



ORIGINAL

Influencia del acompañante en las consultas de Atención Primaria sobre las habilidades en comunicación y el tiempo de entrevista



Alejandro Pérez-Milena^{a,*}, Natalia Zafra-Ramírez^b, Juan Andrés Ramos-Ruiz^c, Antonina Rodríguez-Bayón^c y Javier Zafra-Ramírez^a

^a Centro de Salud El Valle, Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

^b Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

^c Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria del Distrito Jaén Norte-Nordeste, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

Recibido el 23 de marzo de 2022; aceptado el 4 de mayo de 2022

PALABRAS CLAVE

Cuidadores;
Atención Primaria de Salud;
Toma de decisiones conjunta;
Relaciones profesional-familia;
Administración de la práctica médica

Resumen

Objetivos: Valorar la influencia del acompañante en consulta sobre la calidad de la comunicación médico-paciente y la duración de la consulta.

Diseño: Descriptivo transversal.

Emplazamiento: Diez centros de salud.

Participantes: Médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Intervenciones: Auditoría por pares de videograbaciones de consultas a demanda.

Mediciones principales: Habilidades en comunicación utilizando el cuestionario CICAA-2 (mejorable, aceptable o adecuada); edad (MIR), sexo (MIR, paciente y acompañante), motivos de consulta y duración de la entrevista. Análisis bivariante y multivariante. Autorización del CEI, consentimiento informado oral y custodia de las videograbaciones.

Resultados: Participaron 73 MIR (53,8% mujeres, 32,9 ± 7,7 años) valorando 260 entrevistas (60,3% mujeres, 2,1 ± 1,0 motivos de consulta). Un 27,7% de consultas con acompañante (sexo femenino 65,3%). La duración media de las entrevistas fue de 8,5 ± 4,0 minutos, superior 2,7 ± 0,5 minutos en consultas con acompañante ($p < 0,001$ t de Student) y con mayor número de motivos de consulta (40% con ≥ 3 motivos, $p = 0,048$ χ^2). El valor medio de la puntuación total de la escala CICAA-2 (46,9 ± 16,5) fue superior en las consultas con acompañante (diferencia 4,6 ± 2,3), al igual que la tarea 2 (39,3 ± 15,8 con diferencia 4,4 ± 2,2) ($p < 0,05$ t de Student). El modelo obtenido con regresión logística binaria muestra una mayor duración de la consulta con acompañante (OR 1,2; IC [1,1-1,3]) y posiblemente mejor puntuación en la tarea 2 (OR 1,02; IC [0,99-1,1]).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandroperez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez-Milena).

Conclusiones: Las comunicaciones triádicas suponen un desafío para las habilidades de comunicación del médico, que mejora sus capacidades para identificar y comprender los problemas del paciente, aunque a costa de una mayor inversión de tiempo.

© 2022 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEY WORDS

Caregivers;
Primary Health Care;
Decision making,
shared;
Professional–family
relations;
Practice
management, Medical

Influence of the companion in Primary Care consultations on communication skills and interview time

Abstract

Objetives: To know the influence of the companion in triadic clinical encounter on the quality of doctor–patient communication and the duration of the interview.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Location: 10 Primary Care Centers.

Participants: Resident doctors of Family and Community Medicine.

Interventions: Peer review of video recordings of clinical demand consultations.

Main measurements: CICA-2 questionnaire to assess communication skills (improvable, acceptable or adequate); age and sex, reasons for consultation and duration of the interview. Bivariate and multivariate analyses. Ethical authorization, oral informed consent and custody of the video recordings.

Results: 73 RD (53.8% women, 32.9 ± 7.7 years) participated with 260 interviews (60.3% women and 2.1 ± 1.0 clinical demands). 27.7% of consultations with a companion (female sex 65.3%). The mean duration of the interviews was 8.5 ± 4.0 min. Clinical encounters lasted longer when a companion attended (2.7 ± 0.5 min more; $p < .001$ Student t) and with a greater number of clinical demands (40% with ≥ 3 reasons, $p = 0.048$ χ^2). The mean value of the total score of the CICA-2 scale (46.9 ± 16.5 ; difference 4.6 ± 2.3) and Task 2 (39.3 ± 15.8 with difference 4.4 ± 2.2) were higher when companion was present ($p < .05$ Student t). The model obtained with logistic regression shows a longer duration of the consultation with a companion (OR 1.2; CI [1.1–1.3]) and possibly a better score in Task 2 communication skills (OR 1.02; CI [0.99–1.1]).

Conclusions: Triadic communications challenge the clinician's communication skills, improving their abilities to identify and understand patient problems, albeit at the cost of a greater investment of time.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud se considera un derecho humano fundamental y constituye un recurso para la vida en mayor medida que un objetivo en sí misma¹. Múltiples aspectos económicos, sociales y culturales interaccionan constantemente con otros factores individuales para modular el proceso salud-enfermedad. La adaptación al entorno, clave en la búsqueda de la salud, se basa en el establecimiento de unas adecuadas relaciones interpersonales, la inexistencia de barreras para la comunicación y sentirse apoyado por otras personas. Esta necesidad de apoyo social se objetiva en la práctica clínica en la llamada *comunicación triádica*^{2,3}, donde una tercera persona acompaña al paciente para facilitar el encuentro con el médico.

Los derechos del paciente, legislados en España en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, sitúan al propio enfermo como titular del derecho a la información, pero también pueden ser informadas las personas vinculadas a él y que estén autorizadas de manera expresa o tácita. En el ámbito hospitalario es habitual ofrecer un régimen de visitas para que la estancia incida lo menos posible en las

relaciones sociales y personales del enfermo ingresado. En la atención primaria de salud es muy frecuente que los encuentros clínicos entre médicos y pacientes estén abiertos a una tercera persona: el acompañante³, que generalmente suele ser un familiar, como su cónyuge, un hijo adulto o cuidadores formales.

El acompañante ejerce una poderosa influencia sobre el comportamiento y actitud del paciente respecto a los cuidados en salud y aporta datos de gran valor por su cercanía al enfermo⁴. La presencia de una tercera persona puede ayudar a mejorar la gestión del autocuidado, aunque también puede negativamente en los procesos comunicativos al limitar el intercambio de información, particularmente aquella relacionada con temas delicados^{3,5}. La gran variedad de roles que puede desempeñar un acompañante durante el acto clínico representa un reto para el profesional de la salud, quien deberá desarrollar diferentes habilidades en comunicación con el objetivo de «acomodar al acompañante» y aprovechar el enorme potencial que ofrece tanto en el aspecto semiológico como de aliado terapéutico, aunque posiblemente a costa de invertir más tiempo en el encuentro clínico⁴.

Diferentes estudios muestran la influencia del acompañante en la duración del encuentro clínico y en las habilidades comunicacionales del médico de familia^{2,3,5,6}, con resultados dispares debido a las diferencias en el diseño empleado y el entorno sanitario. El objetivo que se plantea en este trabajo es valorar el impacto de la relación paciente-acompañante en la calidad de la comunicación por parte del médico, así como las características y la duración de la consulta, empleando para ello una metodología de aprendizaje de campo mediante videograbaciones de consultas a demanda realizadas por médicos internos residentes (MIR).

Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo y transversal utilizando las grabaciones en video de las entrevistas clínicas realizadas durante las consultas de demanda clínica en centros de salud. Estas grabaciones se realizaron en 10 centros

de salud urbanos y rurales durante los años 2011 a 2018. Participaron todos los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) quienes habían realizado una grabación de su actividad en consulta a demanda en su último año de formación posgraduada con fines docentes. Las videograbaciones fueron posteriormente evaluadas en la Unidad Docente de referencia para mejorar las habilidades en comunicación. Cada grabación se realizó de forma continuada durante, al menos, una hora de consulta empleando una cámara de video de alta definición (SONY Handycam) colocada sobre un trípode situado en una esquina de la consulta, informando al paciente antes de entrar en consulta.

Se calculó un tamaño de muestra de 259 entrevistas teniendo en cuenta una proporción esperada de acompañantes del 20%⁵, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y unas pérdidas del 5%. Se seleccionaron las consultas donde hubo al menos un motivo de consulta clínico, auditando un mínimo de 3 y un máximo de 6 entrevistas por MIR. Se excluyeron las primeras consultas videograbadas en todos los casos (para evitar el efecto Hawthorne),

Tabla 1 Escala CICA: ítems utilizados en el modelo estándar para cada tarea

Tarea 1.ª conectar

1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?

Tarea 2.ª identificar y comprender los problemas

7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?

Tareas 3.ª y 4.ª acordar y ayudar a actuar

21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándole?
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo, entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?

las grabaciones con mala calidad de audio, cuando había más de un profesional sanitario en consulta, las demandas exclusivamente administrativas y las realizadas por terceras personas sin estar presente el paciente.

La variable principal fue la presencia de acompañante en la consulta. Las variables independientes recogidas fueron sobre el acto médico (duración y motivos de demanda), características del MIR (habilidades en comunicación, edad, sexo y centro de trabajo) y de los consultantes (sexo de paciente y acompañante). Las habilidades en comunicación fueron valoradas mediante la escala CICAA-2⁷, realizando una evaluación a ciegas por pares quienes tuvieron una formación específica previa. Intervino un tercer evaluador en casos de discrepancias en la puntuación superiores al 15%. Se obtuvo la puntuación total de la escala y de sus cuatro tareas: (1) conectar con el paciente/familia (2) identificar y comprender los problemas del paciente/familia (3 y 4) acordar y ayudar a actuar al paciente/familia. Los ítems de cada tarea se muestran en la [tabla 1](#) y se puntuaron como 0 (no cumplir con la actividad evaluada), 1 (hacerla apenas de forma aceptable) y 2 (hacerla adecuadamente), o bien «no procede» en caso de que esa habilidad no fuera necesaria. El valor cuantitativo en cada apartado se obtuvo ponderando el resultado sobre 100, para posteriormente crear una variable cualitativa con las siguientes categorías: habilidades de comunicación mejorables (valores < 40%), aceptables (valores entre 40-60%) o adecuadas (valores > 60%)⁸.

Análisis de datos

Se creó una base de datos anonimizada utilizando el programa SPSS v21.0. Se realizó un análisis descriptivo, bivariente según la presencia de acompañante y multivariante

mediante regresión logística para relacionar la presencia del acompañante con el resto de variables estudiadas, aplicando la prueba de Wald de pasos hacia atrás y el test de Hosmer-Lemeshow para comprobar la igualdad de los modelos, Se aplicó el índice de Kappa para valorar la concordancia en las parejas de evaluadores en la utilización de la escala CICAA-2.

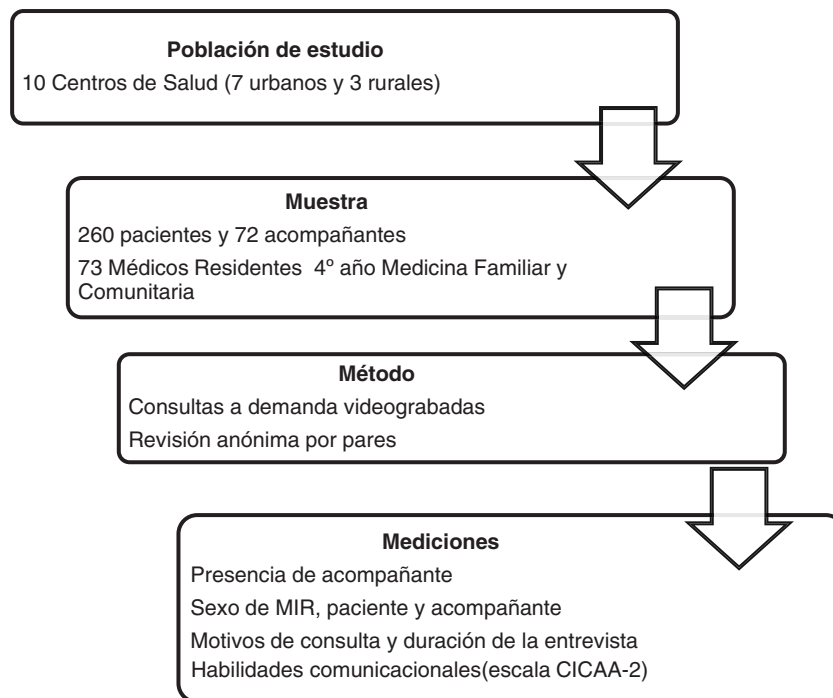
Aspectos éticos

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigación de Jaén. Se observó la confidencialidad de los datos recogidos (LO 3/2018), sin registrar datos personales en la base de datos. Tanto médicos residentes como pacientes otorgaron un consentimiento oral para la realización de las videograbaciones en cada encuentro clínico, que se custodiaron en la Unidad Docente de MFyC según la normativa ICC/ESOMAR. Los pacientes que denegaron el consentimiento no fueron grabados.

Resultados

Caracterización de la muestra

Se auditaron un total de 260 entrevistas, realizadas en 10 centros de salud (7 urbanos y 3 rurales) por 73 MIR ($3,7 \pm 2,2$ entrevistas por profesional). Los MIR tuvieron una media de edad de $33,2 \pm 7,8$ años y una mediana de 29 años (recorrido de edad de 28 a 58 años), siendo el 53,8% mujeres. La persona consultante fue mujer en el 60,4% de las ocasiones y hombre en el restante 46,2%. La mayoría de las consultas se grabaron más en centros de salud urbanos (78,5%)



Esquema general del estudio. Estudio descriptivo transversal mediante observación de videograbaciones de consultas de demanda clínica en Atención Primaria.

Tabla 2 Principales resultados de las variables estudiadas en función de la presencia de acompañante en la entrevista clínica

	Acompañante	
	No	Sí
<i>Entrevistas auditadas</i>	188 (72,3%)	72 (27,7%)
<i>Entrevistas realizadas en centro urbano</i>	77,1%	81,9%
<i>Características del MIR</i>		
Edad (años)	33,6 ± 8,1	32,1 ± 7,0
Sexo mujer	52,7%	43,1%
<i>Sexo mujer (paciente)</i>	41,5%	34,7%
<i>Tiempo de consulta (minutos) (*)</i>	7,8 ± 3,6	10,5 ± 4,4
<i>Proceso^a</i>		
Agudo	77,1%	88,9%
Crónico	22,9%	11,1%
<i>N.º motivos de consulta^b</i>		
Uno	35,7%	27,7%
Dos	41,1%	30,8%
Tres	17,2%	29,2%
Cuatro o más	6%	12,3%
<i>Motivo de consulta principal^c</i>		
Síntomas respiratorios	24,5%	22,2%
Síntomas digestivos	6,4%	2,8%
Síntomas genitourinarios	3,7%	11,1%
Síntomas osteomusculares	12,8%	13,9%
Síntomas neurológicos	1,6%	4,2%
Síntomas de salud mental	2,1%	6,9%
Lesiones en piel	5,3%	5,6%
Pruebas complementarias	20,7%	22,2%
Consultas administrativas	21,8%	8,3%
Otros	0,5%	2,8%

MIR: médico interno residente.

^a p = 0,033 test X².^b p = 0,048 test X².^c p = 0,037 test X².

* Diferencias significativas con p < 0,001, test t Student.

que rurales (39,6%). En un 27,7% de las consultas se contó con la presencia de acompañante, más frecuentemente de sexo femenino (65,3%) que masculino (34,7%). Fue similar la proporción de pacientes mujeres acompañadas por hombres (30,6%) y por mujeres (34,7%), así como de pacientes hombres acompañados por mujeres (30,6%), pero infrecuente la presencia de paciente y acompañante ambos del sexo masculino (4,2%) (p = 0,003 test X²).

Características de las consulta según la presencia de acompañante

Los resultados de las variables estudiadas según la presencia o no de acompañante se muestran en la [tabla 2](#). La duración media de las entrevistas fue de 8,5 min (DE ± 4,0), siendo entrevistas más prolongadas cuando estaba presente un acompañante, con una diferencia media de 2,7 min (± 0,5) (intervalo de confianza al 95% [1,6-3,7]; p < 0,001 test t de Student). No hay diferencias en la duración de la consulta cuando el acompañante fue hombre (10,5 ± 3,6 min) o mujer (10,4 ± 4,8 min). Los procesos agudos (80,4%) fueron la demanda más frecuente en aquellos pacientes que acudieron con acompañante (p < 0,05 test X²; [tabla 2](#)). Cada consulta tuvo una media de 2,1 ± 1,0 motivos de consulta,

siendo más numerosos cuando el paciente iba acompañado (p < 0,05 test t de Student; [tabla 2](#)) y si el acompañante era hombre, un mayor porcentaje de consultas con 4 o más motivos (p < 0,02 test X²; [fig. 1](#)). Las demandas fueron diferentes si los pacientes estaban acompañados, destacando las consultas por motivos genitourinarios y de salud mental, frente a los que acudieron solos, en cuyo caso presentaron más problemas del tipo digestivo (p < 0,05 test X²; [tabla 2](#)).

Habilidades comunicacionales

Existe un grado de acuerdo sustancial (índice kappa 0,79) en las puntuaciones otorgadas mediante la escala CICA-2 por las parejas de evaluadores tras la auditoría de las videograbaciones, con tan solo un 4% de grabaciones donde se precisó la valoración de un tercer evaluador. El valor medio de la puntuación total fue 46,9 ± 16,5 y superior en las consultas donde el paciente acudió acompañado (diferencias medias de 4,6 ± 2,3 con intervalo de confianza al 95% [0,2; 9,2]; p < 0,05 test t de Student; [tabla 3](#)). La puntuación media de la tarea 2 (identificar) fue de 39,3 ± 15,8 y también superior en consultas con acompañante (diferencia media de 4,4 ± 2,2 con IC al 95% [0,1; 8,7]; p < 0,05 test t de Student; [tabla 3](#)). Las medias

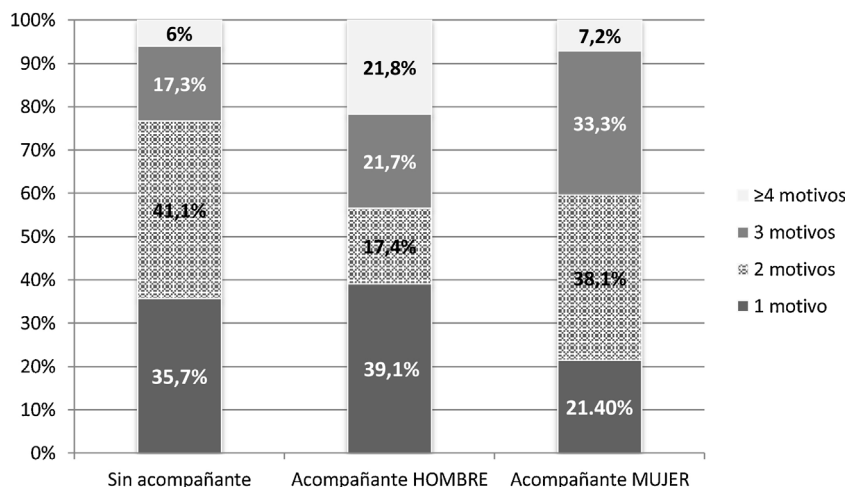


Figura 1 Número de motivos de consulta según la presencia del acompañante y su sexo en la consulta de demanda clínica.

Tabla 3 Valores obtenidos con la escala CICA-2 en función de la presencia de acompañante en la entrevista clínica y de su sexo

	Acompañante	
	No	Sí
Puntuación total (*)	45,6 ± 15,6	50,2 ± 18,4
Tarea 1 conectar	56,7 ± 18,4	60,2 ± 20,5
Tarea 2 identificar y comprender los problemas ^a	38,1 ± 14,6	42,5 ± 18,2
Tareas 3 y 4 acordar y ayudar a actuar	50,4 ± 21,7	54,3 ± 21,9

	Acompañante	
	Hombre	Mujer
Puntuación total	48,4 ± 17,9	51,2 ± 18,8
Tarea 1 conectar	58,0 ± 21,7	61,3 ± 20,0
Tarea 2 identificar y comprender los problemas ^a	41,5 ± 17,7	43,1 ± 18,7
Tareas 3 y 4 acordar y ayudar a actuar	51,0 ± 20,6	56,1 ± 22,6

Diferencias significativas con (*) $p=0,041$ test t de Student.

^a: $p=0,044$ test t de Student.

de la tarea 1 (conectar) ($57,7 \pm 19,0$) y de las tareas 3 y 4 (acordar y actuar) ($51,5 \pm 21$) no fueron diferentes en ambos grupos.

Las medias obtenidas con la escala CICA-2 fueron superiores en las consultas donde hay acompañantes mujeres frente a los acompañantes hombres, aunque sin diferencias estadísticas (tabla 3). En la figura 2 se pueden apreciar las categorías empleadas para categorizar la escala CICA-2, con diferencias estadísticas en la tarea 2, encontrando en las consultas con acompañantes un mayor porcentaje de habilidades de comunicación aceptables y adecuadas ($p < 0,05$ test X^2).

Análisis multivariante

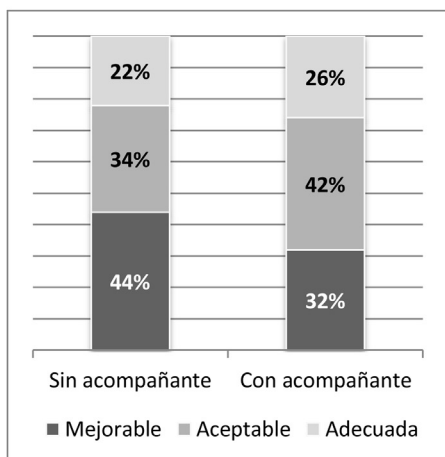
En la tabla 4 se presenta el modelo final obtenido mediante regresión logística binaria. La única variable que se asocia de forma significativa con la presencia de un acompañante en consulta es el tiempo de duración de la entrevista, con

una OR de 1,2 (IC al 95% [1,1; 1,3]). El valor de la tarea 2 de la escala CICA-2 obtiene una significación casi significativa, pero el intervalo de confianza de la OR contiene el valor 1. No se encuentra asociación con el sexo del paciente, el número de motivos de consulta ni otras habilidades en comunicación.

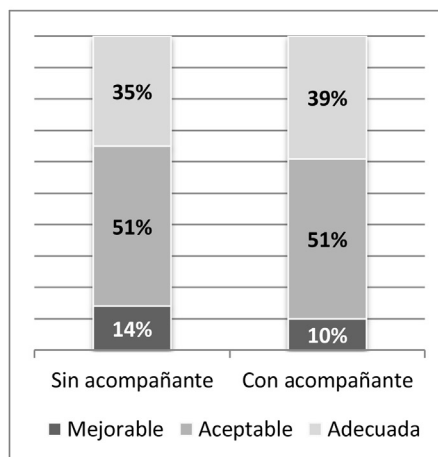
Discusión

La presencia de un acompañante en la consulta es un hecho socialmente normalizado y aceptado culturalmente, encontrando prevalencias entre un 20-40% en diferentes ámbitos sanitarios^{5,9-12}. Los resultados constatan una mayor duración de la consulta cuando acude un acompañante y, posiblemente, una mejora de las habilidades en comunicación sobre todo para identificar y comprender los problemas del

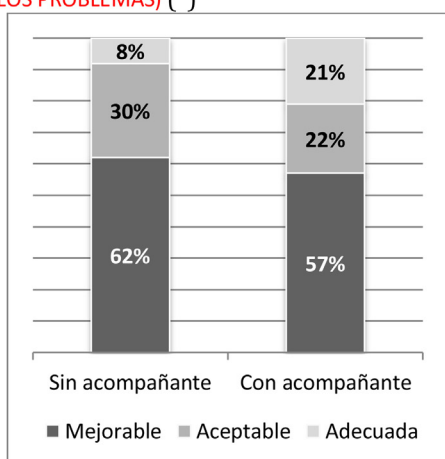
1 Valoración global del resultado de la escala CICAA-2



2 Resultados de la tarea 1 de la escala CICA-2 (CONECTAR)



3 Resultados de la tarea 2 de la escala CICA-2 (IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS) (*)



4 Resultados de las tareas 3 y 4 de la escala CICA-2 (ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR)

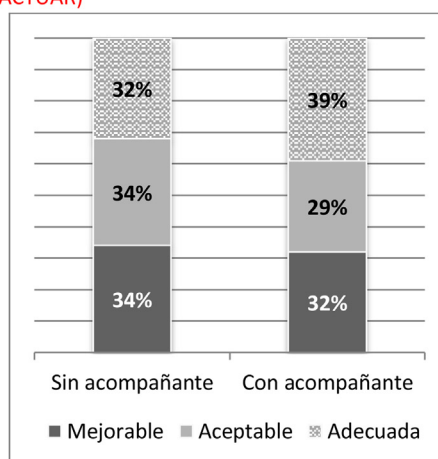


Figura 2 Habilidades en comunicación según la escala CICA-2 en función de la presencia del acompañante en la entrevista clínica. * Diferencias significativas con $p < 0,05$, test χ^2 .

Tabla 4 Modelos obtenidos mediante regresión logística multinomial para las habilidades en comunicación según la escala CICA-2 en función del género del MIR y del paciente

Variable	Coefficiente	OR	IC 95%	Wald	p
Sexo del paciente (mujer)	0,242	1,274	[0,673; 2,409]	0,554	0,457
Número de motivos de consulta	0,136	1,145	[0,841; 1,560]	0,742	0,389
Duración de la entrevista (minutos)	0,151	1,162	[1,070; 1,263]	12,584	0,000
Tarea 1 de la Escala CICA-2 (conectar)	-0,012	0,988	[0,967; 1,010]	1,079	0,299
Tarea 2 de la Escala CICA-2 (identificar y comprender los problemas)	0,024	1,024	[0,998; 1,051]	3,189	0,074
Constante	-3,031	-	-	21,517	0,000

Igualdad de modelos comprobada con la prueba de Hosmer-Lemeshow (χ^2 12,213 y $p = 0,142$).

paciente y de la familia. En médicos residentes españoles se ha demostrado una mayor duración de la consulta cuando se comunican mejor, si hay acompañantes y ante un mayor número de demandas^{8,9}.

La duración media de la consulta, unos ocho minutos, es similar a otros estudios¹³. El perfil más habitual del paciente acompañado, de edad avanzada y menor educación sanitaria, mayor carga de enfermedad y más motivos demandados

por consulta, justificaría la mayor duración del encuentro clínico^{2,10,14,15}. Aunque otros estudios no encuentran este incremento del tiempo de consulta⁵, en general la presencia de un acompañante obligaría a invertir mayor tiempo al detallarse más los motivos de consulta en la anamnesis y precisarse un mayor acuerdo en la fase resolutoria de la entrevista^{5,9}. Otros estudios^{2,10} relacionan consultas más prolongadas en enfermos con dificultades para expresarse, con un inadecuado entorno familiar o con circunstancias sociales y psicológicas difíciles.

Los acompañantes suelen ser familiares, más frecuentemente mujeres por su rol social de cuidadora^{2,9,16}, que ofrecen un apoyo emocional, informativo o práctico a la persona acompañada¹⁷⁻²⁰. Su actitud condiciona la participación activa del paciente durante el encuentro clínico^{14,21} ya que en ocasiones pueden adoptar conductas dominantes o exigentes sobre la toma de decisiones médicas^{2,5}. La mayoría de los pacientes desean ser acompañados pero no quieren que eso les reste protagonismo en su relación con el profesional^{19,22}.

Las habilidades de comunicación mejoran cuando la consulta es triádica, sobre todo para identificar y comprender los problemas, y posiblemente también para acordar y ayudar a actuar al paciente y a la familia^{8,9}. El acompañante genera una dinámica comunicacional diferente, favoreciendo la comunicación no verbal, provocando una menor reactividad y un mayor contacto visual por parte del médico^{16,23}, características esenciales de la tarea 2 de la escala CICA-2. De igual forma, facilita al profesional captar y responder a las pistas ofrecidas por el paciente, verbalizándolas y mejorando la transmisión de la información biomédica^{10,18,19,24}. En las tareas 3 y 4, el acompañante interviene en la toma de decisiones de la consulta condicionando al profesional para que ofrezca una información clara y adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente. No obstante, en otras ocasiones la presencia del acompañante podría dificultar la delimitación y el análisis de los motivos de consulta²⁵ y provocar que se precise negociar con mayor frecuencia⁵.

El uso de una escala validada⁷ para auditar las videograbaciones no evita un posible efecto *Hawthorne*, aunque podría ser mínimo al tratarse de una herramienta docente usual en los centros de estudio. Además, ofrece un procedimiento experiencial más riguroso que otras técnicas (como cuestionarios) para obtener datos reales sobre el uso de estrategias de comunicación en la práctica clínica^{9,10,25,26}. El tipo de diseño no diferencia la influencia del rol del acompañante en las habilidades de comunicación, tampoco recoge la opinión de pacientes y acompañantes²² ni datos sobre el acompañante, como edad, parentesco, compromiso familiar o persistencia en el acompañamiento^{11,27} que ayudarían a definir mejor el rol asumido en cada encuentro clínico.

Como conclusión, los resultados muestran la mejora de las habilidades sociales en las consultas triádicas, sobre todo para identificar y comprender los problemas del paciente, aunque a costa de una mayor inversión de tiempo. Existe un consenso sobre la utilidad del acompañante para promover la participación activa del paciente en su proceso, en la toma de decisiones sobre el tratamiento y en la satisfacción sobre la atención sanitaria^{17,20} así como para llegar a

un acuerdo final⁶. En general, su presencia parece mejorar la calidad y cantidad de información intercambiada, dando una mejor percepción de comodidad y libertad de expresión para el paciente^{2,3,18}. Otros autores abogan por hacer explícitas las preferencias de paciente y acompañante, y negociar sus roles en la relación clínica². Estas dinámicas comunicacionales más complejas precisan de un marco conceptual que una la presencia y los comportamientos del acompañante familiar durante las visitas al médico con la calidad de los procesos de atención de la salud interpersonal, la autogestión del paciente y la atención de la salud¹⁰, así como los cambios en la comunicación que experimenta el paciente²⁴. Las futuras investigaciones deberán explorar el desarrollo y la evaluación de estrategias específicas para optimizar estas consultas triádicas^{2,27} utilizando métodos objetivos y estandarizados para valorar encuentros clínicos reales. Ello permitirá una recogida detallada de los procesos comunicativos en triadas para definir en profundidad los diferentes roles de pacientes y acompañantes y seleccionar las habilidades comunicacionales más necesarias para el profesional^{26,28}.

Lo conocido sobre el tema

- La tercera parte de las personas que consultan en Atención Primaria suelen acudir acompañadas, siendo pacientes de mayor edad y con más carga de enfermedad. La persona acompañante suele ser un familiar cercano que ejerce como cuidador/a.
- La duración de estas consultas parece incrementarse por la participación de la persona que acompaña, aunque existen otros factores que influyen como el número de motivos de consulta o las habilidades en comunicación del profesional.
- La persona acompañante puede adoptar diferentes roles durante la entrevista y genera una dinámica comunicacional diferente que obliga al médico a desarrollar más habilidades en comunicación.

Qué aporta este estudio

- Hay un mayor porcentaje de pacientes acompañados por mujeres que por hombres, y en general presentan un número superior de motivos de consulta que las personas que consultan en solitario.
- El tiempo de consulta se incrementa casi tres minutos ante la presencia de otra persona acompañante, independientemente de las habilidades en comunicación del médico y los motivos de consulta del enfermo.
- Las habilidades comunicacionales parecen también mejorar por parte del profesional sobre todo para identificar y comprender los problemas del paciente, con diferencias no estadísticas pero sí relevantes para conectar al inicio de la entrevista y para acordar y orientar el problema al cierre.

Financiación

Este trabajo se ha realizado gracias a la concesión de la beca de investigación Isabel Fernández para proyectos de investigación (referencia 129/15) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria en el año 2015.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*. 2020;5:81–90.
- Laisaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WW et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns*. 2013;91:3–13.
- Troy E, Doltani D, Harmon D. The role of a companion attending consultations with the patient. A systematic review. *Ir J Med Sci*. 2019;188:743–50.
- Borrell i Carrió F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2004.
- López García-Ramos L, López Martín D, Berbel Jiménez FJ, Pérez de Colosía Civantos M, Pedregal González M. Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria. *Aten Primaria*. 2009;41:147–51.
- Castillo Barrera J, Schwartz Calero P, Pardo Álvarez J, Ortega Carpio A, Aguilar Valadez C, Pedregal González M. El acompañante en la entrevista clínica: frecuencia y técnicas utilizadas. *Med Fam And*. 2003;2:136–8.
- Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria*. 2006;37:320–4.
- Zafra Ramírez N, Pérez-Milena A, Valverde Bolívar FJ, Rodríguez Bayón A, Delgado Rodríguez M. Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en Atención Primaria y su relación con las habilidades comunicacionales. *Aten Primaria*. 2019;51:562–70.
- Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria*. 2018;50:621–8.
- Wolff JL, Roter DL. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. *Soc Sci Med*. 2011;72:823–31.
- Wolff JL, Boyd CM, Gitlin LN, Bruce ML, Roter DL. Going it together: persistence of older adults' accompaniment to physician visits by a family companion. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:106–12.
- Schilling LM, Scatena L, Steiner JF, Albertson GA, Lin CT, Cyran L et al. The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *J Fam Pract*. 2002;51:685–90.
- Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:496–502.
- Clayman ML, Roter D, Wissow LS, Bandeen-Roche K. Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Soc Sci Med*. 2005;60:1583–91.
- Chang CY, Lan SJ, Chu CL, Ho CS. The Relationship between Clinic Visit Accompanied by Family and Dementia Severity in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:1792.
- Cené CW, Haymore LB, Lin FC, Laux J, Jones CD, Wu JR, et al. Family member accompaniment to routine medical visits is associated with better self-care in heart failure patients. *Chronic Illn*. 2015;11:21–32.
- Wolff JL, Roter DL. Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Arch Intern Med*. 2008;168:1409–15.
- Gasteiger C, Scholz U, Petrie KJ, Dalbeth N. A bio-what? Medical companions' perceptions towards biosimilars and information needs in rheumatology. *Rheumatol Int*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-021-05037-5>.
- Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T. Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Soc Sci Med*. 2005;60:2307–20.
- Hubbard G, Illingworth N, Rowa-Dewar N, Forbat L, Kearney N. Treatment decision-making in cancer care: the role of the carer. *J Clin Nurs*. 2010;19:2023–31.
- Clayman ML, Morris MA. Patients in context: recognizing the companion as part of a patient-centered team. *Patient Educ Couns*. 2013;91:1–2.
- Sharp RJ, Hobson J. Patient and physician views of accompanied consultations in occupational health. *Occup Med (Lond)*. 2016;66:643–8.
- Dale R, Bryant GA, Manson JH, Gervais MM. Body synchrony in triadic interaction. *R Soc Open Sci*. 2020;7:200095.
- Tsai MH. Who gets to talk? An alternative framework evaluating companion effects in geriatric triads. *Commun Med*. 2007;4:37–49.
- Ruiz Moral R. Barreras culturales y psicológicas en la relación clínica y educativa en estudiantes y residentes de medicina españoles (II). *Educ Med*. 2020;21:49–54.
- Bracher M, Stewart S, Reidy C, Allen C, Townsend K, Brindle L. Partner involvement in treatment-related decision making in triadic clinical consultations - A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Patient Educ Couns*. 2020;103:245–53.
- Vick JB, Wolff JL. A scoping review of person and family engagement in the context of multiple chronic conditions. *Health Serv Res*. 2021;56 Suppl 1:990–1005.
- Shibli-Rahhal A, Kreiter C. Development and evaluation of novel tool to assess communication skills in adult triadic interviews. *Patient Educ Couns*. 2021;104:2412–7.