

## Revisiones

# Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria

Importance of interpersonal communication in doctor-patient relationship in primary care

**Alberto Blázquez-Manzano<sup>1\*</sup>, Sebastián Feu-Molina<sup>2</sup>, Eulalio Ruíz-Muñoz<sup>3</sup>, Juana María Gutiérrez-Caballero<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Programa Dinamización Deportiva. Junta de Extremadura. <sup>2</sup> Facultad de Educación. Universidad de Extremadura. <sup>3</sup> Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Salud y Política Social. Junta de Extremadura. <sup>4</sup> Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Fecha de recepción: 20/03/2012 – Fecha de aceptación: 01/06/2012

## Resumen

Este artículo tiene como finalidad conocer los aspectos que influyen en el contexto comunicacional de la relación de los profesionales sanitarios de atención primaria (médico y enfermero) en consulta y que influyen en la satisfacción de los pacientes, así como en el cumplimiento terapéutico, entre otros aspectos. Se realizó un estudio teórico a través de una revisión de la literatura, utilizando los meta-buscadores de la base de datos PubMed y de revistas especializadas. En el trabajo se proponen estrategias de persuasión y una guía de intervención para mejorar dicha relación, haciendo énfasis en la conducta no verbal, que permita una mayor eficiencia en la información transmitida por estos profesionales, teniendo en cuenta el limitado tiempo del que se dispone en las consultas. La optimización de la comunicación interpersonal médico-usuario, o enfermero-usuario, conduce a una mejora en la atención en salud, incluidos el diagnóstico y el tratamiento. Por ello debe promocionarse la adquisición y puesta en práctica de habilidades en comunicación interpersonal entre los profesionales de atención primaria.

**Palabras clave:** Atención primaria; comunicación; paciente; médico; enfermero; lenguaje no verbal; persuasión.

## Abstract

This article aims to understand the aspects that influence the communicative context of the relationship of primary care health professionals (physicians and nurses) in consultation and influencing patient satisfaction and treatment adherence, among other aspects. Theoretical study was conducted through a literature review, using meta-search of the PubMed database and journals. The paper proposes strategies of persuasion and intervention guidelines to improve this relationship, focusing on nonverbal behavior, allowing greater efficiency in the information provided by these professionals, taking into account the limited time available in which queries. Optimizing the user-physician interpersonal communication, or nurse-user, leading to improved health care, including diagnosis and treatment. Therefore must promote the acquisition and implementation of interpersonal communication skills among primary care professionals.

**Key words:** primary care; communication; patient; doctor; nurse; nonverbal language; persuasion.

\* Correspondencia: [albertoblazqu50@gmail.com](mailto:albertoblazqu50@gmail.com)

## Introducción

La atención primaria debe estar orientada hacia los principales problemas de salud de la comunidad y prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas (Declaración de Alma-Ata, OMS, 1978).

Resulta necesario conocer los recursos del entorno para lograr un mayor trabajo en red comunitario (Blázquez, Ruíz y Gutiérrez, 2009). Este enfoque de intervención multidisciplinar permite situar a los equipos de atención primaria como agentes comunitarios coordinados con otros profesionales del área social y por tanto poniendo el énfasis no sólo en el diagnóstico-tratamiento sino también en la prevención-rehabilitación, pasando de llevar a cabo asistencia sanitaria a realizar mucho más: atención sanitaria.

Durante mucho tiempo, la relación facultativo-usuario/enfermero-usuario ha sido la base de los equipos de atención primaria, que se ven optimizados con el trabajo de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, permitiendo con ello el abordaje integral e integrado de la salud. Un ejemplo de esa optimización es el Programa El Ejercicio Te Cuida que se desarrolla en Extremadura, a través de un trabajo multidisciplinar entre profesionales del ámbito sanitario y de las ciencias del deporte. Los resultados están demostrando que la práctica de ejercicio físico reduce en un 29% las consultas médicas (Gusi, Herrera, Quesada, Cebrián, y Campón, 2008; Gusi, Reyes, González, Herrera y García, 2008).

En los últimos años se está produciendo un aumento de estudios sobre la comunicación de los profesionales sanitarios con los usuarios (Bellón y Martínez, 2001).

Si se analizan los cambios más importantes que se están produciendo en el entorno de los centros de atención primaria de los Servicios Públicos se podrían citar los siguientes:

- Nuevo perfil del paciente (mayor nivel formativo, mayor exigencia de información, etc.)
- Relación del profesional con el usuario (facultativo-usuario/enfermero-usuario); derecho a conocer el nombre y titulación de los profesionales, mayor exigencia de los pacientes en la defensa de sus derechos
- Necesaria relación con otros profesionales (Ley de Dependencia, Coordinación sociosanitaria, etc.)

- Aplicación de las nuevas tecnologías (consultas dotadas con equipos informáticos, receta electrónica, intranet, etc.)
- Aumento de los servicios privados (competidores/colaboradores de la sanidad pública)
- Importancia de la información (confidencialidad de datos, consentimiento informado, derecho a ser o no ser informado y a una segunda opinión, acceso a la historia clínica etc.)
- Énfasis en el rendimiento mediante la obtención de resultados que permitan medir la eficiencia de los servicios (limitación en los tiempos de consulta y de atención a pacientes)

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios de atención primaria esta nueva situación les exige un mayor esfuerzo en la elaboración de información (cuantitativa y cualitativa) y en la adaptación a las nuevas tecnologías. A esta situación se le añade la limitación temporal del encuentro con el usuario, sin olvidar en ningún momento que la finalidad última es la salud del usuario y su satisfacción. Es aquí donde la gestión del tiempo puede ser un factor clave en la satisfacción de los usuarios y trabajadores de la atención primaria.

La cultura occidental entiende el tiempo en sentido lineal, finito, valioso y fijo (Cladellas, 2009). Una escasa posibilidad de gestión del tiempo puede ser un factor psicosocial en el trabajo generando menor satisfacción en el mismo, peor salud general y mental, además de síntomas conductuales y sintomáticos de estrés (Cladellas, 2008).

Autores como Girón, Beviá, Medina y Simón (2002) señalan que la baja calidad en los servicios sanitarios centrada en la relación médico-paciente en atención primaria, se debía al escaso tiempo de consulta, además del exceso de carga asistencial, la ausencia de recursos específicos, la necesidad de formación, el conflicto con pacientes difíciles y la influencia de los factores psicosociales en el encuentro clínico.

Bellón (1997) con la finalidad de reducir las visitas a las consultas de atención primaria y poder disponer de mayor tiempo en la atención, propone tres acciones: aumentar la capacidad resolutoria del profesional, disminuir la necesidad y predisposición de los pacientes para utilizar estos servicios y optimizar la eficiencia de la organización. De igual modo, otra de las formas de lograr esta reducción de tiempo es conseguir una mayor destreza y competencia en tareas burocráticas (Bellón, Molina y Panadero, 1995).

Las nuevas tecnologías son un medio fundamental para realizar una gestión adecuada de los tiempos en atención primaria, permitiendo oportunidades de trabajo en red y de reducción de consultas mediante la implantación de lo que se ha venido en llamar la "e-salud" a través de acciones como las recetas electrónicas y otras medidas similares.

La diferenciación de un equipo de atención primaria, sea público o privado, respecto a otros, se centra cada vez más en el desarrollo de capacidades que sean difíciles de imitar, sostenibles en el tiempo y que permitan no sólo informar al paciente sino garantizar que han comprendido dicha información. Estas capacidades, este saber hacer o know how, surge de las propias personas que forman parte de los equipos de atención primaria ya que son las que lo implementan en base a sus conocimientos y experiencias previas.

El objetivo del presente artículo es estudiar los aspectos que condicionan la comunicación interpersonal y que pueden utilizar los profesionales de atención primaria de salud para mejorar la satisfacción de los usuarios, así como las técnicas y protocolos para su aplicación, centrandolo las mismas en la entrevista que se desarrolla en la consulta en atención primaria. Una de las principales limitaciones para la puesta en marcha de esos aspectos y técnicas es la escasez de tiempo para la realización de la entrevista clínica en las consultas de atención primaria.

## **Fundamentación**

### **La satisfacción del usuario de Atención Primaria**

No existe consenso en la literatura científica sobre el concepto de satisfacción, especialmente en cuanto al momento en que se produce (Giese y Cote, 1999; Oliver, 1999; Peterson y Wilson, 1992). Estas discrepancias se deben a la naturaleza de la respuesta o estado de satisfacción, a los elementos que intervienen en su formación y al momento en el que se produce dentro de la prestación del servicio (Giese y Cote (1999). Por el contrario, el concepto de insatisfacción ha mostrado un menor interés en la literatura, debido al enfoque unidimensional compartido por la mayoría de investigadores que consideran que se trata de una variable bipolar formada por diferentes grados ubicados dentro de un continuo delimitado por dos polos opuestos: satisfacción e insatisfacción (Spreng, Mackenzie y Olshavsky, 1996; Oliver, Rust y Varki, 1997; Mittal, Kumar y Tsiros, 1999).

Los dos enfoques principales que han estudiado el concepto de satisfacción se centran en el proceso y el resultado. Los estudios centrados en el proceso analizan la discrepancia entre las expectativas y la experiencia real (Tsé y Wilton, 1988; Johnson y Fornell, 1991; Cronin y Taylor, 1992; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1993). Por el contrario, los estudios centrados en el concepto de satisfacción como resultado lo refieren al estado psicológico que tendrían los pacientes en este caso, como consecuencia de su experiencia en consulta u otra actividad realizada (Howard y Shelth, 1969; Churchill y Surprenan, 1982; Oliver, 1993; Martínez-Tur, Peiró y Ramos 2001), asociándolo en muchas ocasiones con la calidad percibida del servicio (Bitner, 1990; Bolton y Drew, 1991, Boulding, Kalra, Sataelin y Zeithaml, 1993).

Para poder entender el concepto de satisfacción, es preciso definir previamente otros términos tales como el de necesidad y emoción; ya que para que pueda darse la satisfacción es necesario que se cubran una serie de necesidades asociadas a un sentimiento de privación (Sánchez, 2000). Por otro lado, la emoción sería el sentimiento subconsciente ante la posibilidad de satisfacer dicha necesidad (Maddock y Fulton, 1996). Este último término, el de emoción, ha cobrado especial relevancia en la literatura científica a partir de los estudios sobre la inteligencia emocional (Goleman, 1995; Salovey y Mayer, 1990).

El modelo de habilidad de Salovey y Mayer (1990), relativo a la inteligencia emocional, podría tener aplicación en atención primaria teniendo en cuenta los componentes que lo forman:

- Percepción y expresión emocional: consiste en reconocer de forma consciente nuestras emociones, identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal.
- Facilitación emocional: consistente en generar sentimientos que faciliten el pensamiento.
- Comprensión emocional: consiste en integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y considerar la complejidad de los cambios emocionales.
- Regulación emocional: centrado en dirigir y manejar las emociones, tanto positivas como negativas, de forma eficaz.

Basándose en los componentes de la inteligencia emocional de Salovey y Mayer (1990), autores como López-Pérez, Fernández-Pinto y Márquez-González (2008), señalan que en la edad adulta sería preciso centrar el trabajo educativo en la regulación emocional y en la vejez además de lo anterior en el reconocimiento y facilitación emocional. Un ejemplo de lo anterior son los casos que suelen presentarse en consultas con pacientes mayores que presentan dificultades para expresar la sintomatología siendo los propios acompañantes los que complementan dicha información, evidenciando las dificultades de facilitación emocional. En la vejez se aumentan las dificultades en el reconocimiento de emociones de signo negativo como la tristeza o miedo (Vasiliki y Louise, 2008), además de la habilidad para integrar cognición y emoción (Heckman y Blanchard-Fields, 2008).

### **Comunicación con el usuario en la atención primaria**

La comunicación puede definirse como el conjunto de los procesos físicos y psicológicos mediante los cuales se efectúa la operación de relacionar a una o varias personas (emisor/es con receptor/es), con el objetivo de alcanzar determinados objetivos (Anzieu, 1971).

Si se analizan con detalle los diferentes elementos que intervienen en este intercambio, que es la comunicación, podemos distinguir los siguientes (Ongallo, 2000): los datos (elementos brutos de

la información), la información (elaborada a partir de los datos, transmitida por el emisor al receptor y susceptible de generar cambios en el receptor por su significatividad) y la comunicación propiamente dicha (como sucesión de intercambios de información).

Reflexionar sobre la cuestión de la comunicación conlleva el desarrollo de un buen diagnóstico previo (Cobiellas, Becerra, Morales y Mariño, 2011), para tomar conciencia de diferentes acciones a mejorar: mecanismos y flujos de comunicación (ascendente, descendente y horizontal), diseño de sistemas que permitan mejorar los flujos de información (interna o externa) y la creación de procedimientos de coordinación que aseguren la transmisión correcta y fluida.

Este contexto exige de los profesionales de medicina y de enfermería de atención primaria una comunicación óptima con el usuario que, por un lado permita completar la información del historial del mismo y por otro favorezca una atención más eficiente aglutinando los factores psicosociales dentro de su análisis. Entender que la información es un medio y no un fin es un aspecto clave para la satisfacción de los usuarios. Por ello, se requiere que estos profesionales conozcan los principios básicos que rigen la atención y motivación humana para aplicar técnicas que permitan mejorar la comunicación, gestión del tiempo y satisfacción de los usuarios.

En la práctica médica es esencial la comunicación verbal y no verbal que se establece en el encuentro con el paciente (Travalline, Ruchinskas y D'Alonzo, 2005). Las palabras, por sí solas, quieren decir cosas, pero la forma de emitir las (gestos, miradas, tonos, contexto, posturas corporales, etc.), determina completamente el contenido del mensaje y, en consecuencia, la repercusión del mismo (Llacuna, 2000).

La mejora de la comunicación médico-paciente se ha relacionado con una mayor participación en las decisiones (Starfield, et al., 1981), mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Robbins, et al., 1993), mayor adherencia a los tratamientos (Prados, 1992) y mayor satisfacción profesional (Roter, et al., 1997).

Teniendo en cuenta lo anterior y en aplicación a las consultas de atención primaria, se hace especialmente importante el control del lenguaje verbal y corporal en aras a generar una atribución positiva en la mente del paciente y en caso de ser negativa, estar preparados para gestionar adecuadamente las conductas emocionales posteriores, ya que incidirán en la acción posterior del mismo: queja-abandono o fidelización.

### **Problemática en la comunicación profesional sanitario-usuario**

El sistema cognitivo de los seres humanos se encuentra limitado por la motivación o el tiempo necesario para llevarlas a cabo con un modelo normativo. En vez de ello, lo habitual es recurrir a reglas simples que nos permiten hacer inferencias adecuadas cuando no tenemos ni el tiempo,

ni el interés para hacerlo. Estos atajos mentales que se emplean en la simplificación de los problemas cognitivos, transformándolos en operaciones más sencillas, se denominan heurísticos (Tversky y Kahneman, 1974). Así, cuando un paciente llega a consulta, lo primero que percibe aparte del aspecto físico del profesional y del entorno, es su expresión facial, postura, distancia que mantiene, su mirada, etc.; y esta información no verbal permite hacer inferencias rápidas que condicionarán la forma de interactuar con la misma (Gaviria, Cuadrado y López, 2009).

La confianza es imprescindible en la relación médico-paciente. La propia vulnerabilidad de los pacientes y su necesidad de atención les fuerza a confiar en el criterio de los médicos (Chin, 2001). De hecho Besing, Roter y Hulsman (2003) señalan que “el consenso de los estudios es que centrar la atención en el paciente implica sentar el diálogo terapéutico más en un paradigma psicosocial que biomédico, con compromiso activo del paciente en ese diálogo, siendo el médico abierto y sensible a la agenda y perspectivas del paciente, incluyendo evocar intereses, expectativas y preferencias de tratamiento, y establecer relación emocional”.

La bibliografía pone de manifiesto varias dificultades en el momento de la entrevista en atención primaria. Los pacientes perciben dificultades de comunicación con los profesionales y escaso tiempo de atención en las consultas (Girón, et al., 2002). Entre las posibles deficiencias en la entrevista médica clásica se encuentra comenzar el interrogatorio por los antecedentes patológicos y obtener la información a través de preguntas cerradas, limitando la expresión abierta del paciente y no abordando por tanto aspectos psicológicos y sociales (Moreno-Rodríguez, 2000). El informe Kalamazoo II relaciona de manera directa la comunicación efectiva con una mayor satisfacción médico-paciente, adherencia a los planes de tratamiento, decisiones médicas más adecuadas, mejores resultados de salud, disminución de la incidencia de demandas por mala práctica contra médicos de atención primaria y con la información y educación del público (Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly y Frankel, 2001).

Otra posible problemática que puede aparecer son las dificultades en identificar señales no verbales, necesidades psicosociales de los pacientes, manejo de emociones y aseguramiento del compromiso del paciente al tratamiento (Sogi, Zabala, Oliveros y Salcedo, 2006). Autores como Robinson y Roter (1999) proponen que el abordaje psicosocial requiere de 3 a 6 minutos más de consulta. Otros autores como Bellón y Martínez (2001) señalan que aunque se consumiera más tiempo de entrevista, se trataría de una inversión de futuro que a la larga reduciría la utilización de las consultas por parte de los pacientes. Tanto es así que autores como Jackson y Kroenke (1999) han podido demostrar que la actitud médica en el abordaje de los problemas psicosociales influía en el número de visitas de los pacientes difíciles. Las consecuencias de la no identificación de los aspectos psicosociales pueden llevar a errores en el diagnóstico y/o en la comunicación del diagnóstico y tratamiento (Ridsdale, et al, 1994).

Por último, la continuidad de un mismo profesional genera una menor probabilidad de utilización de consultas en atención primaria ya que estabiliza la relación médico-paciente (Weiss y Blustein, 1996).

## Discusión

A continuación se realiza un análisis del intercambio comunicacional médico-usuario/enfermero-usuario en la consulta de atención primaria teniendo en cuenta no sólo el lenguaje verbal sino también el corporal siguiendo las propuestas de Travaline, et al. (2005).

Es importante tener en cuenta que la conducta no verbal se manifiesta a través de cinco dimensiones: kinestias (gestos, movimientos corporales, etc.) paralenguaje (forma en que decimos las cosas: voz, silencios...), proxemia (uso del espacio social y personal), factores ambientales y la percepción del uso del tiempo (puntualidad, momento de iniciar la conversación o los temas, etc.). Rodríguez (2004) establece ligeras variaciones: la cinésica (incluye también las expresiones faciales y la mirada o el movimiento de los ojos), la proxémica, el paralenguaje, el tacto y los factores físicos y ambientales (matizan el mensaje).

Inicialmente cuando un paciente entra en consulta éste se muestra mediante sus aspectos externos tales como la postura, vestimenta, etc.; que permite elaborar algunas hipótesis al profesional de atención primaria, sin poder afirmar a qué conducta corresponde ya que esta información deberá contrastarse con el resto de información, prestando especial atención a las contradicciones entre el lenguaje verbal y no verbal. Estos aspectos son importantes debido a que la razón suele comunicarse a través de las palabras, siendo las emociones las manifestadas por las características de la voz y del lenguaje corporal.

Observando la distribución de los espacios de la consulta se pueden deducir algunos aspectos que permiten establecer la línea divisoria psicológica entre el profesional de atención primaria y el paciente. Lo primero es que el paciente-usuario entra en la consulta del profesional y no a la inversa (caso que ocurriría en la atención domiciliaria). Otros elementos son la vestimenta del profesional (bata blanca, identificación y cualificación), la situación en el espacio y la decoración. Especial atención tiene la mesa con equipo informático que delimita el espacio interpersonal (proxemia). Todos estos aspectos sitúan el status del profesional sanitario como superior al del paciente.



Una vez que el paciente entra en la sala y teniendo en cuenta las delimitaciones psicológicas anteriores es momento de que el profesional promueva una mayor equidad en la relación a través de un saludo inicial con un apretón de manos (con fuerza moderada) tanto para hombres como para mujeres, estando dichas palmas perpendiculares al suelo. Aquí será clave también el manejo de la mirada que debe ser sostenida y directa sin desviarla mientras se saluda. En este punto debe recordarse que la sintonía emocional es el primer paso para ejercer la empatía (Alonso, Fuentes y Nuño 2008); y con la empatía podremos profundizar mucho en la comunicación.

Pasado este primer momento, cada interlocutor se ha situado en su ubicación; es momento de ofrecer al paciente las señales suficientes para generar confianza y provocar una mayor fluidez en los mensajes. Es por ello, que la introducción de datos informáticos o cumplimentación del historial, debería dejarse para el último momento y no realizarlo durante el momento en que el paciente informa (ya que se traduciría en interrupciones constantes). Lo ideal sería escuchar y hacer preguntas abiertas que promuevan una riqueza en la comunicación de aspectos psicosociales por parte del paciente (aplicando las conclusiones de Moreno-Rodríguez, 2000), manteniendo la mirada lo más posible. A partir de aquí y una vez finalizada la exposición del mismo, complimentar los datos y si es preciso volver a preguntar al paciente por datos importantes. De esta manera, se sentirá escuchado y las preguntas de recordatorio mostrarán el interés del profesional por precisar su análisis. Es importante preguntar, si el paciente no lo ha incluido en su discurso, cuestiones de su entorno que puedan afectar a su sintomatología; indicando con ello un abordaje más psicosocial teniendo en cuenta los resultados de Jackson y Kroenke (1999).

Algunos consejos corporales que indicarían atención por parte del profesional son inclinar la cabeza mientras el paciente habla, mantener el contacto visual, realizar movimientos lentos o acariciarse la barbilla. Es preciso evitar cruzar piernas o brazos, morderse los labios, jugar con bolígrafos, realizar tics (tocarse la oreja, la nariz, etc.) o realizar movimientos rápidos que indiquen o generen nerviosismo tanto en el profesional como en el usuario. El uso del ordenador debe minimizarse dando todo el protagonismo al paciente (Rodríguez, 2004). Un objetivo imprescindible es generar confianza al paciente, ya que es una de las fuerzas más vitales que sostiene la relación exitosa (Chin, 2001).

El siguiente paso sería la exploración (si se precisa) invitando al paciente al lugar donde se desarrollará y explicando en todo momento qué es lo que se va a hacer y para qué. Con esto se disminuye la ansiedad del paciente ante lo desconocido. Será importante gesticular lentamente, juntar las yemas de los dedos o mostrar las palmas de las manos para generar confianza.

Antes de explicar y detallar el diagnóstico y tratamiento sería preciso anotar las ideas más importantes que se desea que le queden claras al paciente teniendo en cuenta el cribaje selectivo de la información que se realiza aplicando los postulados de Kotler y Armstrong (2004). No menos importante es compatibilizar el tratamiento con sus hábitos de vida, con el objetivo de hacer más partícipe al paciente e incrementar la adherencia al tratamiento. De igual modo es importante concretar objetivos a corto y medio plazo que vayan permitiendo al profesional y al paciente conocer la evolución de los mismos. Para ello sería interesante introducir técnicas de autorregistro por parte del usuario que ayudarán a recordarle la importancia del tratamiento (función educativa) y dar mayor información al profesional en la próxima consulta. Dos aspectos fundamentales son la concreción del tratamiento y los beneficios específicos para su problema de salud y, si se precisa la derivación a otros profesionales, ofrecer la máxima información para poder contactar con el mismo tal y como plantean Blázquez, et al. (2009).

Antes de la despedida, es necesario preguntar y aclarar con los pacientes aquellas dudas o creencias que puedan interferir en el tratamiento o sus dificultades a la hora de incorporarlas en su estilo de vida (Sogi, et al., 2006).

Por último, despedir a los pacientes manteniendo la mirada durante el saludo y cerciorándose una vez más de que no le queda duda de lo explicado anteriormente. Hay que tener en cuenta que una vez que el paciente sale de la consulta, una lluvia de atribuciones le pueden surgir aplicando los postulados de Gaviria, et al. (2009). De igual modo, podrían surgirle dudas en la gestión del procedimiento de derivación o de cómo seguir óptimamente el tratamiento, especialmente si no han sido explicados previamente con detalle (Robinson y Roter, 1999). En caso de que el paciente regrese a consulta se debería dedicar el tiempo preciso para la aclaración de dichas dudas o atribuciones.

## **Conclusiones**

La gran cantidad de estudios publicados sobre este tema ha dificultado inicialmente el análisis por lo que se decidió priorizar aquellos estudios más actuales y/o considerados de mayor relevancia práctica en el tema, pudiendo alcanzar así los objetivos planteados. Aunque el presente trabajo no aporta muestras, pruebas estadísticas o resultados, sí puede servir de referencia conceptual para el desarrollo de otros estudios centrados en la comunicación facultativo-paciente.

El análisis de la literatura, permite concluir que para mejorar la relación de los profesionales sanitarios de medicina y enfermería con los usuarios de atención primaria de salud resulta necesario poner en marcha diferentes estrategias y acciones que nos permitan captar más información, ganar confianza y así poder dar respuesta a las necesidades de los usuarios desde una perspectiva integral, lo que finalmente nos llevará a lograr unos mayores índices de satisfacción, del usuario y del profesional, y a una mayor efectividad y eficiencia de las intervenciones en atención primaria de salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

Desde la Administración Sanitaria debe hacerse un esfuerzo por impulsar la formación de los profesionales de atención primaria en habilidades de comunicación y en promover la puesta en marcha de esas habilidades, dados los grandes beneficios que de ello pueden derivarse.

## Referencias

- Alonso, S., Fuentes, J., y Nuño, M. (2008). Cómo interpretar la comunicación no verbal. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 15(5), 275-281.
- Anzieu, D. (1971). *La dinámica de los grupos pequeños*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Bellón, J.A. (1997). Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. *Cuadernos de Gestión*, 3, 108-129.
- Bellón, J.A., y Martínez, T. (2001). La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria* 27, 452-458.
- Bellón, J.A., Molina, F., y Panadero, A. (1995). El tiempo de comunicación y registro en las entrevistas de atención primaria. *Atención Primaria*, 15, 439-444.
- Bensing, J.M., Roter, D.L., y Hulsman, R.L. (2003). Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 335-42.
- Bitner, M.J. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54, 69-82.
- Blázquez, A., Ruíz, E., y Gutiérrez, J.M. (2009). La figura del profesional de la actividad física como miembro de los equipos de coordinación sociosanitaria en Extremadura. *E-balonmano.com: Revista de Ciencias del Deporte*, 5(1), 19-31.
- Bolton, R.N., y Drew, J.H. (1991). A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, 55, 1-9.
- Boulding, W.; Kalra, A.; Staelin, R. y Zeithml, V.A. (1993). A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, 7-27.
- Cladellas, R. (2008). La ausencia de gestión de tiempo como factor de riesgo psicosocial en el trabajo. *Intangible Capital*, 4(4), 237-254. Consultado el 10 de julio de 2010 desde <http://www.intangiblecapital.org>.
- Cladellas, R. (2009). El tiempo como factor cultural y su importancia socioeconómica: Estado del arte y líneas futuras. *Intangible Capital*, 5(2), 210-226. Consultado el 10 de julio de 2010 desde <http://www.intangiblecapital.org>.
- Cobiellas, L.M.; Becerra, J.; Morales, M.C. y Mariño, G. (2011). El diagnóstico, paso ineludible para caracterizar la situación comunicativa de la empresa. *Revista Ingeniería Industrial*, 32 (2), 141-150.
- Cronin, J., y Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.

- Chin, J.J. (2001). Doctor patient relationship: A covenant of trust. *Singapore Med J.*, 42(12), 579-81.
- Churchill, G.A., y Surprenant, R. (1982). An investigation into the determinants of Customer Satisfaction. *Journal Marketing Research*, 19, 491-504.
- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Keylly, K., y Frankel, R. (2001). All participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*, 79, 495-507.
- Gaviria, E., Cuadrado, I., y López, M. (Coord.) (2009). *Introducción a la Psicología Social*. Madrid: Sanz y Torres.
- Giese, J.L., y Cote, J.A. (1999). Defining consumer satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 1, 1-34.
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E., y Simón-Talero, M. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de encuentros clínicos en atención primaria de Alicante. Estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 561-575.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gusi, N., Herrera, E., Quesada, F., Cebrián, C. y Campón, J.C. (2008). Physical activity programs for middle-aged and older adult. En 7th World Congress on Aging and Physical Activity (pp. 73-74). Japan: ISAPA.
- Gusi, N., Reyes, M.C., González, J.L., Herrera, E., y García, J.M. (2008). Cost-utility of a walking programme form moderately depressed, obese or overweighed elderly women in primare care: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 8, 8-231.
- Heckmann, A., y Blanchard-Fields, F. (2008). Emotion Regulation in Interpersonal Problems: the role of cognitive-emotional complexity, emotion regulation goals and expressivity. *Psychology and Aging*, 23(1), 39-51.
- Howard, J.A., y Sheth, J.N. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Jackson J.L., y Kroenke K. (1999). Difficult patientencounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1069-1075.
- Johnson, M.D., y Fornell, C. (1991). A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. *Journal of Economic Psychology*, 12, 267-86.
- Kotler, P., y Armstrong, G. (2004). *Marketing*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., y Márquez-González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15(6), 501-522.

- Llacuna, J. (2000). La comunicación no verbal (I): ¿cómo interpretar los gestos de nuestro interlocutor?. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7(9), 576-587.
- Maddock, R., y Fulton, R. (1996). *Marketing to the mind: Right Brain Strategies for advertising and marketing*. Londres: Quorum Books.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J.M., y Ramos, J. (2001). Living service structural complexity to customer satisfaction. The moderating role of type of ownership. *Internacional Journal of Service Industry Management*, 3(12), 295-306.
- Mittal, V., Kumar, P.J., y Tsiros, M. (1999). Attribute-level performance, satisfaction and behavioral intentions over time: a consumption-system approach. *Journal of Marketing*, 63, 88-101.
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862
- Moreno-Rodríguez, M.A. (2000). Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. *Revista Cubana de Medicina* 39(2), 106-14.
- Oliver, R.L. (1993). A Conceptual Modelo f Service Quality and Service Satisfaction: Compatible Goals. Different Concepts. *Advances in Services Marketing and Management*, 2, 65-85.
- Oliver, R.L. (1999). Whence Consumer Loyalty. *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Oliver, R.L., Rust, R.T., y Varki, S. (1997). Customer delight: foundations, findings and managerial insight. *Journal of Retailing*, 73(3), 311-336.
- OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Consultado el 10 de junio de 2010 desde <[http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)>.
- Ongallo, C. (2000). *Manual de Comunicación: Guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1993). More on improving Service Quality Measuremeny. *Journal of Retailing*, 69, 140-147.
- Peterson, R.A., y Wilson, W.R. (1992). Measuring customer satisfaction: fact and artifact. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 20(1), 61-71.
- Prados J.A. (1992). Importancia de la relación médico-enfermo y la entrevista clínica en el cumplimiento del tratamiento. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 16, 209-216.
- Ridsdale, L., Evans, A., Jerret, W., Mandalia, S., y Osler, K.; Vora, H. (1994). Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. *The British Journal of General Practice*, 44, 413-416.
- Robbins, J.A., Bertakis K.D., Helms, L.J., Azari, R., Callahan, E.F, y Creten, D.A. (1993). The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *Family Medicine*, 25, 17-20.

- Robinson, J.W., Roter, D.L. (1999). Counselling by primary care physicians of patients who disclose psychosocial problems. *The Journal of Family Practice*, 48, 98-705.
- Rodríguez, J.J. (2004). Comunicación no verbal. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11(8), 433-442.
- Roter, D.L., Steward, M., Putnam, S.M., Lipkin, M., Stiles, W., y Inui, T.S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*, 227, 350-356.
- Sage, G.H. (1977). *Introduction to motor behavior: A neuropsychological approach* (2ª Ed.) Addison-Wesley: Reading, M.A.
- Salovey, P., y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, P. (2000) *Marketing Deportivo: la clave del éxito en la gestión de los centros de actividad físico-deportiva y recreativa*. Madrid: Consejería de Educación. Dirección General de Deportes.
- Sogi, C., Zabala, S., Oliveros, M., y Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación e habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 67(1), 30-37.
- Spreng, R.A., Mackenzie, S.B., y Olshavsky, R.W. (1996). A re-examination of the determinants of consumer satisfaction. *Journal of Marketing*, 60, 15-32.
- Starfield, B., Wray, C., Hess, K., Gross, R., Birk, P.S., y D'Iugoff, B.C. (1981). The influence of patient practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*, 71,127-131.
- Travaline, J.M., Ruchinskas, R., y D'Alonzo G. (2005). Patient-physician communication: Why and how. *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1),13-18.
- Tse, D.K., y Wilton, P.C. (1988). Models of Consumer Satisfaction Formation: an extension. *Journal of Marketing Research*, 25, 204-212.
- Tversky, A., y Kahneman, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1130.
- Vasiliki, O., y Louise, H.P. (2008). Effects of age and emotional intensity on the recognition of facial emotion. *Experimental Aging Research*, 34(1): 63-79.
- Weiss L.J., y Blustein J. (1996). Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the cost and use of health care by older americans. *American Journal of Public Health*, 86, 1742-1747.
- Worchel, S., Lee, J., y Adewole, A. (1975). Effects of supply and demand on ratings of objects values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 906-914.