a valid representation of their behaviour, as well as a comparison with results of other studies.

*Design:* Descriptive, cross-sectional study.

*Setting:* Primary Care.

*Participants:* Ten Family Doctors with a minimum of 10 years experience in Health Centres of a city and its surrounding area.

*Method:* Intentional sampling was used to select the participants, according to age, sex, characteristics of the Health Centre, and style of practice style. Data was collected from recordings and transcription of self-recordings, as well as from observations in the consulting room. Inductive formulation and grouping of the propositions was performed from the identification of the behaviours in the consulting room and as well as their context following the proposals of Argyris and Schon. A comparison was also made of the propositions of the participants of this study and with those in the literature.

*Results and discussion:* The 84 propositions from the interviews were grouped into 9 topical categories, which in order of weight were: confidence / interest, prescribing medications, subjective dimension, direction, negotiation, distance, and information. The propositions of the first two topics are basically similar, while differences appear in the «theory in action» of various doctors. The propositions were comparable with the results of other studies.

*Conclusion:* It is possible to formulate the theory in action of Family Doctors that appears to be an overall and coherent representation of their behaviour in the consulting room.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**Introducción**

La relación médico-paciente ha sido extensamente investigada<sup>1,2</sup>, incluyendo abundantes estudios desde una óptica socio-antropológica. Hace sesenta años Parsons inauguró una línea de investigación que contribuyó a identificar los condicionantes de la relación. Sin embargo queda mucho por comprender del comportamiento concreto de los protagonistas de la interacción<sup>3</sup>. Para este objetivo se ha utilizado la perspectiva tradicional de la psicología social que considera el comportamiento determinado por las creencias, las intenciones y las actitudes<sup>4</sup> aunque esta relación sea compleja<sup>5</sup>.

Argyris y Schon ofrecen un acercamiento diferente para entender el comportamiento profesional<sup>6</sup>. Estos autores proponen que la conducta de los profesionales (al igual que toda conducta humana) está dirigida a conseguir metas concretas y está influida por las percepciones sobre los objetivos deseados, su factibilidad, las intenciones y actitudes previstas de las otras personas implicadas y los condicionantes del contexto. El procesamiento de esta información tiene lugar predominantemente de forma tácita y no reflexiva, expresándose en lo que denominan «teoría en la acción» que no coincide con la teoría que los profesionales declaran cuando se les interroga sobre su práctica, y que según Argyris y Schon no explica su comportamiento. En un estudio previo estudiamos esta teoría «declarada» con médicos de familia<sup>7</sup>.

La teoría de Argyris y Schon se ha utilizado predominantemente en gestión de empresas donde su influencia ha sido notable<sup>8</sup> pero también se ha aplicado en otras áreas<sup>9-11</sup>

incluyendo Ciencias de la Salud donde se han publicado algunos estudios<sup>12-14</sup> y hemos encontrado una tesis en la Universidad de Michigan de V. Keller que no ha sido publicada estudiando la teoría en la acción de los médicos de familia en su relación con el paciente. El presente estudio se inspira en aquel y plantea como objetivos principales: identificar y comparar las proposiciones básicas de la «teoría en la acción» referida a la relación con el paciente de un grupo de médicos de familia urbanos y experimentados; comprobar si es posible formular la «teoría en la acción», valorar si esta aparece como significativa y coherente y es útil para representar y entender mejor el comportamiento del médico de familia en la consulta.

**Material y métodos**

Argyris y Schon sostienen que la teoría en la acción se identifica partiendo del comportamiento en condiciones reales y descubriendo la teoría «incrustada» en él<sup>15</sup>, con este fin utilizamos la observación, grabación y análisis de transcripciones de las consultas de los participantes.

Mediante muestreo intencional se seleccionaron observaron y grabaron 12 médicos (8 hombres y 4 mujeres) de 12 centros de salud. Los centros eran de características sociodemográficas diferentes (nivel socioeconómico de la población, tamaño y localización). Todos los médicos tenían una experiencia clínica mínima de 10 años y diferentes estilos de práctica a juicio de los investigadores. Cuando los primeros 10 (6 hombres y cuatro mujeres) habían sido analizados, se realizó un análisis preliminar de otros dos médicos y al no encontrar novedades sustanciales no se incluyeron.

**Tabla 1** Interpretación de las conductas en la consulta en términos de proposiciones de la «teoría en la acción»*Secuencia consulta**Paciente de baja laboral por lumbalgia*

- ¿QUIERES EL ALTA?
- Sí, para el lunes ya empezar
- Y LOS SÁBADOS ¿NO TRABAJAS?
- No
- ENTONCES LO HAGO CON FECHA DE HOY
- El sábado igual, el sábado voy una hora nada más, pero igual no voy hasta el lunes
- ENTONCES TE HAGO EL ALTA CON FECHA DEL SÁBADO PARA QUE NO TENGAS QUE IR EL SÁBADO
- El sábado no voy más que una hora nada más, así es que...
- PERO ASÍ TE QUEDAS CUBIERTO. TE PONGO EL LUNES PARA QUE TODO EL MUNDO «QUÉ TAL J., CÓMO ESTÁS, QUÉ TE HA PASADO», ASÍ EL LUNES POR LO MENOS YA PUEDES HABLAR CON TODO EL MUNDO
- Si voy el sábado no va a haber nadie casi porque voy de ocho a nueve. Ya sabes lo que pasa (...)
- Y ADEMÁS PARECE QUE NADIE SE FIJA EN QUE ESTÁS HASTA QUE NO ESTÁS
- Tengo que ir nada más una hora allá, que está allá en una portería al lado, enfrente de lo del Gobierno, que está la Guardia Civil, uno que hay... para lo de la Seguridad Social
- CON FECHA DEL 22. QUÉ MÁS NECESITAS?

Proposición: si quieres construir una relación con el paciente entonces debes tratar de proporcionarle ventajas y facilidades aplicando con flexibilidad las normas.

Se audiograbaron tres sesiones de consulta de cada médico en días diferentes. Estas grabaciones fueron transcritas (verbatim). Cada sesión duró entre 120 y 150 minutos e incluyeron entre 9 y 16 pacientes con características diferentes (edad, sexo y frecuencia de visitas, problemas agudos, crónicos, físicos y psicoemocionales). Otra sesión de cada participante se grabó y mantuvo en reserva por si el contenido de las primeras tres sesiones no era suficiente. Solamente en el caso de un participante esta sesión adicional fue utilizada. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y siete declinaron participar.

Análisis: las transcripciones fueron analizadas siguiendo un procedimiento inductivo. Primeramente se escucharon las grabaciones repetidamente hasta que se obtuvo una idea general de los patrones de comportamiento del médico. Posteriormente se realizó un proceso de análisis más sistemático. Todos los comportamientos concretos de los médicos (v.g. pregunta por la familia) fueron individualizados. Las circunstancias en las que aparecía el comportamiento fueron anotadas (v.g. pregunta por la familia cuando el paciente ha sufrido un evento familiar concreto recientemente) y se infirió el objetivo del comportamiento específico preguntándose qué es lo que el médico quería conseguir. Siguiendo a Argyris y Schon<sup>14</sup>, con estos elementos y usando la fórmula «si...entonces...» (v.g. «Si quieres que el paciente perciba interés por tu parte entonces debes preguntar por la familia cuando han tenido lugar eventos especiales») se generaron las proposiciones. Esta construcción de proposiciones, suponía traducir las presunciones y creencias del médico identificadas en términos de «reglas de comportamiento». Su elaboración no resultó en general complicada ya que el comportamiento del médico resultó repetitivo. Un ejemplo de la interpretación de un fragmento de la consulta se presenta en la [tabla 1](#). Las proposiciones fueron listadas y ensambladas en otras más generales e inclusivas.

Una vez que la «teoría» había sido identificada, se aplicó a las transcripciones de nuevo para comprobar si eran consistentes con el comportamiento de los médicos. En el curso de este proceso las afirmaciones fueron refinadas y se

introdujeron algunas modificaciones. Esta verificación se repitió hasta que no se sugirieron nuevos cambios. Se efectuó un esfuerzo especial para encontrar explicaciones alternativas y evidencia desconfirmante. Una vez hecho esto se compararon las «teorías en la acción» de todos los participantes identificando similitudes y diferencias entre ellas. Esta comparación sirvió asimismo como oportunidad para examinar la consistencia de las teorías de cada individuo y aclarar la relación entre distintas proposiciones.

Finalmente las proposiciones fueron clasificadas en categorías definidas de forma inductiva. Todo el proceso fue llevado a cabo por un investigador mientras que otro investigador actuó como revisor del mismo. Un tercer investigador revisó también el análisis centrándose en el proceso y no en los detalles del contenido.

## Resultados

Las proposiciones de uno de los entrevistados se presentan en la [tabla 2](#). Las 84 proposiciones de los entrevistados se agruparon de acuerdo a nueve categorías que se presentan en la [tabla 3](#) junto con ejemplos de proposiciones de cada una de ellas.

### Medicalización y dependencia

En los 10 participantes aparecen proposiciones que buscan contrarrestar la tendencia a la medicalización y a la dependencia de los pacientes. En la [tabla 4](#) se presentan las principales conductas sobre las que se construyeron las proposiciones de esta categoría.

### Confianza del paciente y expresión de interés y preocupación

La expresión de interés y preocupación por el paciente para conseguir una relación de confianza es otra temática en

**Tabla 2** Propositiones de uno de los entrevistados

---

Si quieres ayudar al paciente a resolver sus problemas y construir una relación de confianza, debes mostrar interés y compromiso independientemente de la actitud del paciente

Si quieres ayudar al paciente debes mantenerte en el terreno profesional y conseguir una distancia adecuada

Si quieres ayudar al paciente y construir una relación de confianza, debes explorar la vida personal del paciente, identificar los problemas emocionales y ofrecer ayuda en este terreno

Si quieres llevar a cabo una actuación honesta, debes intentar utilizar bien los recursos y no provocar la dependencia de los servicios sanitarios para resolver problemas sociales

Si quieres llevar a cabo una actuación honesta y construir una relación de confianza, no se debe ceder a solicitudes no recomendadas, pero hay que evitar el enfrentamiento directo a no ser que creas que el paciente está abusando

Si quieres evitar la medicalización, el refugio en el rol de enfermo y tranquilizar al paciente, debes subrayar la normalidad de los resultados de las pruebas, relativizar las expectativas del paciente y transmitir información positiva del pronóstico y la evolución

Si quieres construir una relación de confianza con el paciente, debes solicitar la opinión del paciente sobre el tratamiento y las alternativas que propones, especialmente cuando no estás seguro de su respuesta o necesitas dar la impresión de respeto

Si quieres ayudar al paciente a resolver sus problemas y construir una relación de confianza con él, hay que definir sus expectativas mediante la escucha, el apoyo narrativo, la clarificación y las preguntas abiertas sobre todo cuando estas no aparecen claras

Si quieres ayudar al paciente y construir una relación de confianza con él, debes proporcionar información cuando existen objetivos definidos que lo justifican

Si quieres ayudar al paciente a resolver sus problemas y construir una relación de confianza debes promover cambios de hábitos pero de un modo positivo y no crítico

---

**Tabla 3** Categorías en las que se clasifican las proposiciones de la «teoría en la acción» con un ejemplo de cada una de ellas

---

**Medicalización y dependencia**  
Si quieres proporcionar atención racional y mantener la relación con el paciente debes contrarrestar la tendencia a la medicalización y cronificación

**Confianza del paciente**  
Si quieres construir una relación de confianza con el paciente debes mantener una actitud tranquila, receptiva, de escucha

**Comunicación clínica**  
Si quieres ayudar al paciente a resolver sus problemas y construir una relación de confianza con él, hay que definir sus expectativas mediante la escucha, el apoyo narrativo, la clarificación y las preguntas abiertas sobre todo cuando estas no aparecen claras

**Negociación**  
Si quieres mantener una relación fluida con el paciente debes ser flexible con las normas y las recomendaciones y tratar de mantenerse neutral y evitar conflictos

**Exploración de dimensión subjetiva y personal**  
Si quieres mantener una relación con el paciente y contribuir a su bienestar, tienes que interesarte por sus apreciaciones y perspectivas  
Si quieres construir y mantener una relación con el paciente tienes que interesarte por problemas personales y darles apoyo cuando lo necesitan

**Dirección de la entrevista y toma de decisiones**  
Si quieres ayudar al paciente debes mantenerte en el terreno profesional y conseguir una distancia adecuada

**Distancia en la relación**  
Si quieres ayudar al paciente debes mantenerte en el terreno profesional y conseguir una distancia adecuada

**Atención clínica de calidad**  
Si quieres ganar la confianza y colaboración del paciente debes llevar a cabo una atención clínica de calidad y debes llevar a cabo una historia cuidadosa y estudios suficientes para alcanzar un diagnóstico específico cuando sea factible

**Información y educación**  
Si quieres proporcionar una atención racional debes utilizar la información cuando es necesario que el paciente acepte las recomendaciones y vencer su resistencia

---

**Tabla 4** Conductas para prevenir la medicalización y la dependencia

- Subrayar la normalidad de resultados
- Señalar las limitaciones de diferentes intervenciones diagnósticas o terapéuticas
- Señalar que los síntomas ya están estudiados
- Enfatizar alternativas no farmacológicas
- Resaltar los inconvenientes de intervenciones médicas
- Señalar los efectos secundarios de los fármacos
- Dar una visión optimista del pronóstico
- Desafiar las expectativas irrealistas del paciente
- Recordar la necesidad de aceptar síntomas
- Evitar información que pueda alarmar al paciente
- Indicar la responsabilidad del paciente en afrontar situaciones personales
- Reconocer síntomas y sus consecuencias
- Señalar la necesidad de comenzar con tratamientos de primera línea
- Limitar información susceptible de alarmar al paciente
- Explicar la enfermedad como resultado de la disposición del individuo
- Indicar la necesidad de esperar evolución
- Señalar la posibilidades de curación espontánea
- Afirmar las improbabilidad de una evolución desfavorable

torno a la cual se agrupan proposiciones de todos los entrevistados. Estas proposiciones se identificaron partiendo de una serie de comportamientos concretos, los más significativos de estos se presentan en la [tabla 5](#).

**Tabla 5** Comportamientos para mostrar interés al paciente y construir la relación

- Indagar por familiares
- Preguntar otros problemas del paciente no relevantes en la actual consulta
- Hacer hincapié en el registro de la información
- Interesarse en el seguimiento del paciente a nivel especializado
- Hacer patente que se tiene en cuenta la perspectiva del paciente
- Subrayar que se tienen en cuenta sus problemas
- Actitud tranquila, receptiva de escucha
- Actitud directa y clara
- Dar facilidades concretas en trámites
- Empatizar con los síntomas
- Expresiones de humor
- Expresiones de confianza
- Conversación social
- Prodigar estudios e intervenciones
- Dar sensación de ser resolutivo
- Mantener un seguimiento estrecho
- Recogidas amplia de información
- Recordar consultas anteriores
- Indagar por la salud de otros miembros de la familia

## Comunicación clínica

Dos participantes articulan una teoría en la acción que incluyen proposiciones que contemplan la importancia de las técnicas de comunicación para construir una relación con el paciente.

## Atención clínica de calidad

Otras proposiciones que aparecen de forma destacada en dos participantes expresan la teoría de que para construir una relación con el paciente y su colaboración es imprescindible una actividad clínica seria fundamentada y de calidad.

## Dimensión subjetiva y personal

Otra temática a la que las proposiciones de los entrevistados hacen referencia, es la exploración de las preocupaciones subjetivas del paciente y de sus circunstancias personales y sociales. Las proposiciones de la mayoría de los sujetos son compatibles con un abordaje de esta dimensión limitada a determinadas circunstancias y condiciones (comentarios espontáneos del paciente, conocimiento de sucesos personales o familiares graves, etc.). Otros dos entrevistados mantienen unas proposiciones que descartan la exploración en la consulta de la dimensión subjetiva, mientras otro por el contrario actúa como si pensara que esta exploración debe ser habitual.

## Dirección y control de la entrevista

El control y dirección de la entrevista también forma parte de la teoría en la acción de los participantes. La mayoría de las proposiciones suponen que estos tienden a estructurar y organizar las consultas sin participación del paciente en su agenda ni en sus decisiones. No encontramos proposiciones que preconicen ofrecer opciones para que el paciente decida. Las diferencias entre las proposiciones de los distintos sujetos consisten en la búsqueda de una adherencia activa a las decisiones frente a conformarse con la aceptación pasiva del paciente e incluso con su no manifestación de desacuerdo.

## Negociación

La negociación está relacionada con la temática anterior. Las proposiciones de la mayoría de los participantes reconocen la necesidad de aceptar la negociación y las concesiones cuando existe posibilidad de conflictos, por ejemplo cuando surgen reticencias a las decisiones del médico o peticiones concretas del paciente. Una situación ejemplar y que se repite en varios entrevistados es que el paciente solicite una receta y el médico negocie para que primero pruebe con otro medicamento. Las proposiciones de los distintos entrevistados se diferencian sobre todo en el grado de sensibilidad ante la expresión de resistencia por el paciente.



## Distancia en la relación

Otro aspecto que las proposiciones de los sujetos abordan es la distancia en la relación. Identificamos proposiciones que suponen promover una relación más técnica y fría, aunque cordial, mientras en otras intentan buscar el acercamiento más personal (mediante el humor, un tono cercano, charla social...etc.). Otras proposiciones buscan una relación cálida pero previniendo al mismo tiempo el acercamiento excesivo mediante, por ejemplo, el rechazo de preguntas sobre la vida personal del médico.

## Educación e información

Finalmente encontramos proposiciones relacionadas con la información y educación. Estas reflejan que estas tareas no se realizan de forma sistemática sino oportunista y/o cuando hay circunstancias favorables. Así, recurren a la información cuando se percibe desacuerdo o resistencia por parte del paciente (paso previo a la negociación) o cuando han identificado una situación favorable a la motivación al cambio del paciente, obviándola en caso contrario, siendo entonces el médico parco en consejos e información. Solamente las proposiciones de un entrevistado reflejan una información habitual.

## Discusión y conclusiones

Un objetivo de este estudio era determinar la factibilidad de formular el comportamiento del médico en términos de la «teoría en la acción» de Argyris y Schon y los resultados apuntan a que efectivamente esto puede hacerse. Sin embargo, la construcción de la teoría solo tiene valor si proporciona resultados válidos y estos reflejan la realidad de la consulta. Los datos recogidos hacen creer que esto es así, de esta forma las categorías en las que se agrupan las proposiciones (información y educación, agenda de la consulta, dirección y control de la entrevista, etc.) coinciden con las dimensiones esenciales de la relación en la consulta del médico de familia y con las definidas en otro estudio donde se observaron numerosas consultas<sup>16</sup>. Dentro de las categorías podemos enmarcar muchas investigaciones cuyos resultados van en la misma línea que los nuestros. Así por ejemplo, las proposiciones relacionadas con evitar la dependencia medicalizada del paciente, que tiene un peso considerable en la teoría en la acción de los participantes, es congruente con los resultados de trabajos que señalan que una de las razones del descontento de los médicos es la actitud consumista de los pacientes y sus expectativas irreales<sup>17-19</sup>. También la expresión de interés como fórmula para reforzar la relación que las proposiciones muestran, es congruente con la importancia de esta conducta como requisito para construir confianza en la consulta<sup>20-22</sup>. La mayoría de las proposiciones referidas a la exploración de expectativas, preocupaciones y sentimientos del paciente no son contempladas como una conducta habitual a pesar de que obtener la perspectiva del paciente es señalada en la literatura como trascendente<sup>23</sup>. Esta actitud está en línea con los resultados de estudios que ponen de manifiesto la dificultad de la adopción del modelo biopsicosocial por la mayoría de los médicos y con la importancia que estos siguen

otorgando a la dimensión clínico-biológica de la actividad médica incluso en el ámbito de atención primaria<sup>24</sup>.

Las proposiciones que se refieren a la toma de decisiones adjudican un papel protagonista al médico y no consideran el ofrecer al paciente la posibilidad de elegir, estrategia considerada un elemento esencial del modelo de comunicación centrada en el paciente<sup>25</sup>. Sin embargo, la trascendencia de ofrecer opciones ha sido puesta en cuestión, especialmente en determinados ámbitos de práctica y con determinados problemas de salud<sup>26,27</sup>, y no es algo reclamado unánimemente por los pacientes, que sin embargo sí desean recibir más información<sup>28,29</sup>. Un modelo poco participativo de toma de decisiones es coherente con las proposiciones de negociar ante la posibilidad de conflictos. Esta actitud y las estrategias utilizadas por los participantes, incluyendo las concesiones, tienen bastante en común con los resultados de otros estudios<sup>30,31</sup>. El ofrecer una información limitada y de forma oportunista es otra proposición común que parece reflejar una conducta habitual entre los médicos en contradicción con el bien extendido deseo de los pacientes de recibir más y mejor información<sup>25,32</sup> aunque exista variabilidad en cuanto a la cantidad y al tipo de información que desean<sup>33</sup>.

Podemos, por lo tanto concluir, que se han definido una serie de proposiciones congruentes con los resultados de los estudios realizados desde otras perspectivas.

A pesar de las limitaciones derivadas tanto del tamaño de la muestra, que obliga a considerar al estudio como exploratorio, como por el hecho de que esta, a pesar de reunir una variabilidad notable, excluye sectores significativos de médicos, nos ha sorprendido la coincidencia en las proposiciones entre los sujetos que incluso ha hecho que no necesitáramos analizar parte del material disponible ni incluir a los profesionales en reserva. Todo ello nos hace pensar que las proposiciones definidas son el primer paso para identificar las proposiciones centrales y las temáticas en torno a las que se articulan la acción de los médicos en este contexto de práctica, aunque la importancia relativa de las diferentes proposiciones en nuestra muestra no puede determinar su peso relativo en el conjunto de médicos.

Por encima de los resultados concretos y su representatividad creemos que la principal aportación de este estudio es que la teoría en la acción permite representar de una forma clara, gráfica y global la práctica relacional de los médicos en la consulta, de forma que puede permitir comparar las orientaciones prácticas de diferentes grupos de profesionales. De hecho esta perspectiva ha influido en estudios que la utilizan de forma complementaria con otras aportaciones<sup>34</sup>. Por lo tanto este estudio permite afirmar que el concepto de «teoría en la acción» de Argyris y Schon es una aproximación factible para analizar el comportamiento de los médicos cuando se relacionan con el paciente viéndolo como resultado de una serie de reglas que no tienen porque ser conscientes. La perspectiva de la teoría de la acción puede ayudar a entender el comportamiento del médico en la consulta de un modo global y real, en el «aquí» y «ahora». Una perspectiva congruente con la visión del comportamiento humano como dirigido hacia una finalidad y que puede facilitar una discusión de este incluso con los propios interesados. Esto podría ser la base de una metodología docente en el área de la relación médico-paciente.

Finalmente debemos señalar que este estudio es solamente el primer paso y que es necesario realizar estudios similares en otros contextos y comprobar cómo se distribuyen las posiciones de los médicos en las temáticas individualizadas en la teoría en la acción. Asimismo puede ser de interés ampliar el uso de la teoría de Argyris y Schon incorporando otros constructos como la variables gobernantes («*governing variables*») o su teoría de aprendizaje<sup>35</sup>.

### Lo conocido sobre el tema

El comportamiento del médico en la consulta sigue precisando de aproximaciones que sean capaces de representarlo y facilitar su comprensión y análisis.

El modelo de la teoría en la acción de Argyris y Schon, que intenta dar una respuesta a este desafío no ha sido apenas utilizado en este campo.

### Qué aporta este estudio

Es factible identificar la «teoría en la acción» de los médicos de familia acerca de la relación con el paciente.

La «teoría en la acción» proporciona una perspectiva global y clarificadora del comportamiento del médico que puede ser de utilidad para la investigación y la docencia.

### Financiación

Trabajo financiado con una Beca del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Ong L, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor – Patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40:903–18.
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10:38–43.
- Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician–patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2002;48:69–77.
- Rees CE, Lynn V, Knight LV. Professionalism viewpoint: the trouble with assessing students' professionalism: theoretical insights from sociocognitive psychology. *Acad Med*. 2007;82:46–50.
- Fishbein M, Hennessy M, Yzer M, Douglas J. Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *Psychol Health Med*. 2003;8:3–18.
- Argyris C, Schön DA. *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass; 1976.
- Loayssa Lara JR, Gonzalez García F, Ruiz Moral R. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Aten Primaria*. 2007;39:291–7.
- Wilpert B. *Organizational Behavior*. *Annu Rev Psychol*. 1995;46:59–90, doi:10.1146/annurev.ps.46.020195.000423.
- Henkelman J, Warner F. «Action Science» as an intervention for school transformation. *J Staff Develop*. 1993;14:34–9.
- Hughes J, Wedman J. An examination of elementary teachers' espoused theories & reading instruction practices. *Reading Improvement*. 1992;29:94–100.
- Irving J, Williams D. Critical thinking and reflective practice in counselling. *Br J Guid Coun*. 1995;23:107–14.
- Kim H. Action science as an approach to develop knowledge for nursing practice. *Nurs Sci Q*. 1994;7:134–8.
- Sommers PS, Muller JH, Saba GW, Draisin JA, Shore WB. Reflections-on-action: medical students' accounts of their implicit beliefs and strategies in the context of one-to-one clinical teaching. *Acad Med*. 1994;69:S84–6.
- Duke J. Nursing prioritization of the patient need for care: A tacit knowledge embedded in the clinical decision-making literature. *International Journal of Nursing Practice*. 2009;15:376–88.
- Argyris C, Putman R, Smith DM. *Action science: concepts, methods and skills for research and intervention*. San Francisco: Jossey –Bass; 1987.
- Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 2002;51:835–40.
- Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ*. 2001;322:1074–5.
- Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA*. 2003;290:941–6.
- Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ*. 2002;324:835–8.
- 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.
- Rosser WW, Kasperski J. The benefits of a trusting physician-patient relationship. *J Fam Pract*. 2001;50:329–30.
- Seetharamu N, Iqbal U, Weiner JS. Determinants of trust in the patient-oncologist relationship. *Palliat Support Care*. 2007;5:405–9.
- Haidet P, Paterniti DA. «Building» a history rather than «taking» one. A perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med*. 2003;163:1134–40.
- Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor–patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med*. 2012;19:12–9.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter what does it mean? (or It takes two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44:681–92.
- Ruiz Moral R. The role of physician–patient communication in promoting patient–participatory decision making. *Health Expect*. 2010;13:33–44.
- Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. *Pat Educ Couns*. 2006;63:268–78.
- Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LA, Carrión MT, Olloqui Mundet J, Martínez M. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. *Health Expect*. 2012. Published online: doi:10.1111/j.1369-7625.2012.00793.x.
- Protheroe J, Bower P. Choosing, deciding, or participating: what do patients want in primary care? *Br J Gen Pract*. 2008;58:603–4.
- Paterniti D, Fancher TL, Cipri C, Timmermans S, Heritage J, Kravitz RL. Getting to «no» strategies Primary care physicians use to deny patient requests. *Arch Intern Med*. 2010;170:381–8.
- Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ*. 2004;328:444.

32. Ogden J, Ambrose L, Khadra A, Manthri S, Symons L, Vass A, et al. A questionnaire study of GP's and patients beliefs about the different components of patient centredness. *Pat Educ Couns.* 2002;47:223-7.
33. Richards T. Partnership with patient. Patient want more than simply information; they need involvement too. *BMJ.* 1998;316:85-6.
34. Kennedy JT, Regehr G, Currie R, Currie E, Baker GR, Lingard L. Preserving professional credibility: grounded theory study of medical trainees' requests for clinical support. *BMJ.* 2009;338:b128.
35. Smith MK. Chris Argyris: theories of action, double-loop learning and organizational learning. *The encyclopedia of informal education 2001.* 2001, [www.infed.org/thinkers/argyris.htm](http://www.infed.org/thinkers/argyris.htm).