



ORIGINAL

Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria

Lourdes López García-Ramos^{a,*}, Daniel López Martín^a, Francisco Javier Berbel Jiménez^a,
Miriam Pérez de Colosía Civantos^b y Miguel Pedregal González^c

^aCentro de Salud Adoratrices, Huelva, España

^bCentro de Salud La Orden, Huelva, España

^cUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Huelva-Costa, Huelva, España

Recibido el 6 de mayo de 2008; aceptado el 16 de agosto de 2008

Disponible en Internet el 2 de abril de 2009

PALABRAS CLAVE

Habilidades de comunicación;
Atención primaria;
Acompañante;
Negociación

Resumen

Objetivo: Conocer qué porcentaje de pacientes vienen acompañados a la consulta, el perfil del acompañante y su influencia en el tiempo y la negociación de la entrevista clínica en atención primaria.

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Centros de salud de Adoratrices y La Orden. Distrito Sanitario Huelva-Costa.

Participantes: Muestreo no probabilístico de 390 entrevistas durante noviembre de 2007.

Mediciones principales: Cuatro observadores externos recogieron los datos sobre el acompañante y sus características, duración de la entrevista, técnicas de negociación empleadas, éxito y diferencias entre cuando hay acompañante y cuando no lo hay.

Resultados: El 30,5% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 25,9%–35,3%) de los entrevistados acudieron con acompañante. El acompañante tipo es mujer (61,3%), de 52 años, esposa y colaboradora. Las técnicas se usaron en un 6,7% (IC del 95%, 2,8%–15,6%) y la más usada fue el señalamiento. La diferencia de la exposición inicial sin ser interrumpido fue de 2 s sin y con acompañante ($p = 0,276$). La entrevista terminó con una diferencia entre sin y con acompañante de 46 s ($p = 0,098$). En cuanto a la duración de la consulta, sin negociación fue de 7 min y con negociación, 8 min 38 s ($p = 0,034$). Hubo negociación en el 16,4% (IC del 95%, 12,9%–20,5%) y se llegó a un acuerdo en el 88,9% (IC del 95%, 78,4%–95,4%). La técnica más usada fue la reconducción por objetivos.

Conclusiones: Aproximadamente un tercio de los pacientes venían acompañados. El más frecuente fue el colaborador. El acompañante no influye en la duración de la entrevista ni en el resultado de la negociación. Si hay que negociar, el tiempo se alarga.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lourdeslgr@hotmail.com (L. López García-Ramos).

KEYWORDS

Communication;
Primary health care;
Companion;
Discussion

Influence of the patient's companion on the discussion and length of the clinical interview in primary health care

Abstract

Objective: To find out the percentage of patients who come accompanied to their medical appointments, their companion's profile and his/her influence on the discussion and the length of the clinical interview in Primary Health Care.

Design: Descriptive observational study.

Setting: Adoratrices and La Orden Healthcare Centers. Health District: Huelva-Coast.

Participants: Non-probabilistic randomized sample of 390 interviews in November 2007.

Main measurements: Data was collected by 4 external observers on: the companion and his/her characteristics, length of clinical interview, the interview strategies employed, success and differences when with a companion.

Results: The companion was present in 30.5% of the clinical interviews (95% CI, 25.9%–35.3%). The typical companion is female (61.3%), 52 years old, wife and co-worker. Strategies were used in 6.7% of interviews (95% CI, 2.8%–15.6%), the most frequent being signalling. The difference as regards initial exposure without interruption was 2 s without and with a companion ($p = 0.276$). The interview finished with a difference of 46 s without companion and with companion ($p = 0.098$). As regards the length of the clinical interview, without discussion it was 7 min long and with discussion 8 min and 38 s ($p = 0.034$). There was discussion in 16.4% of the interviews (95% CI, 12.9%–20.5%) and there was agreement in 88.9% (95% CI, 78.4%–95.4%). The most frequent strategy was that of redirecting objectives.

Conclusions: Approximately one third of the patients came accompanied. The most frequent profile was the co-worker. The companion does not have an effect on the length of the interview. Length increases when there is discussion.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La entrevista clínica (EC) es la base de la consulta de atención primaria^{1,2}. Así, la comunicación es la pieza básica en la relación médico-paciente³⁻⁵.

Según Borrell, empezamos a entender la entrevista cuando la consideramos en la triple faceta relacional, exploratoria y resolutoria⁶. En este punto, son de gran importancia los primeros minutos de la entrevista, durante los que el paciente expone libremente el motivo de su consulta para obtener información^{7,8}. También es importante la motivación y la aceptación de responsabilidades para la resolución de los más frecuentes problemas comunicativos⁹. Si hay discrepancias entre el paciente y el profesional, es necesario pactar, contrastar opiniones para acordar conductas¹⁰, el profesional utiliza técnicas de negociación y acuerda con el usuario posibles acciones a seguir¹¹.

Existen interferencias en la comunicación cuando el paciente tiene dificultades para expresarse, su entorno familiar, sus circunstancias sociales y psicológicas, además del limitado tiempo de consulta^{12,13}. Con el objetivo de minimizar estos problemas, precisamos de técnicas de adiestramiento para una mayor destreza del profesional en la comunicación¹⁴.

Dentro de estas circunstancias del paciente, el hecho de que venga a consulta acompañado introduce un elemento más en la relación médico-paciente¹⁵. Esta influencia puede

crear dificultades en la delimitación y el análisis del motivo de consulta¹⁶.

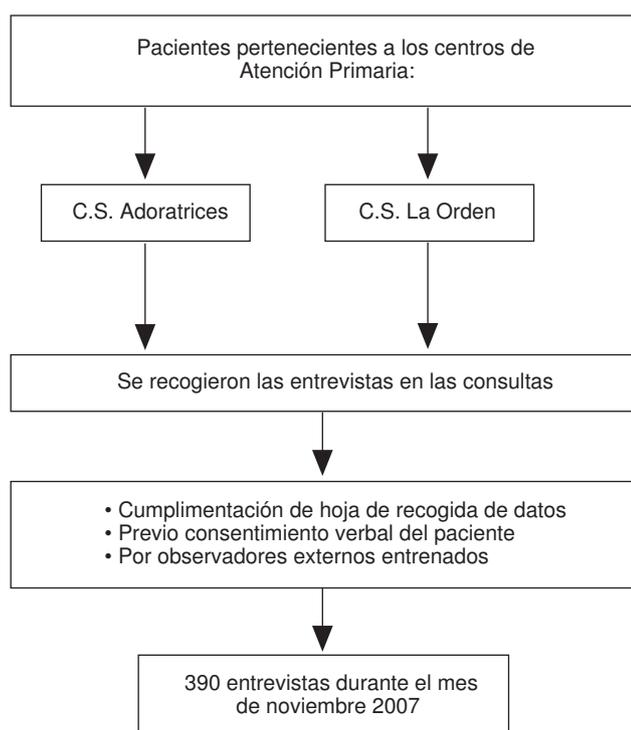
Los objetivos de este estudio son conocer con qué frecuencia el paciente viene acompañado, el tipo y el perfil del acompañante, la influencia en el tiempo inicial de la entrevista, la duración total de la consulta, en la negociación y el acuerdo.

Material y método

Se trata de un estudio observacional descriptivo. Durante el mes de noviembre se recogieron los datos de la EC en cuatro consultas de atención primaria del distrito sanitario Huelva-Costa de Huelva capital (Centro de Salud [CS] Adoratrices CS La Orden), previo consentimiento verbal del paciente, por cuatro observadores entrenados y externos a las visitas (médicos internos residentes de Medicina de Familia y Comunitaria), utilizando cronómetro digital. Se proporcionó a los observadores bibliografía sobre el tema y una posterior puesta en común por dos expertas en EC, que expusieron los conceptos y los objetivos de las técnicas. Se redactó la hoja de recogida de datos por consenso de investigadores y observadores y, después de una breve puesta a prueba (1 semana), se aceptó la hoja definitiva. Las EC fueron realizadas por cuatro tutores de residentes en sus consultas del centro de salud (tabla 1).

Tabla 1 Entrevistadores

	Entrevistador 1	Entrevistador 2	Entrevistador 3	Entrevistador 4
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Varón
Edad (años)	47	43	48	52
Especialidad	MIR 92	MIR 91	ECOE	MIR 82
Años de ejercicio	18	17	21	26
Años de cupo	1,5	1,6	19	22
Tutor de residentes	12	1	1	20
Número de visitas/día	45	40	40	30
Experiencia previa en entrevista clínica	Experto	Experto	Básico	Medio



El tamaño de la muestra se calculó para una proporción esperada de acompañantes del 23,86%¹⁷, con una precisión o error absoluto deseado del 5%¹⁸ y un nivel de confianza del 95%, y resultó $n = 280$.

Las variables analizadas en la entrevista fueron:

- Existencia de acompañante o no. Sexo, edad, parentesco y tipo, según las categorías definidas por Borrell: colaborador, pasivo, intrusivo y enfermo¹⁹.
- Técnicas usadas según el tipo de acompañante: eliminación de interferencias, señalamiento, pacto de intervención, técnicas del puente y creación de un nuevo entorno¹⁶.
- Tiempo de la exposición inicial del problema por el paciente que acude a la consulta sin ser interrumpido por el profesional.
- Tiempo total de la entrevista (desde el saludo inicial hasta la despedida).

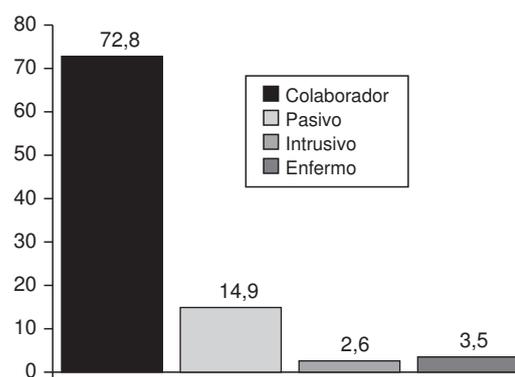


Figura 1 Tipo de acompañante.

- Si hay negociación o no. Si la hay, técnicas de negociación utilizadas: cesión, paréntesis, doble pacto, exploración de creencias, reconducción por objetivos, transferencia de responsabilidad y «disco rayado»¹¹.
- Acuerdo o no de la entrevista, es decir, valorar la aceptación por parte del paciente.

El análisis estadístico se realizó mediante resúmenes numéricos para variables cuantitativas y proporciones para las cualitativas. Se utilizaron IC del 95%. Para comparar medias se utilizó la prueba de la *t* de Student para comparación de dos medias²⁰ y para las proporciones, la de la χ^2 de Pearson. En todos los casos se comprobaron las condiciones de aplicación. Los datos se analizaron con el programa SPSS 15.0 para Windows.

Resultados

Se recogieron los datos de 390 EC, en 119 (30,5%) de las cuales los pacientes acudieron a la entrevista con algún acompañante (IC del 95%, 25,9%–35,3%). La mayoría de los acompañantes fueron mujeres, en un 61,3% (IC del 95%, 52%–70,1%) con una media de edad de 52 (IC del 95%, 49,2–54,8) años. El parentesco más frecuente fue cónyuge en un 55,5% (IC del 95%, 46,1%–64,6%) y el tipo, colaborador en el 72,8% (IC del 95%, 63,7%–80,7%) de los casos (fig. 1). Las técnicas específicas se usaron en un 6,7% (IC del 95%,

2,8%–15,6%). La más usada fue el señalamiento (75%; IC del 95%, 34,9%–96,8%) (fig. 2).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la duración de la exposición inicial del paciente sin ser interrumpido y la duración total de la entrevista entre sin y con acompañante ($p = 0,276$ y $p = 0,098$ respectivamente).

Hubo negociación en el 16,4% de las EC (IC del 95%, 12,9–20,5). No se encontraron diferencias significativas en la proporción de EC con negociación dependiendo de la presencia de acompañante ($p = 0,303$).

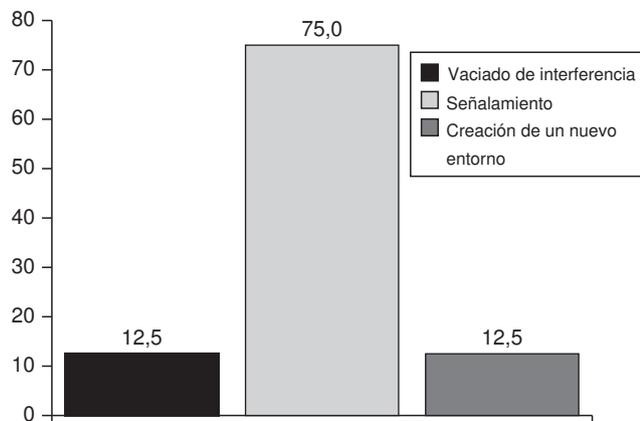


Figura 2 Técnicas acompañante.

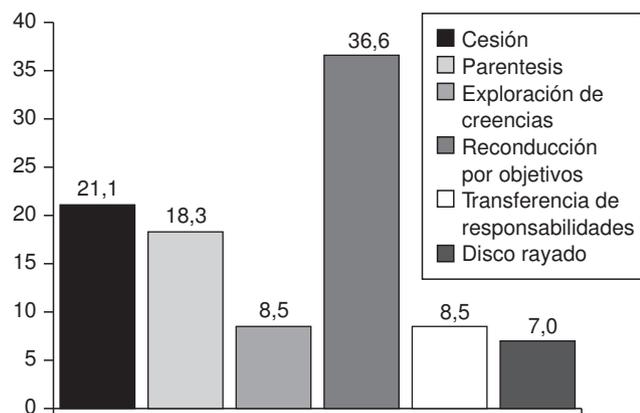


Figura 3 Técnicas de negociación.

En las entrevistas con acompañante colaborador, hubo negociación en el 16% (IC del 95%, 8,8%–25,9%). En las que el acompañante no fue colaborador, la negociación se realizó en el 25% (IC del 95%, 9,8–46,7). No se encontraron, de nuevo, diferencias significativas ($p = 0,317$) que indiquen que el tipo de acompañante influya en que haya negociación.

La técnica más utilizada fue reconducción por objetivos en el 36,6% de los casos (IC del 95%, 25,5%–48,9%): sin acompañante en el 34,8% (IC del 95%, 21%–50,1%) y con acompañante en el 39,3% (IC del 95%, 21,5%–59%) (fig. 3).

El tiempo empleado en las entrevistas sin negociación fue de 7.02 min, mientras que en las entrevistas con negociación fue de 8.38 min. Esta diferencia sí fue significativa ($p = 0,034$).

Se llegó a un acuerdo en el 88,9% (IC del 95%, 78,4%–95,4%) de las negociaciones: sin acompañante se acordó el 90% (IC del 95%, 76,3%–97,2%) y con acompañante, el 87% (IC del 95%, 66,4%–97,2%). No se encontraron diferencias significativas ($p = 0,711$).

En la tabla 2 se muestran los datos comparativos más significativos del estudio.

Discusión

El acompañante y su relación con el paciente son un dato importante para el diagnóstico familiar y para el curso de la EC¹⁵. Sin embargo, en algunas ocasiones el profesional sanitario vive la presencia del acompañante como una interferencia en su labor diaria¹⁶.

En cuanto a los resultados del estudio, encontramos que un tercio de los pacientes acuden a la consulta acompañados. El prototipo de este acompañante es mujer, principalmente esposa, con una edad de 52 años y de tipo colaboradora, como en estudios previos¹⁷. En la mayoría de los casos es útil y colabora activamente en la consulta. Por ello, habitualmente no resulta necesario aplicar las técnicas a dicho acompañante.

La duración de la exposición inicial del paciente sin ninguna interrupción es escasa, tal como reflejan otros estudios²¹. Además, el tiempo total de la entrevista no se afecta por que haya un acompañante, ya que la diferencia entre la media del tiempo total de la entrevista con y sin acompañante es de 46 s aproximadamente, similar también a otros estudios^{21,22}. Teniendo en cuenta que los pacientes

Tabla 2 Datos principales del estudio

	Sin acompañante	Con acompañante	p
Tiempo inicial de exposición (s), media	23	21	0,276
Tiempo total de entrevista clínica (min), media	6,58	7,44	0,098
Negociación, %	19	15	0,303
Acuerdo en la negociación, %	90	87	0,711
	Sin negociación	Con negociación	p
Tiempo total de entrevista clínica (min), media	7,02	8,38	0,034

que vienen con acompañante son menos de un tercio del total, no hay evidencia de diferencias clínicamente significativas y no supone un consumo de tiempo importante para el médico en su jornada diaria.

El acompañante no altera la negociación ni influye en las técnicas empleadas, ya que no existen diferencias estadísticamente significativas, ya se negocie con acompañantes colaboradores o con no colaboradores.

El tiempo que se emplea en la entrevista es mayor si hay que negociar (1.30 min más). Esto sí es relevante desde el punto de vista clínico: implica la utilización de más tiempo de consulta y mayor demora en atención al paciente en espera. Sin embargo, dicha negociación es positiva porque en la mayoría de los casos se llega a un acuerdo, tanto con acompañante como sin él²³.

Pensamos que los cuatro médicos de familia escogidos son un reflejo de la heterogeneidad existente en la realidad asistencial en atención primaria en cuanto a edad, años de ejercicio, tiempo en el cupo, tiempo como tutor, número de visitas y experiencia previa en EC.

Sin embargo, que se trate de centros acreditados para la docencia podría suponer un sesgo de selección y, por lo tanto, una limitación del estudio. Otras limitaciones podrían ser otras características de los CS (urbanos) y algunos problemas técnicos (fallo del cronómetro en la consulta o que acudiera un familiar en vez del paciente), que de todas maneras fueron excepcionales.

En conclusión, nuestro estudio aporta que el acompañante es un elemento positivo y clarificador en la entrevista clínica en la mayoría de los casos. No influye negativamente en el tiempo de la consulta ni altera la negociación. Si negociamos, usamos más tiempo de consulta, pero se llega a un acuerdo en un alto porcentaje de los casos.

Lo conocido sobre el tema

- Sobre el acompañante, sabemos que su relación con el paciente es un factor importante que tener en cuenta en la entrevista clínica.
- Sobre el tiempo de la visita médica, está condicionado por la unidad de tiempo que la empresa dispone por paciente.
- Con respecto a la negociación, sabemos que los sistemas de salud fomentan las habilidades de comunicación de sus profesionales para una relación-comunicación médico-paciente más simétrica y satisfactoria.

Qué aporta el estudio

- El acompañante más frecuente en nuestras consultas es el colaborador. No hay que despreciar la información que nos pueda aportar.
- No existen diferencias entre los encuentros con y sin acompañante en cuanto al tiempo ni a la negociación en la entrevista clínica.
- En un pequeño porcentaje de casos hay que usar habilidades comunicativas y negociar en la entrevista. Esto consume más tiempo en la consulta.

Agradecimientos

A los profesionales de los CS, nuestros tutores: Asunción Morón, Gloria Marín, Pilar Freire y Juan Pedro Moreno.

Bibliografía

1. Castro Gómez JA, Quesada Jiménez F. Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Aten Primaria*. 1996;18:399-402.
2. Barca I, Parejo R, Gutiérrez P. La información del paciente y su participación en el tema de decisiones. *Aten Primaria*. 2004;33:361-7.
3. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos; 1961.
4. Prados Castillejo JA, Cebria Andreu J, Bosch Fontcuberta JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación clínica. *FMC*. 2000;7:83-95.
5. Pedregal M, Schwart P. Medicina basada en la evidencia y la comunicación del paciente. *Med clin (Barc)*. 1999;113:79.
6. Borrell F. Entrevista clínica viva. *Aten Primaria*. 2004;34:3-5.
7. Marvel M, Epstein R, Flewers K, Beckman H. Soliciting the patient's agenda. Have we improved? *JAMA*. 1999;281:283-7.
8. Neighbour R. La consulta interior. 1.ª ed. Barcelona: J&C; 1998.
9. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: semFYC-ediciones; 2000.
10. Pascual P, Indurain S. Como mejorar nuestras entrevistas clínicas. *An Sist Sanit Nav*. 2001;24:15-22.
11. Borrell F. Manual de entrevista clínica. Manual de estrategias practicas. Barcelona: semFYC; 2004.
12. Girón M, Bevia B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria en Alicante: estudio con grupos focaleo. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:561-75.
13. Ley P. Patient's understanding and recall in clinical communication. London: Academics Press; 1983. p. 89-107.
14. Girón M, Sánchez García E. Eficacia de una técnica de adiestramiento sobre las destrezas de la entrevista clínica asociada con la capacidad psicodiagnóstica del medico. *Aten Primaria*. 1998;21:125-30.
15. De la Revilla L, Montero R, Prados MA, Marcos B, Bailén E, Castro JA. El acompañante en la entrevista clínica. *Aten Primaria*. 1993;11:225-7.
16. Fuentes Vigil J, Alonso Arias S. El acompañante. Sección entrevista clínica. *FMC*. 2000;106:58-9.
17. Doménech JM. Fundamentos de Diseño y Estadística. UD 6: Estimación de parámetros: intervalos de confianza y tamaño de las muestras. Barcelona: Signo; 2003.
18. Pardo Álvarez J, Pedregal González M, Schwartz Calero P, Castillo Barrera J, Ortega Carpio A, Aguilar Valadez C. El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas. *Medicina de Familia (And)*. 2003;2:136-8.
19. Borrell i Carrio F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989. p. 106-12.
20. Doménech JM. Fundamentos de diseño y estadística. UD 11: Comparación de dos medias: pruebas t. Barcelona: Signo; 2003.
21. Seguí M, Linares L, Blanco A, et al. Tiempos durante la visita médica en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:496-502.
22. Anuario de la sanidad y del medicamento en España [editorial]. *El Médico*. 1998;675(Supl):124.
23. De La Concepción Ruiz M, Pedregal González M, Arias Fortes E, Soriano Zanoletty MA. Entrevista clínica en atención primaria: ¿Negociamos? Comunicación presentada en el XVI Congreso de la SAMFYC. Almería, 8-10 de junio de 2006.