

Identificación de la calidad comunicativa entre un médico y un paciente: un estudio con estudiantes de medicina.

Marina Santos Esteban; Carmen Trigos Castro; Sofía Trigos Castro; Frida Vallejo Somohano; María Vázquez González; Marta Villodres Moreno.

Alumnos de 6º de medicina de la Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

¿A la memoria de Michela Sonogo
por guiarnos durante todo el proceso y haberlo hecho posible?

Resumen: El estudio trata de abordar la capacidad para identificar la calidad comunicativa de un encuentro médico en dos grupos de estudiantes (3er y 5º curso), uno de los cuales (5º) había recibido una formación teórica y práctica sobre habilidades comunicativas. Los resultados muestran que los estudiantes de 3º identificaron mejor la entrevista de mayor calidad comunicativa que los de 5º enfatizándose así el posible rol de una 'visión de principiante' en este ámbito de la comunicación. A pesar de ello las limitaciones del estudio no permiten sacar conclusiones definitivas.

Identification of the communicative quality of a doctor-patient encounter: a study with medical students

Abstract: The study aims to address the ability to identify the communicative quality of a medical encounter in two groups of students (3rd and 5th year), one of which (5th) had received theoretical and practical training in communication skills. The results show that 3rd year students seem to identify better the interview communication quality than those from 5th year, emphasizing the possible role of the 'beginner vision' in this field of communication. In spite of them, the limitations of the study do not allow to draw definitive conclusions.



La relevancia de la comunicación médico-paciente ha sido considerada desde hace tiempo como el elemento nuclear del acto médico. Sin embargo, su importancia y abordaje, tanto sistemático como formal, no se han puesto en práctica hasta hace apenas unos años.

Más recientemente, numerosos estudios de investigación han puesto de manifiesto como una comunicación clínica afecta positivamente al proceso diagnóstico-terapéutico. Por ello, se ha reconocido la necesidad de enseñar y valorar las habilidades comunicacionales en las escuelas de medicina y durante el proceso de especialización y formación médica continuada.

Ya desde el Consenso de Toronto de 1991, se reconoce la importancia de incluir las habilidades de comunicación en la formación médica y se proponen diferentes métodos de enseñanza. A lo largo de estos años este proceso educativo no ha hecho más que extenderse y afianzarse.

La comunicación en salud, implica necesariamente una relación interpersonal médico-paciente, donde se recogen características únicas, valores, creencias y, percepciones de los individuos. Esta comunicación, además de las relaciones, está constituida por transacciones y contexto. Las transacciones son las interacciones entre los sujetos acerca de la información relacionada con la salud (tanto comportamientos verbales como no verbales). Por último y como tercer componente principal del proceso de comunicación, encontramos el contexto, la infraestructura o entorno que influye en este acto (incluye amigos, familia, otros profesionales?).

Para mejorar la relación médico-paciente es necesario captar más información (no solo biomédica), ganar confianza y dar respuesta a las necesidades de los pacientes desde una perspectiva integral lo que conlleva no solo mayores índices de satisfacción en el paciente y médico si no de efectividad clínica.

La comunicación es competencia que puede ser enseñada. Una revisión bibliográfica sobre programas de formación en comunicación clínica concluyó que métodos como el feedback y el inicio temprano de la formación favorecen la adquisición de una buena comunicación. Para ello se debe formar a los docentes primero, de forma que se adapten a las nuevas demandas y sean capaces de influir así a los futuros profesionales⁶. En un estudio realizado en 41 facultades de Medicina de 22 países diferentes y, cuyo objetivo era determinar el conocimiento en habilidades comunicativas médico-paciente de los estudiantes de medicina, se observó que el 55,6% de los encuestados consideraban estar bien formados en dichas habilidades; el 85,9% habían recibido cursos teóricos de formación y de ellos, solamente un 64,6% había puesto en práctica estos conocimientos. El artículo concluye que todos los participantes coinciden y demandan más competencias prácticas en la materia⁹.

Existen ahora numerosos estudios que demuestran la efectividad de la enseñanza en comunicación. Como botón de muestra escogemos un estudio realizado en la Universidad de Washington, se demuestra que los estudiantes de medicina mejoraron sus habilidades de comunicación para dar malas noticias tras participar en un taller, de 5-8 sesiones durante un mes, de desarrollo de las mismas con un paciente estandarizado. De 11 comportamientos codificados los estudiantes mejoraron en 8.

Existen sin embargo pocos estudios que evalúen la eficacia de la formación en habilidades de comunicación médico-paciente en estudiantes de Medicina realizados en España. Nuestra Facultad de Medicina (Universidad Francisco de Vitoria de Madrid) viene implementando esta formación en el grado desde hace ya más de 6 años. Como estudiantes que hemos sido de esta Facultad, nos planteamos realizar un estudio para tratar de identificar la capacidad para identificar la calidad comunicativa de un encuentro médico en dos grupos de estudiantes, uno de los cuales había recibido una formación teórica y práctica sobre habilidades comunicativas mientras que el otro no.

Material y Métodos

Estudio transversal comparativo entre estudiantes de 3º y 5º de Medicina de la Universidad Francisco de Vitoria, siendo la población diana los estudiantes de medicina de España.

El grupo de tercer curso estaba formado por estudiantes que no habían realizado la asignatura de métodos clínicos y el de quinto curso por estudiantes que ya la habían finalizado, siendo ésta la variable de exposición del estudio. Se trata de una asignatura (Métodos Clínicos I y II) de formación teórico-práctica sobre comunicación y relación médico-paciente que se imparte durante el tercer y cuarto año del grado en Medicina distribuida en 4 meses, dos por cada año.

En una primera fase, los estudiantes visualizaron un vídeo de dos entrevistas médicas simuladas, una de un médico con escasas habilidades comunicativas (médico A) y otra de un médico con elevadas habilidades (médico B). Tras la proyección del vídeo, se les entregó un cuestionario general dotado de siete preguntas donde se les pedía escoger al médico que consideraban desarrollaba una mejor comunicación y dar motivos concretos de su elección.

En una segunda fase, se repitió el vídeo del médico mejor comunicador y los alumnos puntuaron en una escala de 0, 1 o 2 las habilidades comunicativas del médico en 13 ítems de un segundo cuestionario específico, donde se valoraban una serie de habilidades comunicativas que un buen médico comunicador ha de poseer. Previamente este médico fue puntuado en los mismos ítems por un experto en comunicación, cuyas respuestas constituyeron el gold-standard.

Sucesivamente, se calculó para cada ítem la desviación en valor absoluto del gold-standard y se sumaron estas desviaciones, obteniendo una escala global cuyas puntuaciones posibles comprendieron valores de 0 (máxima concordancia con el gold-standard)

a 19 (máxima discrepancia con el gold-standard).

Las variables de resultado que se obtuvieron fueron la elección correcta del médico mejor comunicador (Médico B), la coincidencia con el gold-standard en cada uno de los ítems y la desviación del gold-standard en la escala total.

Además otras variables obtenidas fueron sexo y edad, estudios previos a Medicina, voluntariados relacionados con el ámbito sanitario, entorno familiar del estudiante relacionado con la profesión médica y experiencia significativa de enfermedad (propia o de persona cercana).

Análisis

Se calculó la tasa de respuesta y después de depurar la base de datos se describieron las características principales de nuestra población en porcentajes y medias con desviación estándar, estratificando por curso. Se describió el porcentaje de estudiantes de 3º y 5º que eligió al médico A (comunicación deficiente) y al médico B (comunicación eficiente) y se resumieron las razones aportadas por su elección en categorías similares. Se utilizó el test de chi-cuadrado para comparar estos porcentajes. Para cada uno de los ítems que califican al médico B en la segunda parte de la encuesta, se calculó el porcentaje de estudiantes que valoraron al médico igual que el gold-standard, comparando 3º y 5º, a través del test de chi-cuadrado. Para cada ítem se calculó la desviación del gold-standard en valor absoluto y se sumaron las desviaciones en una escala global. A través del t-test se diferencias de medias en la escala global entre los estudiantes de 3º y 5º.

Resultados

Se recibieron 87 cuestionarios, cuatro de ellos (2 de tercero y 2 de quinto) se descartaron al estar incompletos. Por tanto, contamos con una disponibilidad de 83 cuestionarios (95,4% de los entregados).

Preferencias por cada uno de los médicos.

Comparamos el médico elegido dependiendo del curso y explicamos los motivos de la elección. De un total de 41 alumnos de tercero, 29 (70,7%) eligieron como mejor comunicador al médico B, mientras que, en el grupo de quinto, los 42 alumnos, eligieron a este médico 38 (90,5%). El médico A fue elegido por 12 alumnos (29,3%) de tercero y por 4 (9,5%) de quinto. Las diferencias entre estos resultados fue estadísticamente significativa ($p < 0,028$). Los motivos más frecuentes para elegir al médico A, fueron que ésta era más activa (4 alumnos), más directa (4 alumnos) y que era eficaz, entre otros menos frecuentes.

El motivo más frecuente (43%) para elegir al médico B fue explorar los miedos y perspectiva del paciente.

Otro motivo muy frecuente (26%) de los alumnos fue la empatía.

Valoración de habilidades comunicativas del médico y grado de desviación de la referencia.

Se describieron las puntuaciones que otorgaron los estudiantes de 3º y 5º curso para cada ítem valorado. Se calculó cuántos alumnos, de 3º y 5º por separado, marcaron la misma puntuación que el gold-standard (desviación = 0), cuántos se alejaban y, en caso de ser así, en qué medida (desviación = 1 o 2). Los estudiantes de 5º coincidieron más que los de tercero con la referencia en los siguientes ítems: explora las emociones del paciente, explora las expectativas del paciente, recibe adecuadamente al paciente, no altera la comunicación, facilita la comunicación, explora la idea de enfermedad del paciente, y hace que el paciente se marche satisfecho de la consulta. Por otro lado, los estudiantes de 3º coincidieron más con el gold-standard en los ítems: es amable, es empático, emplea preguntas abiertas, explora el entorno socio-familiar del paciente, resume la información obtenida del paciente, y deja al paciente participar en la toma de decisiones.

La tabla 1, muestra la proporción de alumnos de 3º y 5º que coincidían con el gold-standard por cada uno de los 13 ítems estudiados (Chi-cuadrado). Se puede observar que en la mayoría de los ítems las diferencias entre 3º y 5º no son estadísticamente significativas. Tras la formación, sin embargo aumenta el porcentaje de alumnos que reconocen si el médico explora adecuadamente la idea de enfermedad del paciente. Por el contrario, el porcentaje de alumnos que coinciden con el gold-standard es inferior en 5º que en 3º en la exploración del entorno socio-familiar del mismo ($p < 0,001$), y en permitir la participación del paciente en la toma de decisiones. Los alumnos de tercer curso (media 6.76 DE=2.19), se desvían menos frente a los de quinto curso (media 7.69 DE=2.51) del referente estándar, sin embargo este resultado no es significativo (0.075).

Tabla 1: Grado de coincidencia con la referencia estándar de los alumnos de cada curso en los 13 ítems estudiados (Chi-cuadrado)

En qué medida el médico	Pregunta	Coincidencia con el Gold-Standard						
		Total	3º		5º		p	
		N	%	N	%	N	%	
	Explora las emociones	68	81,9	31	75,6	37	88,1	0,139
	Explora las expectativas	38	47,5	17	43,6	21	51,2	0,495
	Recibe adecuadamente	38	47,5	17	43,9	21	51,2	0,495
	No altera la comunicación	57	71,3	28	70,0	29	72,5	0,805
	Es amable	14	16,9	9	22	5	11,9	0,222
	Es empático	31	37,8	16	40	15	33,7	0,689
	Facilita la comunicación	65	79,3	30	73	35	83,3	0,352
	Emplee preguntas abiertas	49	62	23	63,8	24	58,5	0,507
	Explora ideas de enfermedad	56	67,5	23	56,1	33	78,6	0,029
	Explora el entorno socio-familiar	26	34,2	21	53,8	5	13,5	0,000
	Resume la información	14	19,4	10	27,8	4	11,1	0,135
	Deja al paciente tomar decisiones	21	26,3	13	39,3	6	14,3	0,011
	Hace que el paciente se marche satisfecho	38	46,9	18	46,2	20	47,6	0,895

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que los alumnos de 5º curso que han recibido formación en comunicación no parece que mejoren su percepción de la calidad comunicativa de un médico en una consulta en relación a los alumnos que aún no han recibido esta formación, al contrario estos últimos alumnos detectarían mejor esta calidad, que según ellos estaría determinada por aspectos generales como ¿la actividad de la consulta?, y el que la consulta sea percibida como más directa y eficaz. Estos alumnos valoraron la exploración de los miedos y perspectiva del paciente y el grado de empatía como elementos de calidad diferenciadores. Resulta interesante observar que alumnos que aún no han recibido formación en comunicación identifiquen mejor una interacción comunicativa de un médico como de calidad mientras que los que sí han recibido esta formación no lo hagan. Este resultado enfatiza el rol que una visión más ¿fresca?, en el sentido de menos condicionada puede captar con más precisión la calidad comunicativa. La comunicación entre un médico y un paciente como en cualquier otro acto comunicativo está conformada por conductas discretas que pueden observarse y medirse desde fuera pero también por aspectos más intangibles que encierran el ¿estar en relación? y que son percibidos por sus protagonistas, ambos aspectos sin embargo están relacionados y en este sentido términos como ¿actividad? ¿directa? y ¿eficaz?, con los que los alumnos de 3º etiquetaron la calidad de la consulta de mayor calidad, podrían representar esos intangibles comunicativos que se complementarían con la exploración de perspectivas del paciente y empatía.

Sin embargo, existen varios aspectos que matizan nuestros resultados y que hacen que no podamos concluir que el papel que factor formativo tiene en las diferencias encontradas entre los dos grupos de alumnos: el primero es que la formación impartida a los alumnos de medicina no está dirigida a ¿mejorar su capacidad de observación? como a que éstos obtengan habilidades comunicativas (ensayen y demuestren), esto último no implica el desarrollo de una mayor capacidad de observación sobre estas. En segundo lugar el diseño del estudio escogiendo una serie de habilidades concretas y dejando fuera otras puede no reflejar con suficiente seguridad la calidad comunicativa de la entrevista en su conjunto. Otro aspecto a considerar es el hecho de haber estudiado dos grupos independientes sin que el diseño sea experimental o cuasi experimental (antes-después) limita inferencias relacionales de peso. Un último punto a destacar, que puede justificar el que los alumnos que no habían recibido el curso se desviaban menos del gold-standard es que estos, al tener menos conocimientos y seguridad, se arriesgaron menos en sus respuestas y dieron más valores neutros a la hora de puntuar; lo que conllevaba menores diferencias con el referente.

Concluimos por lo tanto enfatizando la importancia de realizar este tipo de estudios considerando variables resultado más significativas (como por ejemplo diferencias en conductas comunicativas de los estudiantes) con diseños más apropiados.

Referencias

- **Alberto Blázquez-Manzano, Sebastián Feu, Eulalio Ruiz-Muñoz, Juana María Gutiérrez-Caballero**, Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria, 2012, Revista Española de Comunicación en Salud, 3 (1), 51-55.
- **Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero JM**. Importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente. Revista Española de Comunicación de Salud.2012; 3(1): 61. Asociación Española de Comunicación Sanitaria.
- **Reyes Castillo A, Núñez Ramírez MA, Núñez Ramírez L**. La comunicación es salud. En: monografias.com; 2004.
- **Alberto Blázquez-Manzano, Sebastián Feu, Eulalio Ruiz-Muñoz, Juana María Gutiérrez-Caballero**; 2012; Revista Española de Comunicación en Salud; página 8; organismos que lo publican: Programa Dinamización Deportiva. Junta de Extremadura. Facultad de Educación. Universidad de Extremadura. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Salud y Política Social. Junta de Extremadura. Departamento de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- **Emanuel EJ, Emanuel LL**. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En Couceiro A, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999: 109-126.
- **García C**. Evolución de la relación Médico-Paciente: de la medicina centrada en el médico a la medicina centrada en el paciente. En: Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. Vol. 4 Número 4; 2001.
- **Ruiz Moral R**. Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. Educación Médica 2003; 6(4):159-167.
- **Bays AM, Engelberg RA, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE** et al. Interprofessional Communication Skills Training for Serious Illness. J Palliat Med. 2014 Feb; 17(2):159-66.
- **Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M**. Evidence on a patient-doctor communication. Cancer Prev Control. 1999 Feb; 3(1): 25-30.
- **Thomas R. Egnew, Hamish J. Wilson**; 2009, Elsevier Ireland Ltd.; organismos que lo publican: Tacoma Family Medicine-Tacoma-WA-USA, Department of General Practice-Dunedin School of Medicine-Dunedin-New Zealand.