

Traducción del artículo:

Cortesés pero sin curiosidad: De cómo la cortesía de los médicos enmascara su falta de cuidado existencial. Estudio cualitativo sobre consultas de pacientes grabadas en vídeo.

Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics*. 2011 Nov;37(11):650-4.

RESUMEN

Objetivo: Estudiar cómo tratan los facultativos a los pacientes, tanto médica como humanamente, mediante la observación de su conducta en entrevistas médico-paciente.

Diseño: Estudio cualitativo en el que se observaron y analizaron 101 consultas grabadas usando la Teoría Fundamentada, generando categorías explicativas a través de un análisis hermenéutico (interpretativo en forma narrativa) de las grabaciones.

Ámbito: Hospital general, docente, de 500 camas en Noruega.

Participantes: 71 médicos de especialidades (excepto psiquiatría) y los pacientes a los que atienden.

Resultados: Los médicos se ocuparon de la salud de sus pacientes centrándose en el aspecto biomédico. Este enfoque biomédico a menudo desatiende otros aspectos importantes de la consulta, especialmente los elementos existenciales. Los médicos alejaron de manera insistente el foco de las preocupaciones existenciales de los pacientes, enfocando los aspectos biomédicos y abordando raramente los aspectos personales de la enfermedad, tratándolos de una manera biologicista. Al mismo tiempo, atendieron a los pacientes con cortesía, con una actitud educada y amistosa, y procurando facilitar la buena relación entre ellos.

Conclusiones: El estudio sugiere que el mayor fallo en las entrevistas médico-paciente no se encuentra en una falta de modales educados, sino en el daño moral que experimentan los pacientes cuando se ignoran sus preocupaciones existenciales. Mejorar las habilidades sociales y de comunicación de los facultativos no resuelve este problema moral, que parece estar intrínsecamente ligado a la práctica médica moderna. Reconocer este daño podría ser, sin embargo, un primer paso para minimizar sus efectos.

INTRODUCCIÓN

El “cuidado de los pacientes” es una obligación moral profundamente asumida por los médicos, pero su significado es incierto. Varios estudios empíricos han mostrado que los médicos raramente implican a sus pacientes en la toma de decisiones clínicas sobre sí mismos (1-4). Otra investigación resalta cómo los médicos se centran en los aspectos técnicos y biomecánicos de un caso dejando aparte los valores y sentimientos del paciente (5,6). En 2007-2008, utilizando observaciones y entrevistas, estudiamos cómo manejaban los médicos las dimensiones morales de la práctica clínica (7). Encontramos que la práctica médica reflejaba la responsabilidad moral de mejorar la salud de los pacientes, mientras que las dimensiones personales y humanas del sufrimiento del paciente se obviaban sistemáticamente. La definición de “buen médico” suele implicar el entendimiento del ser humano y la empatía, y tiene profundas raíces en nuestra cultura, la cual da forma tanto a las expectativas del paciente como a el autoconocimiento del médico (8,9). Muchos pacientes y médicos han aceptado bien el desarrollo de una aproximación más humanística, como una reacción al dominante enfoque impersonal y científico de la medicina moderna (10,11). Poner el foco nuevamente en la perspectiva del paciente, y en cómo la enfermedad afecta la vida de las personas, ha conducido

a movimientos como el de la “medicina centrada en el paciente” y la “toma de decisiones compartida” (12-14), al mismo tiempo que implica que temas de ética y comunicación, que antes eran elementos poco importantes dentro de la formación médica, ahora estén comenzando a ser obligatorias en el currículum de muchas facultades de medicina occidentales (15).

Si bien centrarse en la autonomía del paciente y mantener una mejor comunicación ha mejorado probablemente las entrevistas clínicas, esto no parece haber resuelto el problema de la asistencia sanitaria. Son frecuentes las quejas de los pacientes sobre falta de respeto y de empatía (16,17). La naturaleza recurrente de estas quejas sugiere que no son casos aislados de mala praxis, sino que probablemente muestren un problema sistemático en la atención médica. Sin embargo, queda un largo camino por recorrer hasta llegar a entender las dimensiones del cuidado profesional implicadas en la relación médico-paciente.

Para estudiar este tema, diseñamos este nuevo estudio cualitativo, grabando en vídeo consultas de rutina en un hospital. Nuestro objetivo era estudiar cómo se refleja en su comportamiento la preocupación de los médicos por los pacientes, para así conseguir saber más sobre qué implica el cuidado profesional de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con una muestra representativa de 380 entrevistas grabadas en vídeo en un hospital general docente de 500 camas en Noruega, lo que constituía un análisis secundario de un estudio realizado durante los años 2007-2008 (18). Los 71 médicos incluidos en el estudio fueron aleatoriamente seleccionados de entre la población médica que trabajaba en servicios clínicos del hospital, excluyendo los psiquiátricos, y las entrevistas fueron una muestra de conveniencia de consultas ambulatorias, de ingreso, alta y pases de planta hospitalarios, relacionadas con procedimientos diagnósticos.

Los consultas se grabaron antes, durante y después de que los médicos hubieran participado en un curso de habilidades de comunicación, pero se han excluido las grabaciones hechas después de la intervención. También se desecharon las pocas entrevistas que duraban más de 20 minutos, ya que la mayoría de éstas contenía largos periodos de exámenes físicos que no eran visibles en la grabación y que por tanto resultaban difíciles de valorar.

El grupo de estudio se constituyó tratando de incluir a profesionales con experiencia relevante para la investigación. Así, se contó con un médico residente y licenciado en filosofía (KMA), un profesor de filosofía (AW), un médico general con amplia experiencia y profesor de ética médica (RF) y otro médico general y profesor de investigación de servicios de salud con experiencia en comunicación clínica (PG). El primer autor visionó cintas aleatoriamente seleccionadas y tomó notas de cada entrevista, centrándose particularmente en el comportamiento de los médicos. Los datos se analizaron con el fin de generar categorías explicativas en línea con un enfoque basado en la Teoría Fundamentada, y el cambio entre los periodos de observación y análisis de datos se realizó de forma hermenéutica para mantener los conceptos teóricos cerca de los datos (19,20).

La teoría se fue desarrollando en colaboración con AW, mientras que RF y PG revisaron los datos de manera independiente. Después de revisar 101 entrevista, las nuevas no revelaron ninguna información nueva significativa y se logró la saturación. De acuerdo con esta metodología KMW seleccionó una muestra de 12 entrevistas, cada una de las cuales representaba una categoría principal dentro de la teoría que se estaba desarrollando. Todos los autores vieron juntos estas entrevistas seleccionadas y estuvieron de acuerdo en su interpretación. De estas 12 se seleccionaron tres consultas típicas, que ilustraban especialmente bien las tres categorías principales que se presentan a continuación. Todos los autores han estado de acuerdo en las descripciones finales de los casos y han leído y revisado el manuscrito.

RESULTADOS

Los investigadores encontraron que la implicación de los médicos con sus pacientes puede ser clasificada en tres dimensiones distintas: preocupación médica, cortesía y cuidado existencial.

Las *preocupaciones médicas* de los médicos estaban relacionadas principalmente con cómo estaba afectada la salud de los pacientes y cómo podían ellos ayudar mediante sus conocimientos médicos. Esto se hizo evidente en cómo afrontaban las quejas de los pacientes y cómo priorizaban su tiempo. Esto podría ser visto como parte del contrato esencial entre el médico y el paciente. Su fuerte sentido de *preocupación médica* genera que a menudo los médicos traten a sus pacientes como objetos médicos. No obstante muchos tratan a sus pacientes no como meros objetos, sino que interactúan con ellos como seres humanos de una forma trivial. Hemos utilizado el término “*cortesía*” para describir cómo los médicos a menudo mostraban una actitud amistosa, mantenían un buen tono y enfatizaban las relaciones sociales con los pacientes. Con “*cortesía*” nos referimos a expresar respeto por el paciente como ser humano, pero sin entrar a preocuparse más profundamente por la vida del paciente. Por el contrario, los médicos mostraron poca curiosidad sobre el individuo y descuidaron aspectos más personales de la condición del paciente, mostrando poca o ninguna *preocupación existencial*. Los pacientes hablaban a menudo sobre sus sentimientos personales (por ejemplo, describiendo cómo habían vivido los hechos actuales y cómo esto había afectado a sus existencias), pero los médicos raramente se referían raramente a esto, centrándose en su lugar en los hechos médicos antes que en las experiencias personales.

Estas tres dimensiones de la implicación de los médicos aparecieron como resultado de los análisis de todo el material. Los casos que se presentan a continuación han sido seleccionados simplemente para ilustrar estas tres dimensiones.

Caso I: Visitando al neumólogo

La doctora saluda al paciente, un hombre de mediana edad, invitándole al mismo tiempo a tomar asiento. Él dice que se ha recuperado de lo que probablemente fuera sólo una infección. La doctora se vuelve hacia el ordenador, asintiendo ocasionalmente mientras estudia la pantalla. El paciente de repente dice: “he estado sano toda mi vida, justo hasta que mi mujer murió hace tres... hace tres años”. La doctora mira al ordenador, sin mostrar ninguna reacción: “Sí”. El paciente: “y... y entonces parece que ocurrió algo... y en los tres últimos años ha habido muchas preocupaciones sobre mi corazón, pero... aparte de eso... creo que estoy... relativamente...” La doctora: “...pero aparte de eso ha estado usted bien, ¿verdad?” El paciente: “Sí...” La médica acerca su silla hacia la del paciente y sonríe: “Entonces esta es la gran pregunta que le hago a todos los que acuden aquí: ¿Usted fuma?”

La doctora dice que tiene un poco de tiempo extra y dibuja entusiasmada una curva explicando los efectos del tabaco sobre la función pulmonar. El paciente le dice que estuvo sano hasta la muerte de su mujer y la médico elogia su aspecto saludable. De repente le pregunta si ha tenido algún síntoma, cosa que él niega. Ella dice que eso dificulta el diagnóstico y ambos se ríen. Dado que el sistema informático requiere un diagnóstico ella escribe “EPOC”. El paciente dice que otro médico sugirió asma: “... mi hijo tiene asma, pero también es de lo que murió mi mujer, y... en mi familia hay casos de asma”. La doctora mira fijamente la pantalla, asiente y declara que no son necesarias más visitas. El paciente está de acuerdo, pero sigue expresando otras preocupaciones. La médica levanta rápidamente la cabeza: “¿Hay algo más que me quiera preguntar?” “¡No!” contesta y se levanta para irse. La doctora le acompaña y le desea que le vaya bien.

La primera preocupación de la doctora es definir el problema médico, y se centra más en el ordenador que en el paciente. Se basa en los datos médicos de la historia clínica, que lee

en voz alta. La doctora no tiene en cuenta el relato del paciente sobre sus propias vivencias y es declarado sano en función de los resultados de una prueba.

Cuando el paciente encuentra el valor para mencionar que su mujer ha muerto, la doctora lo ignora. En lugar de hablar sobre este aspecto existencial cambia rápidamente de tema, centrándose en una pregunta médica sobre el tabaco. La siguiente vez que sale el tema la doctora habla sobre la condición física del paciente. Éste menciona tres veces a su mujer muerta, revelando finalmente que murió de asma, pero no se habla de ninguna ansiedad potencial relacionada con el estado de sus pulmones. La doctora declara explícitamente que tiene mucho tiempo, pero evita las claras dimensiones existenciales del sufrimiento del paciente.

En cualquier caso hablan de una manera cordial. La médica se levanta educadamente a saludar al paciente y le invita a sentarse, no se apresura durante la consulta, responde a las preguntas del paciente sobre la función pulmonar y el ejercicio, e invierte tiempo en explicar todos los detalles. Sonriente, parece valorar el contacto social. Sin embargo aparece un elemento ambiguo sobre la mencionada cortesía cuando las educadas preguntas de la doctora sirven en realidad para interrumpir al paciente y poner fin a la consulta; un signo que el paciente parece detectar.

Caso II: La ronda por la planta /un anestesista visita la planta

Una anciana sentada en la cama, mirando regularmente a la puerta. “¿Es usted la Sra. Peterson?” El médico sonríe, se presenta como anestesista y coge una silla. La paciente pregunta si va a ser él quien la sede o quien la opere, pero el médico responde que no a ambas preguntas. Con voz amistosa hace preguntas breves sobre su historia médica, rellenando el formulario para la anestesia. La paciente responde cuidadosamente, diciendo que está molesta porque su hija tenga que cuidarla y no se tome en serio el dolor de su pierna. El médico mira para abajo, respondiendo “Sí” y “Ya veo”. El teléfono de la mujer suena y él espera hasta que termine de hablar.

Cuando el médico empieza a hablar con la paciente sobre la anestesia epidural ésta parece incómoda. Pregunta varias veces sobre la medicación y sobre la posibilidad de anestesia general. Con tono afable, pero al mismo tiempo con prisas, el médico le explica las ventajas de la epidural y propone pautar un tranquilizante. La paciente dice que ella ya tiene “de esos pequeños caramelos que no hacen ningún bien” y ambos se ríen con ganas. Después de esto, el médico le pregunta si tiene más dudas. Ella se pone seria: “Oh, me pregunto muchas cosas”. Doctor: “Sí, ¿pero tienen que ver con la sedación?” Paciente: “¿Sólo con la sedación, no con la operación?” Doctor: “Sólo con la sedación”.

La paciente parece ansiosa y pregunta sobre el dolor y sobre si estará despierta durante la cirugía. El médico le contesta con voz amistosa, pero de manera rápida, impaciente y sin dejar de mirar la historia clínica: “¿De acuerdo?” Ella duda: “¿De acuerdo? Estoy nerviosa. Muy nerviosa”. El médico le promete administrarle tranquilizantes y repite: “¿De acuerdo?” Ella expresa dudas sobre el cirujano y dice que el anesesiólogo debería estar presente. Él se ríe y dice: “Sí, debería. Pero por desgracia tengo que hacer otra cosa mañana”. El médico le da la mano, le desea buena suerte y se va. La paciente mira por la ventana y suspira profundamente.

La paciente muestra ansiedad desde el principio y el médico se dirige a ella de una manera amigable y que inspira confianza. Se toma su tiempo y se sienta, se dirige a ella y la mira directamente, mantiene el contacto con ella, demuestra educación y cortesía. Al verse animada a hablar, la paciente contesta con ganas a todas sus preguntas y comparte sus frustraciones personales. Tras establecer este contacto social, el médico se centra en los problemas médicos, haciendo las preguntas para rellenar el formulario de anestesia, sin hacer caso del relato de la paciente sobre experiencias previas estresantes y humillantes. Cuando concluye su tarea, trata de terminar la consulta casi obligando a la paciente a afirmar que todo está bien, demostrando una vez más su preocupación limitada sólo al contexto médico.

La cortesía del médico parece ser importante para la paciente, tanto cuando éste espera pacientemente a que ella termine de hablar por teléfono, como cuando empiezan ambos a reírse. No obstante, es en este momento cuando el doctor pone límites a su relación con ella y vuelve a centrarse en la parte médica. Aunque las responsabilidades del médico puedan estar limitadas al procedimiento anestésico, las preocupaciones asistenciales no pueden delimitarse tan fácilmente. Tanto los gestos de la paciente como sus preguntas repetidas sobre el dolor revelan su ansiedad sobre la cirugía. El intento de tratar sólo con el componente del miedo relacionado con la epidural denota el deseo del profesional de evitar hablar sobre las necesidades existenciales de la paciente, y es inefectivo. Al permitirle sólo preguntar por temas relacionados con la anestesia, la paciente intenta expresar sus preguntas orientándolas a la sedación y, en última instancia, hablando en términos generales sobre su terrible nerviosismo. Pero el médico nunca enfrenta esta dimensión existencial del miedo y propone una solución médica: más sedantes.

Caso III: Revisión de un cáncer (de un paciente con cáncer)

Un señor de 60 años entra en la consulta con su esposa. Diagnosticado de cáncer metastásico hace un año, se le ha realizado una operación y ha recibido siete sesiones de quimioterapia. El médico parece próximo y atento y presenta el caso mientras mira al paciente pidiendo su confirmación de los datos. Desde el ordenador identifica el proceso actual como el crecimiento de una de las metástasis. El paciente explica que siente el tumor creciendo y el médico pregunta por los síntomas, como problemas urinarios, dolor y nutrición. El paciente le habla de su pérdida gradual de apetito, cosa que confirma su esposa. El médico asiente sin dejar de mirar la pantalla del ordenador. “Sí. Sí, ya veo... Sí. Por el resultado de la analítica podemos ver que se encuentra usted en lo que llamamos un estado catabólico. Esto quiere decir que su cuerpo gasta más de lo que ingiere”. Cuando la mujer expresa preocupación por la debilidad del paciente, el médico intenta hacer un recuento de las actividades de la vida diaria del enfermo. Seguidamente examina el abdomen del paciente y exclama: “¡Sí! Pero esto podemos,..., podríamos radiar esta lesión, estoy seguro”.

Cuando se quedan a solas el paciente y su mujer expresan ansiedad ante la rápida progresión de la enfermedad. Cuando el médico vuelve a entrar la esposa, con voz tímida, hace preguntas sobre el tratamiento y éste le explica por qué la radioterapia es el tratamiento de elección, detallando todo el proceso mientras el paciente escucha y asiente. El doctor resume el proceso, pero el paciente no hace intención de irse. La mujer saca a colación la metástasis hepática, pero el doctor la ignora. El paciente asiente: “Sí, sí. Bien, bien”. Pero no se mueve. Después de un momento de silencio el paciente finalmente se levanta: “Bien, bien... Pero entonces.... En fin, suena bien, creo”. El médico sonríe, dice “Hasta luego” y les estrecha la mano.

Una vez más las preocupaciones médicas del doctor guían la conversación, obviando otros temas importantes. Aunque todo el tratamiento es paliativo, en ningún momento se refiere a la agonía existencial subyacente del paciente e incluso es rechazada de manera activa. Se centra en datos médicos y solo permite al paciente hacer comentarios sobre éstos. Es al ordenador más que al paciente al que se le pregunta por el motivo de consulta, que es definido como “crecimiento de una de las metástasis”.

Obviamente el médico evita referirse a las preocupaciones existenciales. Cuando el paciente habla sobre el tumor el médico no hace alusión al miedo subyacente, sino que pregunta por los síntomas. Del mismo modo cuando sale a colación el aumento paulatino de cansancio en el paciente intenta cuantificar los niveles de actividad. A las preocupaciones explícitas se le dan respuestas médicas, incluso el proceso de morir del paciente es descrito como un “proceso catabólico”. La dimensión existencial tácita parece estar incómodamente presente al final, cuando los miedos no tratados parecen impedir que el paciente se vaya.

Pero el médico también muestra cortesía y es atento con el paciente y con su esposa, manteniendo una buena atmósfera y sonriendo a menudo. Es educado, escucha pacientemente, se toma su tiempo para contestar preguntas y no mete prisa al paciente. Estos contrastes se ven mejor al final de la consulta, cuando el doctor dice “les veré otro día” aunque probablemente no exista otro día para el paciente.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio confirma nuestros hallazgos anteriores: Los médicos se centraron en problemas médicos obviando otros aspectos de las consultas, sobre todo los relacionados con la dimensión existencial. Las vivencias personales de la enfermedad por parte de los pacientes fueron sistemáticamente omitidas o ignoradas. Otros estudios han descrito contestaciones sin empatía de los médicos y fracasos a la hora de responder a las pistas expresadas por los pacientes (21-23). La regularidad de esta conducta hace pensar que no se trata de mala praxis, sino que forma parte de las interacciones habituales entre los médicos y pacientes, o sea, como una forma de “procedimiento médico” (24). Los expertos en bioética y los pertenecientes a una corriente humanista en medicina nos llaman la atención sobre el sufrimiento del paciente, abogan por una implicación personal del médico y subrayan la necesidad de dirigirse a los pacientes como seres humanos completos, con experiencias vitales únicas (25-27). Aun así, y en aras de llevar a cabo su trabajo clínico, los médicos deben aplicar sus conocimientos médicos a los pacientes, lo que implica una cierta “cosificación” de los mismos, y un cierto desapego por las narrativas personales, cosa que ya fue sugerida hace décadas por algunos médicos sociólogos (28). Si tratar a los pacientes como objetos resulta inevitable para ayudarlos desde el punto de vista médico, podemos entender por qué resulta tan difícil de aceptar la idea de la medicina humanística.

Cuando los médicos ignoran las vivencias de los pacientes corren el riesgo de perder información clínicamente relevante, haciendo que las consultas sean menos efectivas. Así, en el segundo ejemplo, investigar sobre la raíz del miedo de la paciente hacia la cirugía habría sido más efectivo que pautar ansiolíticos. Porque se trata de algo más que optimizar los tratamientos médicos de los pacientes. Al ignorar los temas existenciales expresados por los enfermos, los médicos están ignorando la humanidad de los pacientes, lo que constituye una ofensa moral que a menudo es percibida negativamente (29). La idea de que los individuos no pueden ser reducidos a objetos y que son valiosos por sí mismos forma parte de la base del concepto de moralidad y dignidad humana (30). Mientras que la mayoría de los pacientes permiten esta “cosificación”, aquellos con enfermedades que afectan a sus vidas pueden ser especialmente vulnerables.

Aunque nuestro estudio confirma la falta de curiosidad personal por los aspectos existenciales de los pacientes, también revelan que los médicos no son insensibles a los pacientes como individuos. De hecho, los de nuestro estudio mostraron un respeto por sus pacientes como seres humanos a través del contacto social, el comportamiento correcto y la actitud amistosa. El centrarse sobre todo en el aspecto médico llevó a los profesionales a obviar los aspectos personales, pero los pacientes fueron tratados con cortesía. Aunque esta ambigüedad de cuidado profesional se observó en muchos de los casos, no parece que los médicos fueran conscientes de ello. A menudo el manejo de los pacientes se hizo de manera casi automática, lo que sugiere que los médicos consideraban los casos como normales y sin complicaciones. Pasaban rápidamente de conversar con ellos de manera distendida, a reducirlos a meros objetos médicos, al hacer sólo la exploración física o ponerse a mirar al ordenador mientras hablaban. Las expresiones manifiestas de cortesía de los médicos podrían ocultar en realidad una “cosificación” tanto del médico como del paciente, llevando al primero a percibir la consulta como honesta y satisfactoria. Al pasar por alto los aspectos personales, la amabilidad de los médicos provocaba que los pacientes se sintieran desconcertados e incapaces de elevar ninguna protesta.

En lo que se refiere al acto médico, el estudio revela la importancia de distinguir entre el cuidado existencial (habilidad de la que carece la mayoría de los médicos) y la cortesía, que muestran claramente. Varios intentos llevados a cabo para fomentar la profesionalidad entre los estudiantes de medicina y los médicos hablan de la necesidad de empatía, altruismo e integridad (31). Sin embargo, no se sabe si es posible que los médicos cuiden a los pacientes en la esfera existencial, al tiempo que atienden a sus responsabilidades clínicas, responsabilidades que les exige aplicar a veces una ciencia médica despersonalizada. La cortesía puede mejorar la relación médico-paciente, pero el daño moral que supone ser manejado como un objeto médico no puede ser compensado por la amabilidad y la educación. Los médicos deberían estar familiarizados con estos efectos negativos de la práctica clínica, incluso si son inevitables. Si un médico no es capaz de considerar la perspectiva personal de un paciente, al menos debería ser consciente del daño moral causado por este rechazo. Debería intentar minimizarlo atendiendo a su humanidad, en la medida de lo posible y dentro del ámbito médico, y disculparse cuando no pueda abordar cuestiones personales. La cortesía tendría así importancia moral no para ocultar la “cosificación” médica, sino para reconocer la humanidad de los pacientes, humanidad que se ve frecuentemente amenazada en la relación médico-paciente tradicional.

Nuestros hallazgos cualitativos no pueden generalizarse de la misma manera que los cuantitativos (32). Las consultas se grabaron en un hospital noruego, y hay que ser cuidadoso a la hora de aplicar nuestros hallazgos a otros campos. La práctica médica en Noruega no se diferencia mucho de la de otros países occidentales, por lo que los resultados podrían ser extrapolados a escenarios similares localizados en otra parte. Nuestros hallazgos también están de acuerdo con estudios similares realizados en otros países, como ya se ha destacado previamente. Hemos utilizado un tamaño de muestra grande y los médicos participantes tienen diferentes especialidades, edades y experiencias. Sin embargo sólo se incluyeron médicos del ámbito hospitalario, y es posible que los médicos generales tengan en cuenta más al paciente como persona. El hecho de que los médicos supieran que participaban en un estudio de comunicación clínica probablemente los hizo ser más conscientes de sus acciones y sin mostrar su peor comportamiento. Es importante saber que, incluso a pesar de este sesgo, seguimos hallando una falta de cuidados existenciales.

REFERENCIAS

1. Braddock CH 3rd, Edwards KA, Hasenberg NM, et al. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA* 1999;282:2313e20.
2. Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decisionmaking in real-time encounters. *Soc Sci Med* 2009;69:1e8.
3. Ford S, Schofield T, Hope T. Observing decision-making in the general practice consultation: who makes which decisions? *Health Expect* 2006;9:130e7.
4. Rogg L, Aasland OG, Graugaard PK, et al. Direct communication, the unquestionable ideal? Oncologists' accounts of communication of bleak prognoses. *Psychooncology* 2010;19:1221e8.
5. Corke CF, Stow PJ, Green DT, et al. How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. *BMJ* 2005;330:182.
6. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:935e9.
7. Agle Dahl KM, Førde R, Wifstad A. Clinical essentialising: a qualitative study of doctors' medical and moral practice. *Med Health Care Philos* 2010;13:107e13.
8. Brian Hurwitz, Alex Vass. What's a good doctor and how do you make one? *BMJ* 2002;325:667.
9. Miles SH. Hippocrates and informed consent. *Lancet* 2009;374:1322e3.
10. Halperin EC. Preserving the humanities in medical education. *Med Teach* 2010;32:76e9.

11. Frankel RM, Quill TE, McDaniel SH. *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. New York: University of Rochester Press, 2003.
12. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221e6.
13. Sandman L, Munthe C. Shared decision making, paternalism and patient choice. *Health Care Anal* 2010;18:60e84.
14. Epstein RM, Peters E. Beyond information: exploring patients' preferences. *JAMA* 2009;302:195e7.
15. Boudreau JD, Cassell EJ, Fuks A. A healing curriculum. *Med Educ* 2007;41:1193e201.
16. Meruelo NC. Mediation and medical malpractice: the need to understand why patients sue and a proposal for a specific model of mediation. *J Leg Med* 2008;29:285e306.
17. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553e9.
18. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, et al. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital physicians: result of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns*. Published Online First: 1 Nov 2010. doi:10.1016/j.pec.2010.08.028.
19. Glaser BG, Strauss F. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine de Gruyter, 1967.
20. Glaser BG. *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory*. California: Sociology Press, 1978.
21. Weiner SJ, Schwartz A, Weaver F, et al. Contextual errors and failures in individualizing patient care. a multicenter study. *Ann Intern Med* 2010;153:69e75.
22. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, et al. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678e82.
23. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000;284:1021e7.
24. Macnaughton J. The dangerous practice of empathy. *Lancet* 2009;373:1940e1.
25. Barry CA, Stenvenson FA, Britten N, et al. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med* 2001;53:487e505.
26. Cassell EJ. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York: Oxford University Press, 1991.
27. Langewitz W. Beyond content analysis and non-verbal behaviour: What about atmosphere? A phenomenological approach. *Patient Educ Couns* 2007;67:319e23.
28. Parsons T. *The Social System*. 2nd edn. London: Routledge, 1991.
29. Malterud K. Humiliation instead of care? *Lancet* 2005;366:785e6.
30. Kant I. *Groundwork of the Metaphysics of Morals*. New York: Cambridge University Press, 1997.
31. Coulehan J, Williams PC. Conflicting professional values in medical education. *Camb Q Healthc Ethics* 2003;12:7e20.
32. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001 Ago 11;358:483e8.