

## artículo

# Análisis de la comunicación médico-paciente en el Hospital Clínic: diferencias autoperceptuales entre médicos y pacientes

Marta Consuegra-Fernández<sup>a\*</sup>, Edmon Girbal<sup>b</sup>, Joan Escarrabill<sup>c</sup>, Marta Sitges<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Filología Hispánica, Teoría de la Literatura i Comunicación. Facultad de Filología i Comunicación, Universidad de Barcelona, Barcelona, España, <sup>b</sup>Departamento de Comunicación, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España, <sup>c</sup>Programa de Atención a la Cronicidad del Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España. <sup>d</sup>Institut Clínic Cardiovascular (ICCV) de l'Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

\*mconsuegra@ub.edu

## OPEN ACCESS

**Citación:** Consuegra-Fernández M, Edmon Girbal M, Escarrabill J, Sitges M. (2020) Análisis de la comunicación médico-paciente en el Hospital Clínic: diferencias autoperceptuales entre médicos y pacientes. XPA & Health Com. 3

**Editor:** Guillem Marca, Universitat de Vic, España.

**Recibido:** 13 de Noviembre 2019

**Aceptado:** 20 de Noviembre 2019

**Publicado:** 23 Diciembre de 2019

**Copyright:** © 2020 Consuegra-Fernández M, Edmon Girbal M, Escarrabill J, Sitges M. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se acredite el autor original y la fuente.

**Financiación:** El manuscrito no ha recibido financiación.

**Intereses:** Los autores han declarado que no existen intereses.

## Resumen

Se observa con creciente evidencia que una comunicación empática y próxima entre el médico y el paciente tiene un efecto positivo tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y la recuperación de la persona enferma. Sin embargo, la existencia de ciertas barreras comunicacionales hoy en día impide que se optimice una relación eficiente y beneficiosa para ambos interlocutores. El presente trabajo tiene la finalidad de analizar distintos aspectos que influyen en la relación médico-paciente desde una perspectiva comunicativa y comparar las percepciones que ambos interlocutores tienen de su interacción en la consulta médica. Para ello, se encuestaron un total de 103 pacientes y los 24 médicos del Institut Clínic Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona con preguntas relativas a la autonomía del paciente, la proximidad del vínculo asistencial, el uso de recursos empáticos o de cortesía y factores externos como el espacio o el tiempo de consulta. Así, se observó que los médicos consideran que su conducta hacia el paciente es empática y que su relación se basa en un modelo más democrático que paternalista. Por el contrario, los usuarios perciben menor autonomía y un vínculo más distante. Además, tanto un grupo como otro rehúsa cambios en la distribución del espacio de la consulta como medida de proximidad y, concretamente, los pacientes rechazan también alargar el tiempo de la consulta. Se concluye así, que las estrategias de mejora deben orientarse preferiblemente hacia la enseñanza y el desarrollo de habilidades comunicativas entre los profesionales sanitarios.

**Palabras clave:** paciente, médico, relación, comunicación, empatía.

## Resum

Se observa con creciente evidencia que una comunicación empática y próxima entre el médico y el paciente tiene un efecto positivo tanto en el diagnóstico

como en el tratamiento y la recuperación de la persona enferma. Sin embargo, la existencia de ciertas barreras comunicacionales hoy en día impide que se optimice una relación eficiente y beneficiosa para ambos interlocutores. El presente trabajo tiene la finalidad de analizar distintos aspectos que influyen en la relación médico-paciente desde una perspectiva comunicativa y comparar las percepciones que ambos interlocutores tienen de su interacción en la consulta médica. Para ello, se encuestaron un total de 103 pacientes y los 24 médicos del Institut Clinic Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona con preguntas relativas a la autonomía del paciente, la proximidad del vínculo asistencial, el uso de recursos empáticos o de cortesía y factores externos como el espacio o el tiempo de consulta. Así, se observó que los médicos consideran que su conducta hacia el paciente es empática y que su relación se basa en un modelo más democrático que paternalista. Por el contrario, los usuarios perciben menor autonomía y un vínculo más distante. Además, tanto un grupo como otro rehúsa cambios en la distribución del espacio de la consulta como medida de proximidad y, concretamente, los pacientes rechazan también alargar el tiempo de la consulta. Se concluye así, que las estrategias de mejora deben orientarse preferiblemente hacia la enseñanza y el desarrollo de habilidades comunicativas entre los profesionales sanitarios.

**Palabras clave:** paciente, médico, relación, comunicación, empatía.

### Abstract

**Analysis of the doctor-patient communication in the Hospital Clínic: self-perceptual differences between doctors and patients.** It is observed with increasing evidence that empathic and close communication between the doctor and the patient has a positive effect both in the diagnosis and in the treatment and recovery of the sick person. However, the existence of certain communication barriers today prevents an efficient and beneficial relationship for both partners from being optimized. The purpose of the present study is to analyze different aspects that currently influence the doctor-patient relationship from a communicative perspective and to contrast the perceptions that doctors and patients have of their interaction in the medical consultation. To this aim, 103 patients and 24 physicians who attended them at the Institut Clinic Cardiovascular of the Hospital Clínic de Barcelona were surveyed with questions regarding patient autonomy, the proximity of the care link, the use of empathic or courtesy resources and the presence of external factors such as the room or the time of consultation. We observed that doctors consider that their behavior towards the patient is empathetic and that their relationship is based on a more democratic than paternalistic model. On the contrary, patients perceive less autonomy and a more distant link. In addition, both groups refuse changes in the distribution of the consultation room as a measure of proximity and, specifically, patients also refuse to extend the time of the consultation to improve their relationship with the doctor. Learning and development of communication skills should be promoted among health professionals in order to optimize their beneficial potential.

**Keywords:** patient, physician, relationship, communication, empathy.

## Introducción

Históricamente, los médicos informaban al paciente de forma instruccional y directiva y sus competencias clínicas se limitaban a tres elementos: conocimiento clínico, examen físico y resolución de problemas<sup>1</sup>. Este modelo, conocido como paternalista, se ampara en la invalidez e incapacidad del paciente ocasionados por el sufrimiento y dependencia que causa su enfermedad<sup>2</sup>. Se trata de un esquema relacional asimétrico o vertical, en el que el médico asume responsabilidades y toma las decisiones asistenciales según los principios de beneficencia y no maleficencia. A raíz de la llamada *rebelión del paciente*, el patrón paternalista clásico entró en crisis y surgieron otros modelos de relación asistencial. Lázaro y García proponen el modelo clínico democrático<sup>3</sup> que defiende una relación horizontal y capacita y responsabiliza al paciente en la toma de decisiones referentes a su salud. En este caso, en lugar de actuar en beneficio del paciente de acuerdo con la deontología clínica clásica, son los valores del paciente los que orientan las decisiones médicas<sup>3</sup>. Este tipo de relación propicia una interacción más fluida y eficiente entre ambos interlocutores, y actualmente se considera que tiene el potencial de ayudar a regular las emociones de los pacientes, facilitar la comprensión de la información médica y permitir una mejor identificación de las necesidades, percepciones y expectativas de las personas atendidas.

A este respecto, varios estudios clínicos publicados recientemente manifiestan que una buena relación entre el médico y el paciente tiene un efecto positivo en la adherencia al tratamiento y en la recuperación de la enfermedad, así como en la salud mental del paciente<sup>4-7</sup>. Estos hechos se traducen en una disminución de la estancia hospitalaria y el coste económico que esta supone<sup>8</sup>.

El paradigma actual defiende una mayor autonomía del paciente y ampara una diversidad de nuevas estrategias que acercan la persona atendida al profesional sanitario. Sin embargo, a día de hoy, el modelo relacional paternalista sigue persistiendo, aunque en menor medida, a causa de ciertas barreras comunicacionales heredadas de la práctica clínica tradicional. Algunas de las más señaladas son: la brevedad de las citas médicas, el contacto físico limitado, preguntas binarias, la carencia de empatía, un ambiente poco acogedor o el uso de registro lingüístico especializada<sup>9,10</sup>.

La entrevista clínica de las citas médicas representa un escenario clave para establecer las bases de una relación asistencial efectiva y cooperativa. Se considera un medio esencial para obtener datos representativos que ayuden al profesional sanitario a realizar el diagnóstico y el tratamiento, y se puede interpretar desde una perspectiva sociológica y comunicativa para entender en mayor profundidad el potencial conflictual que alberga la interacción médico-paciente.

En la entrevista, el profesional médico tiene una intención comunicativa que es la de mejorar la salud de la persona que está atendiendo. Para lograr su objetivo, el médico busca convencer al paciente, quien en última instancia puede percibir cierta imposición que atenta contra imagen pública negativa<sup>11</sup>. Este componente agresivo en el mensaje puede suavizarse mediante el uso de distintas estrategias de cortesía lingüística, tacto o empatía que finalmente generen confianza entre el médico y el paciente<sup>12</sup>. Elementos que en definitiva

protegen la imagen de ambos.

La Dra. Cordella designa esta forma discursiva como *voz empática*<sup>13</sup>. Es decir, aquella con la que el médico reconoce al paciente como persona; un individuo con vínculos socioculturales que padece una condición de salud que lo clasifica tácitamente como paciente.

El presente trabajo tiene el objetivo de analizar la percepción que médicos y pacientes tienen de su interacción comunicativa en la consulta médica a fin de evaluar la eficiencia y proximidad de la relación asistencial e identificar aspectos discordantes. Para ello, se ha hecho un estudio transversal con médicos y pacientes del Hospital Clínic de Barcelona. Concretamente, del Institut Clínic Cardiovascular del Hospital Clínic, por tratarse, muchos de ellos, de pacientes con enfermedades crónicas<sup>14</sup>. Examinar la perspectiva de un paciente crónico es especialmente pertinente puesto que este acude al hospital de forma regular y tiene una extensa experiencia personal en el trato con los médicos. En la mayoría de las enfermedades agudas el paciente tiene una participación escasa y el médico se centra en la enfermedad o el malestar fisiológico, principalmente, prestando generalmente menor atención al estado emocional o a la calidad de la interacción comunicativa con su interlocutor.

Este estudio analiza las respuestas de una muestra representativa de pacientes y de los 24 médicos que les atienden a un cuestionario anónimo. Dicho cuestionario tiene en cuenta variables como el derecho a decidir quién puede conocer la información clínica relativa a su salud, permitir la presencia de más médicos en la consulta, la libertad para preguntar dudas o elegir una opción terapéutica entre varias. El cuestionario incluye asimismo preguntas relativas a la comunicación entre el médico y el paciente desde una perspectiva psicoemocional. En concreto, hemos prestado especial atención a algunos de los elementos propios de la voz empática médica que define la Dra. Cordella<sup>13</sup>, tales como ayudar al paciente en la narración de su propia historia, cooperar con este último, crear empatía o mostrar atención o la presencia de estrategias de cortesía que permiten al médico acercarse al paciente<sup>15</sup>.

## Materiales y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio constituido por 24 médicos en las Consultas Externas del Institut Clínic Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona y 103 pacientes atendidos en su consulta durante el mes de junio de 2019.

Para calcular el tamaño muestral necesario para obtener una muestra representativa para cada grupo se ha aplicado la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

En la que «N» corresponde al tamaño muestral a estudiar, «σ» es el nivel de confianza, «N» la población total, «p» la probabilidad a favor, «q» la probabilidad en contra y «e» el error de estimación. Para el caso de los dos grupos de población se asumió una heterogeneidad o dispersión de la población del 50%, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Los criterios de inclusión para los respectivos grupos muestrales fueron los siguientes: (i) médicos especialistas asistenciales en activo que se encontraban trabajando en Consultas externas del Institut Clínic Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona durante el mes de junio de 2019 y (ii) pacientes mayores

de 18 años que hablaran castellano y/o catalán, que durante el mismo periodo atendieran a las consultas donde ejercían los médicos del grupo anterior y que hubieran recibido atención asistencial durante los últimos 5 meses como mínimo. Se excluyeron aquellos pacientes de edad muy avanzada o que refirieron cansancio o malestar, los que no pudieron terminar la encuesta o los que se negaron verbalmente a participar en el estudio.

Se diseñó un cuestionario que evaluaban distintos parámetros relativos a la comunicación y la relación entre ambos en la entrevista clínica de la visita médica, a la que acudieron los pacientes mediante citación previa. Las encuestas incluían preguntas relativas a los usos de cortesía positiva, proximidad física, contacto visual, uso de lenguaje técnico, expresión facial y corporal, comprensión, empatía y confort o satisfacción. Los participantes, médicos y pacientes, contestaron a las preguntas con una puntuación de 1 a 6, siendo la puntuación más baja «nunca» y la más alta «siempre».

El estudio se aprobó por el Comité Ético del Hospital Clínic de Barcelona el 22 de mayo de 2019 y cuenta el consentimiento informado de todos los sujetos estudiados.

Los datos se analizaron con el programa IBM® SPSS® Statistics versión 26. Para comparar los promedios de las respuestas entre el grupo de pacientes y el de médicos se usó el test de t-Student para variables con distribución normal y U-Mann-Whitney para las que no seguían este patrón. Dentro del mismo grupo, se analizaron diferencias entre variables con el test chi-cuadrado de Pearson. La significación estadística se estableció a partir de  $p < 0,05$  y el nivel de confianza en 95%.

## Resultados

Las características sociodemográficas de los pacientes y de los médicos se muestran en la Tabla 1 y 2, respectivamente. De entrada, es necesario destacar que la mayoría de los pacientes sufren alguna enfermedad de larga duración y han estado ingresados, de lo que se sigue razonablemente que se trata de una muestra representativa de pacientes crónicos.

Sin embargo, la muestra está constituida por adultos mayores y mayoritariamente de sexo masculino, por lo que, aunque se trate de una muestra representativa de los pacientes que acuden a esta consulta de cardiología, existe un sesgo con respecto al total de la población y por lo tanto la interpretación de los resultados deberá limitarse a esta especialidad y no será extrapolable a otras con un perfil de pacientes distinto.

La satisfacción global evaluada en el cuestionario (ver Tabla 3) es elevada tanto en el caso de los pacientes como en el de los médicos. Sin embargo, se aprecia que la mayoría de las valoraciones de los médicos son más positivas que las de los pacientes. Esta diferencia entre grupos es estadísticamente significativa en aspectos que afectan tanto a la autonomía de la persona atendida como a la proximidad del vínculo entre ambos interlocutores. Por ejemplo: si el médico pide permiso al paciente para compartir la información sanitaria con familiares o acompañantes ( $p=0,007$ ), si los médicos se identifican al entrar en la consulta ( $p=0,0011$ ), si se informa al paciente de posibles complicaciones en el desarrollo de su enfermedad ( $p=0,0127$ ), si se le permite elegir entre varias opciones

terapéuticas ( $p=0,0003$ ), si se le anima a preguntar las dudas que le puedan surgir ( $p=0,031$ ), si el médico mira a los ojos al paciente ( $p=0,0034$ ) o si comparte experiencias personales con él ( $p=0,000006$ ).

Pacientes	n=103
Edad (años, media, SD)	61,2±14,7
Sexo (femenino)	34%
Profesión	
Activo	47,6%
Jubilado	41,7%
Otros	10,7%
Estudios	
Primaria	31,1%
Secundaria	32,0%
Superior	36,9%
Relación con el sector sanitario	47,6%
Ingreso hospitalario	89,3%
Visita en la misma consulta (años, media, SD)	6,5±7,3
Consulta con el mismo médico	87,4%
Tiempo (años, media, SD)	5±5,6
Sexo del médico (femenino)	29,1%
Relación con el sector sanitario	47,6%
Ingreso hospitalario	89,3%
Visita en la misma consulta (años, media, SD)	6,5±7,3
Consulta con el mismo médico	87,4%
Tiempo (años, media, SD)	5±5,6
Sexo del médico (femenino)	29,1%

Tabla 1. Características de los pacientes del estudio (N=103). SD: desviación estándar.

Médicos	n=103
Edad (años, media, SD)	41,5±11,04
Sexo (femenino)	33,3%
Dedicación a la atención de pacientes (años, media, SD)	15,29±10,05
Ingreso hospitalario	41,6%
Enfermedad crónica	66,6%
Residentes	8,3%
Año de residencia (años, media, SD)	4,5±0,7X

Tabla 2. Características de los médicos del estudio (N=24). SD: desviación estándar.

Respecto a las preguntas relativas a elementos externos a la actuación médica -como la duración o el emplazamiento de la consulta-, es interesante señalar que la comodidad del paciente recibe la misma puntuación tanto por parte del médico como del paciente (4,34, entre 1 y 6). No solamente ambos grupos creen que la consulta es cómoda para la persona atendida, sino que también

	Pacientes			Médicos			Valor de p
	N	X̄	SEM	N	X̄	SEM	
El paciente asiste acompañado	103	4,12	0,19	24	4,38	0,19	0,5321
El médico pregunta al paciente si quiere que el acompañante escuche lo que va a decir	97	2,19	0,20	24	3,38	0,34	0,0070
El médico establece contacto físico de proximidad con el paciente	103	4,81	0,17	24	5,13	0,19	0,3766
Hay más de un médico en la consulta	102	2,29	0,15	24	3,08	0,25	0,0456
Los médicos se identifican	62	3,73	0,26	23	5,26	0,22	0,0011
El médico pide permiso para que haya más profesionales sanitarios en la consulta	61	2,62	0,28	23	3,26	0,39	0,2162
El médico se dirige al paciente por su nombre de pila	99	4,93	0,17	24	5,38	0,20	0,2114
El médico usa lenguaje técnico	102	2,11	0,14	24	2,71	0,22	0,0834
El médico mira a los ojos al paciente	99	4,76	0,15	24	5,71	0,13	0,0034
El médico adopta una postura abierta	101	5,04	0,14	24	5,50	0,12	0,1125
El médico mira al ordenador mientras habla	102	3,50	0,15	23	3	0,25	0,1940
El médico informa al paciente de posibles complicaciones	99	4,18	0,18	23	5,17	0,23	0,0127
El paciente puede elegir entre varias opciones terapéuticas	95	3,40	0,20	24	4,96	0,18	0,0003
El médico acompaña sus explicaciones con gestos	98	3,92	0,16	24	5,08	0,22	0,0009
El médico anima al paciente a hacer preguntas	100	4,46	0,17	24	5,25	0,15	0,0310
El paciente siente la libertad de preguntar dudas	102	5,38	0,12	24	5,21	0,17	0,5209
El médico hace pausas para escuchar al paciente	102	5,02	0,14	24	5,13	0,16	0,7169
El médico se interesa por las el estado emocional del paciente	100	3,86	0,18	23	4,52	0,21	0,0968
El médico adopta una expresión facial de interés	100	4,89	0,13	24	4,96	0,16	0,8053
El médico es empático	102	4,61	0,15	24	5,21	0,16	0,0691
El médico comparte experiencias personales	101	2,10	0,16	24	3,75	0,30	6,6E-06
El médico agradece la cooperación del paciente	98	3,92	0,19	24	4,71	0,24	0,0476
Satisfacción global de la relación sanitaria entre ambos	103	5,07	0,12	24	5,04	0,13	0,9157
El paciente se molesta o enfada	98	5,59	0,09	24	2	0,13	0,0046
El médico facilita un teléfono o email de contacto	101	2,01	0,18	24	2,46	0,37	0,2702
El paciente está cómodo en la consulta	102	4,62	0,14	24	4,29	0,15	0,2925
Hay una mesa entre ambos	102	5,71	0,08	24	5,38	0,17	0,0510
Sin mesa mejoraría la relación	98	2,34	0,15	24	2,79	0,28	0,1739
La consulta es breve	99	3,39	0,16	24	2,38	0,25	0,0059
Más tiempo de consulta mejoraría la relación	97	3,44	0,18	24	4,92	0,22	0,0002
Tiempo de espera	103	5,29	0,12	24	3,13	0,24	9,2E-13

Tabla 3. Comparativa de los promedios obtenidos de las encuestas a pacientes y médicos. SEM: desviación estándar de la media; los valores de p obtenidos con el test *T-student* resaltados en negrita son significativos ( $p < 0,05$ ).

consideran que la existencia física de una mesa entre ellos no interfiere en su calidad comunicativa. Además, ambos perciben que la consulta dura un tiempo suficiente. Dicho esto, sin embargo, el médico considera que más tiempo de consulta mejoraría su relación, el paciente, en cambio, sostiene –globalmente–, que no ( $p=0,00017$ ). Por último, existe una discrepancia significativa relativa al tiempo antes de entrar en consulta: el paciente percibe un tiempo de espera mayor a quince minutos más del doble de lo que acusa el médico ( $p=9 \times 10^{-14}$ ).

Dentro del estudio de pacientes, además del género, ningún factor como la edad, el nivel de estudios o su relación con el sector sanitario parecen condicionar las respuestas a las preguntas del cuestionario. Sin embargo, sí se observan ciertos factores que alteran las conductas empáticas de los médicos. Concretamente, los años de experiencia, el hecho de haber estado ingresado en el hospital y el de padecer una enfermedad crónica (ellos mismos o alguna persona cercana) parecen influir en el uso de distintas estrategias de cortesía, hallazgos que coinciden con publicaciones previas<sup>15-18</sup>.

En concreto, los datos preliminares parecen indicar que los especialistas que han asistido a pacientes durante un periodo menor a los 15 años se dirigen a estos por el nombre de pila en mayor medida que los que llevan en la práctica asistencial más de 15 años ( $p=0,071$ ); asimismo, los primeros sienten una mayor satisfacción global de su relación con la persona atendida que los segundos ( $p=0,051$ ). En esta misma línea, aquellos médicos que han estado ingresados establecen más contacto físico de proximidad con los pacientes ( $p=0,063$ ).

Por otro lado, como se observa en la Figura 1, el hecho haber vivido una enfermedad crónica, personalmente o de cerca, aumenta significativamente las conductas de proximidad y empatía: dirigirse al paciente por el nombre de pila ( $p=0,01$ ), asegurarse de que siente libertad para hacer las preguntas que considere ( $p=0,02$ ) o incluso valorar que tiempos más largos de consulta mejoraría la relación médica ( $p=0,04$ ).

## Discusión

El desarrollo del presente trabajo nos ha permitido abordar el intercambio comunicativo entre el médico y el paciente a través del estudio de un caso práctico<sup>15-18</sup>.

Los datos aquí obtenidos apuntan que tanto el médico como el paciente consideran que su relación es notablemente satisfactoria. Así, puede concluirse que la conducta del profesional sanitario cumple con las condiciones y expectativas de la persona atendida. Dicho esto, existen diferencias significativas en cuanto a la percepción del médico y a la del paciente respecto al intercambio comunicativo que los une. Los pacientes perciben una relación significativamente menos próxima y empática, con un menor grado de autonomía en comparación con las evaluaciones efectuadas por los médicos.

Entendemos por tanto que el paciente percibe una relación más paternalista, vertical y protectora que la percibida por el médico, en la que este último lidera las decisiones clínicas. En los casos examinados en este estudio el paciente parece sentirse, ciertamente, informado y libre de hacer las preguntas que considere. Sin embargo, no siempre se le pide su consentimiento para que otros



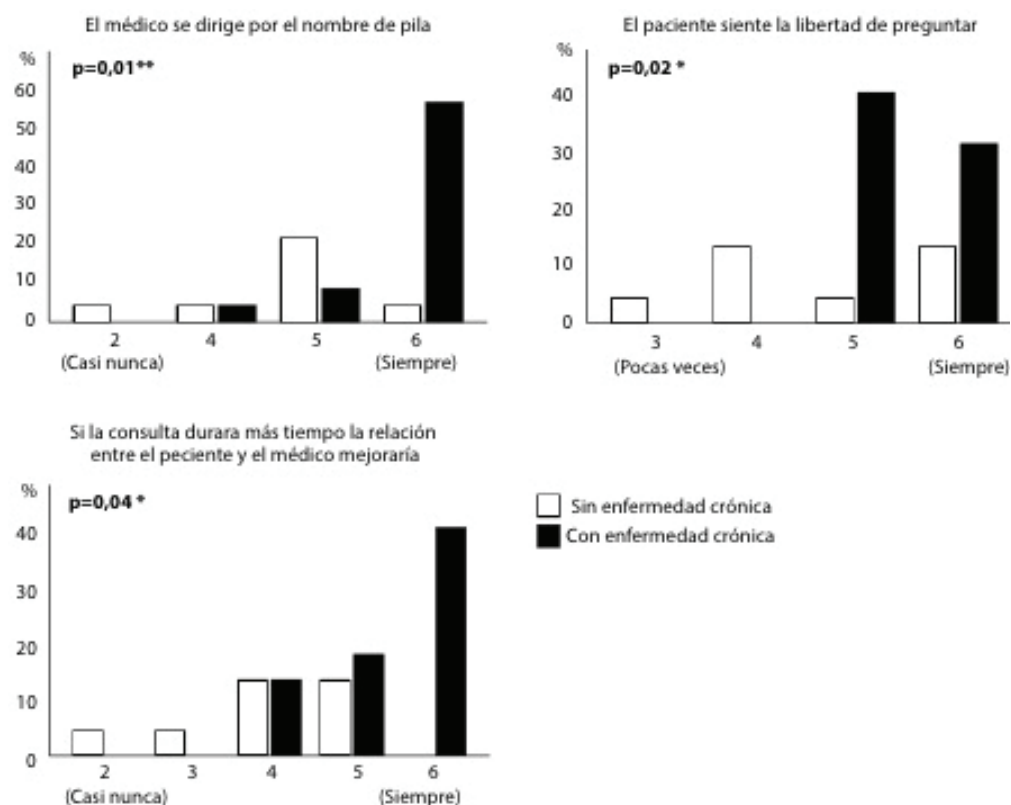


Fig. 1. Puntuaciones de especialistas que tienen ellos mismos o una persona cercana a ellos una enfermedad crónica relativas al uso del nombre de pila del paciente (izq. arriba), libertad del paciente para preguntar (dcha. arriba) y extensión del tiempo de consulta como recurso para mejorar la relación médico-paciente (abajo). Porcentaje de médicos para cada una de las preguntas clasificados según la enfermedad crónica (sin, en color blanco; con, en color negro). En la izquierda superior de cada gráfico se muestra el valor de  $p$  resultado test chi-cuadrado de Pearson; significativo a partir de  $p < 0,05$  (\*) y  $p < 0,01$  (\*\*).

médicos estén presentes en la consulta o para informar a su acompañante, y a menudo desconoce las alternativas terapéuticas al tratamiento de elección de su médico.

A diferencia de los pacientes, el médico considera que su actuación se rige por un patrón más democrático, que prima más los valores de la persona atendida y la responsabiliza en la toma de decisiones clínicas. Esta significativa diferencia indica que el médico cree conceder mayor libertad y autonomía al paciente de la que este último percibe. Por este motivo, sería necesario analizar con más detalle qué herramientas comunicativas utiliza para hacerlo a fin de identificar en qué momento el mensaje no llega con la misma intención comunicativa a su receptor.

De acuerdo con la alta satisfacción del usuario obtenida en la encuesta, todo apunta a que el paciente está de acuerdo con este tipo de modelo relacional intermedio en el que hay una renuncia parcial de sus derechos como agente, es decir, prefiere delegar ciertas funciones en el clínico que le atiende.

Este abandono de autonomía, en un contexto sanitario, se ha descrito en varios trabajos<sup>19,20</sup>. No obstante, se trata de un fenómeno considerablemente debatido hoy en día<sup>21,22</sup> y un gran número de investigadores considera que los instrumentos usados para cuantificarlo no reflejan las verdaderas preferencias

de los pacientes. Los mismos investigadores también defienden que el uso de distintos recursos comunicativos incentivan la participación del paciente<sup>23,24</sup>.

Por su parte, el análisis global de las encuestas de los pacientes indica que el médico tiene la intención de aproximarse al paciente y mostrar empatía. Sin embargo, teniendo las situaciones comunicativas abordadas por este estudio, en las que frecuentemente el mensaje acarrea cuestiones de importancia vital para el paciente, cabría esperar mayor empatía y más recursos de cortesía a fin de compensar daño potencial del intercambio. Esto puede deberse a que el médico establece límites para protegerse, para no verse afectado emocionalmente, a riesgo de renunciar a una conducta empática. Algunos autores consideran que esta distancia es imprescindible para proteger la imagen del médico<sup>25</sup>, no obstante, Rosenberg defiende que podría evitarse si el profesional sanitario observa, hace un reconocimiento de sus propias emociones y logra distinguirlas y separarlas de las de la persona atendida<sup>26</sup>.

Es interesante recordar aquí que, según los datos obtenidos, los médicos que padecen, ellos mismos o una persona cercana, una enfermedad crónica parecen establecer más contacto físico, dan más libertad al paciente para preguntar dudas y son más partidarios de tiempos de consulta más largos que los médicos que no han experimentado directa o indirectamente una enfermedad crónica. Asumimos, por lo tanto, que los primeros son más sensibles al trato empático con el paciente. Otros factores, como el hecho de haber estado ingresado y por lo tanto ocupar el puesto de paciente o los años de experiencia en el trato con pacientes, merecen una investigación adicional con una población muestral más extensa ya que, en línea con trabajos previos<sup>15-18</sup> también parecen condicionar la conducta del profesional sanitario.

Este hecho pone de manifiesto la necesidad de capacitar a los médicos con herramientas comunicativas para, por un lado, proteger su propia imagen y evitar así el uso de barreras emocionales y, por el otro, sensibilizarlos con el malestar físico y emocional del paciente crónico para poder empatizar y comprender su situación desde una perspectiva más cercana. En este sentido, hay que destacar que en la mayoría de escuelas de medicina estos aspectos de comunicación interpersonal no son abordados.

El último de los aspectos destacables de este trabajo es el efecto de los factores externos. Según los pacientes, a excepción del tiempo de espera, ni la duración de la consulta ni la sala en la que se lleva a cabo parece afectar la relación con su médico. De ser extrapolable a muestras más extensas y variadas de pacientes, iniciativas como la redistribución del espacio o la ausencia de una mesa entre los hablantes<sup>27</sup> no tienen potencial de mejora en la relación médico-paciente. En este caso concreto, en todo caso, los resultados señalan que no la tiene. Si bien los médicos coinciden en que el espacio de consulta es cómodo, discrepan con respecto al tiempo y manifiestan que consultas más largas mejoraría su relación. Este hecho podría explicarse porqué el profesional sanitario percibe cada vez más menor disponibilidad para el paciente. Concretamente, uno de los factores que más ha influenciado este aspecto es la informatización de la salud. La irrupción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ha implicado una serie de cambios que afectan negativamente la comunicación entre el personal sanitario y el paciente, resultando en una reducción del tiempo y la calidad de sus encuentros<sup>28-32</sup>.

En suma, los resultados parecen indicar que las mejoras deben centrarse en fortalecer la comunicación y afianzar una relación médico-paciente de mayor confianza y proximidad desde la interacción directa médico-paciente más que con la alteración de elementos externos. Con este objetivo, resulta necesario promover e incorporar diferentes estrategias y acciones que permitan ganar confianza con el paciente y poder así responder a sus necesidades desde una perspectiva integral para lograr en última instancia una mayor efectividad en su relación asistencial.

### Referencias

1. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different. *Aten Prim*. 2012;44:358-65.
2. Laín Entralgo P. *La Relación Médico-Enfermo: Historia y Teoría*. Madrid: Revista de Occidente; 1964.
3. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:7-17.
4. Hardee JT, Rehring TF, Cassara JE, Weiss K, Perrine N. Health Care Communication: Effect and Durability of an In-depth Training Course on Physician Communication Skills. *Perm J*. 2019;23:18-154.
5. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010;340:c1345.
6. Jo Delaney L. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. 2018;25:119-23.
7. Broom M, Brady B, Kecskes Z, Kildea S. World Café Methodology engages stakeholders in designing a Neonatal Intensive Care Unit. *J Neonatal Nurs*. 2013;19:253-8.
8. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10:38-43.
9. Blázquez-Manzano AI, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero JM. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Española Comun en Salud*. 2012;3:51-65.
10. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002 Dec; 52: 1012–20.
11. Goffman E. *Behavior in Public*. The Free Press; 1963.
12. Brown P, Levinson SC. *Politeness : Some Universals in Language Usage*. Wiltshire: Studies in International Sociolinguistics 4; 1987.
13. Cordella M. La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional. *Onomazein*. 2002;117:117-44.
14. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades crónicas*. 2019; 1 (1) [consultado 20-11-2019]: Disponible en: [https://www.who.int/topics/chronic\\_di](https://www.who.int/topics/chronic_di)

seases/es/.

15. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Acad Med.* 2011;86:996-1009.
16. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is There Hardening of the Heart During Medical School? *Acad Med.* 2008;83:244-9.
17. Ramón J, Lara L, Ruiz Moral B Y Javier R, Campayo G. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Aten Prim.* 2009;41:646-9.
18. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Prim.* 2016;48:8-14.
19. Hoff T, Collinson GE. How Do We Talk About the Physician–Patient Relationship? What the Nonempirical Literature Tells Us. *Med Care Res Rev.* 2017;74:251-85.
20. Padilla-Garrido N, Aguado-Correa F, Ortega-Moreno M, Bayo-calero J, Bayo-Lozano. La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso. *An Sist Sanit Navar.* 2017;40:25-33.
21. Delgado A, López-Fernández LA, Juan de Dios L, Saletti Cuesta L, Gil Garrido N, Puga González A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit.* 2010;24:66-71.
22. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health.* 2005;15:355-60.
23. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula de Torres LÁ, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López, A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Prim.* 2012;44:5-10.
24. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997;44:681-92.
25. Wachtel PL. *La Comunidad Terapéutica. Principios y Práctica Eficaz.* Bilbao: Desclée de Brouwer; 1996.
26. Rosenberg MB. *Comunicación No Violenta: Un Lenguaje de Vida.* Buenos Aires: Gran Aldea Editores; 2006.
27. Ajiboye F, Dong F, Moore J, Kallail KJ, Baughman A. Effects of revised consultation room design on patient-physician communication. *HERD.* 2015;8:8-17.
28. Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc.* 2005;12:505-16.
29. Alkureishi MA, Lee WW, Lyons M, Press VG, Imam S, Nkansah-Amankra A, et al. Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Re-

- lationship and Communication: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2016;31:548-60.
30. Ratanawongsa N, Barton JL, Lyles CR, Wu M, Yelin EH, Martinez D, et al. Association Between Clinician Computer Use and Communication With Patients in Safety-Net Clinics. *JAMA Intern Med.* 2016;176:125-8.
  31. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Ann Intern Med.* 2016;165:753-60.
  32. Mamykina L, Vawdrey DK, Hripcsak G. How Do Residents Spend Their Shift Time? A Time and Motion Study With a Particular Focus on the Use of Computers. *Acad Med.* 2016;91:827-32.