

# COMUNICACIÓN EN EL CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR.

Trabajo multicéntrico, cualitativo cuantitativo, en los meses de abril a julio de 2014, en Buenos Aires, Rosario y Tucumán.

## COMMUNICATION IN FAMILY MEDICINE PRACTICE.

Multicenter research trial, qualitative and quantitative, from April to June 2014. in the City of Buenos Aires, Rosario and Tucumán.

Autores: Barichello, Federico<sup>1</sup>; Blaconda, Daiana<sup>1</sup>; Borsetta, Eduardo<sup>1</sup>; Buero, María Magdalena<sup>2</sup>; Bustamante Martinetto, Gisela<sup>3</sup>; Cajal, Nadia<sup>3</sup>; Canales, Kiney<sup>1</sup>; Catanzaro, Laura<sup>2</sup>; Chico Martínez, Bettiana<sup>3</sup>; Corcuera, Valeria<sup>1</sup>; Deguer, Samanta<sup>2</sup>; Del Castillo, Gabriela<sup>2</sup>; Elwart, María Luz<sup>3</sup>; Forte, Vanina<sup>2</sup>; García Pinto, Sofía<sup>3</sup>; García, Cynthia<sup>3</sup>; Garrido, Celia<sup>3</sup>; Gene, Lucas<sup>2</sup>; Gorgo, Guillermo<sup>1</sup>; Hara Duck, Marcos<sup>2</sup>; Minicucci, Cecilia<sup>1</sup>; Perez, Brenda<sup>2</sup>; Rentería, Fernando<sup>2</sup>; Villaluce, Marta<sup>1</sup>.

### Afiliación:

1. Médico Residente de Medicina Familiar, OS.Pe.Con – Rosario

2. Médico Residente de Medicina Familiar, OS.Pe.Con – CABA - mail

3. Médico Residente de Medicina Familiar, OS.Pe.Con - Tucumán

### Autores de correspondencia:

Bustamante Martinetto, Gisela Natalia.

### E-mail:

gi-bus@hotmail.com

### Dirección:

OSPECON – Sede Central:  
Av. Belgrano 1864 – CABA

### Teléfono de contacto:

381 - 154458571

Recibido: 15/10/2020

Aceptado: 5/3/2021

Conflicto de intereses: los investigadores declaran NO presentar conflicto de interés alguno respecto de la presente. Visado y aprobado por Comité de Ética Hospitalario.

## RESUMEN

**Introducción:** la comunicación es trascendental para la vida en sociedad. El éxito de cualquier entrevista clínica depende de la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente. Distintos factores pueden interferir en esta, como el ambiente, el tiempo y las interrupciones. **Objetivo:** Evaluar el grado de comprensión del mensaje transmitido por el médico hacia el paciente. **Material y método:** Trabajo multicéntrico, cualitativo cuantitativo. **Componente cuantitativo:** descriptivo de corte transversal de abril a julio de 2014. Se incluyeron 1200 adultos de ambos sexos, que asistieron a los Ce.M.A.P y 40 médicos de familia. **Componente cualitativo:** Muestreo no probabilístico, intencional, hasta saturación de datos. Triangulación y convergencia de datos. **Resultados y discusión:** Respecto al componente cuantitativo, se encontró que nuestras hipótesis acerca de la falta de comprensión del mensaje (indicaciones y problema de salud) no pudieron comprobarse. Ya que las indicaciones realizadas por el médico tuvieron una adecuación total del 60% y comprendieron el problema de salud un 77% de los pacientes entrevistados. Para el componente cualitativo luego del análisis temático se obtuvieron barreras (tiempo, paciente polidemandante, ideas previas, omisión de indicaciones no farmacológicas) y facilitadores (conocimiento previo del problema de salud, longitudinalidad, paciente acompañado) para la comprensión del mensaje. **Conclusiones:** Los pacientes entienden el mensaje de sus médicos de familia, ya que contamos con herramientas concretas como la escucha empática, el proceso clínico centrado en la persona y la longitudinalidad en la atención.

**PALABRA CLAVE:** comunicación, entrevista clínica, proceso clínico centrado en la persona.

## SUMMARY

**Introduction:** communication is important for life in a society. Success in any clinical interview depends on the quality of patient-doctor communication. Different factors may interfere, like the environment, time and interruptions. **Objective:** Assess the level of understanding of the message given to the patient by the doctor. **Material and method:** Multicenter research trial, qualitative and quantitative. **Quantitative component:** cross sectional descriptive from April to June 2014. 1200 adults of both sexes who assisted to the primary health care center: "Ce.M.A.P." in the City of Buenos Aires, Rosario and Tucumán and 40 family practitioners. **Qualitative component:** nonprobability, intentional sampling upon data saturation. Data triangulation and convergence. **Results and discussion:** as regards the quantitative component, we found out that our hypothesis in relation to the lack of understanding in the message (indications and health problem) could not be proven. Since 60% of the practitioner's indications were followed and 77% of the interviewed patients understood the health problem. Considering the qualitative component after the thematic analysis, barriers (time, highly demanding patient, previous knowledge, omission of non-pharmacological indications) and facilitators were obtained (previous knowledge of health problem, longitudinality, accompanied patient) to understand the message. **Conclusion:** patients understand their family practitioner's message since we have specific tools like empathic listening, patient centered healthcare and longitudinality in attention.

**KEY WORDS:** communication, clinical interview, patient centered healthcare.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación de la comunicación es importante porque provee información acerca de si los mensajes son recibidos, entendidos e internalizados por las personas a las cuales van dirigidos.

Como médicos de familia, consideramos la comunicación con nuestros pacientes, como un pilar fundamental en la alianza terapéutica con ellos. Es por ello que planteamos, desde una mirada autorreflexiva, algunas preguntas al respecto: ¿Qué entienden los pacientes de las recomendaciones médicas?

## MARCO TEÓRICO

Desde el principio de los tiempos la comunicación ha sido trascendental para la vida en sociedad. Es una herramienta de integración, de educación e instrucción, de intercambio y de desarrollo. El proceso de comunicación consiste en la transmisión de información entre un emisor que emite y un receptor que decodifica (interpreta) un determinado mensaje. En este proceso se pueden identificar los siguientes elementos: emisor, receptor, código (sistema de señales) y canal de comunicación.

La *comunicación verbal*, aquella transmitida por las palabras, es una forma de comunicación exclusiva de los seres humanos y la más importante en la vida en sociedad. El paciente describe sus síntomas según su riqueza de lenguaje. Por lo que será necesario pedir una aclaración para asegurarse que el médico recibió a través de esa palabra el mensaje correcto.<sup>1,2,3,4</sup>

Otras formas de comunicación que utilizan sistemas de signos no lingüísticos, como gestos, expresiones faciales, espacio, tono de voz, imágenes, actitud y contexto en el que se intercambian los mensajes, se denominan *comunicación no verbal*. Esta forma de comunicación revela el estado emocional durante la consulta y da sentido a los mensajes verbales intercambiados. La comunicación verbal y no verbal son complementarias, aunque no siempre generan el mismo mensaje para el receptor.<sup>2,3,5,6,7</sup>

Por otro lado, la *escucha* es otro pilar fundamental en la comunicación. La misma debe superar la objetividad del médico, debe ser empática para darle al paciente la oportunidad que él defina libremente su problema, procurando no interrumpirlo. Para el logro de una buena comunicación, el médico debe realizar una "ESCUCHA ACTIVA" donde no se interpretan las palabras textuales que el paciente refiere, sino que se analiza la significancia de la palabra, las expresiones y la comunicación no verbal, entre otras. Para ello, cuenta con herramientas y habilidades.<sup>2,5,8</sup>

El éxito de cualquier entrevista clínica depende de

la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente, siendo esta última considerada una de las competencias básicas en la formación médica.<sup>4,9</sup>

Si analizamos distintos modelos de atención médica, el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por su biologicismo, es decir un enfoque únicamente orgánico de la enfermedad, buscando eficacia pragmática, sin profundizar en el contexto sociocultural y psicológico del paciente. Como resultante se genera una relación asimétrica en el vínculo médico - paciente, con una participación subordinada y pasiva de los pacientes en las acciones de salud. En este modelo suelen existir dificultades en la comunicación y en la relación médico-paciente.<sup>10,11,12,13</sup>

El modelo clínico centrado en la persona, en cambio, pregona comprender el proceso de salud - enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover decisiones compartidas entre el médico y el paciente. El modelo biopsicosocial integra a los sistemas biológicos con los psicológicos y aún espirituales con un meta-sistema familiar y social.<sup>4,5,14</sup> Así surge el concepto "punta de iceberg" el cual propone que detrás de cada dolencia física se esconde un componente psicosocial. El conocimiento del médico permite la flexibilidad y destreza necesaria para trabajar con el paciente, la dolencia y el sufrimiento.

Comparando los dos modelos, podemos concluir que, en el Modelo centrado en la persona, la comunicación se ve facilitada con respecto al hegemónico, debido a que el paciente tiene un rol protagónico en la toma de decisiones, junto con el médico. Este atributo favorece la alianza: el compromiso y la adherencia para un seguimiento longitudinal.<sup>2</sup>

Distintos factores pueden interferir en el logro de una buena comunicación, como el ambiente donde se desarrolle la entrevista y las interrupciones. Otra barrera que se presenta es la gnosológica, donde el conocimiento y la forma de transmitirlo pueden generar una distancia.<sup>5,6</sup> El médico debe asegurarse que el paciente interprete el mensaje, evitando la utilización de lenguajes técnicos, no dando por supuestos conocimientos previos por parte del paciente, explorando siempre si quedaron dudas.<sup>5</sup>

El factor tiempo puede ser otro elemento de distancia. La medicina "moderna" propone esquemas de atención donde el médico dispone de tiempos acotados para la consulta, propiciando muchas veces una tarea más pragmática que comunicativa.<sup>3,5</sup>

Por todo lo expuesto, queda en evidencia que la mejora en la comunicación genera un rédito, se logran entrevistas más efectivas, se le da más fuerza a las decisiones que se toman en el consultorio, se coopera, se mejora la adherencia y, sobre todo, mejora la calidad en la atención al paciente.<sup>3,4,5</sup>

Por lo cual nuestros *Objetivos* son conocer el grado de comprensión del mensaje transmitido por el médico hacia el paciente; valorar la comprensión del mensaje por parte del paciente con respecto al problema de salud y a las indicaciones terapéuticas transmitidas por su médico de familia. Y conocer qué factores influyen en la comprensión del mensaje, según la percepción de los actores involucrados.

## PROPÓSITO

Mejorar la comunicación en la consulta de medicina familiar en los Centros Médicos de Atención Primaria pertenecientes a la Obra Social del Personal de la Construcción.

## MATERIAL Y MÉTODO

La presente investigación se planteó desde un paradigma cuantitativo con incorporación de componentes cualitativos a fines de poder elaborar hipótesis heurísticas posteriores.

Trabajo multicéntrico, descriptivo de corte transversal en los meses de abril a julio de 2014.

*Población de estudio:* Adultos de ambos sexos mayores de 18 años, beneficiarios de O.S.Pe. Con que asistieron a los Centros de Atención Primaria de la Obra Social del Personal de la Construcción en Capital Federal, Rosario y Tucumán. Los mismos se encontraban en la sala de espera y se entrevistaba al salir del consultorio, previa explicación del trabajo y consentimiento. Y médicos de familia de los 3 centros asistenciales mencionados.

Criterios de exclusión: personas con algún tipo de discapacidad mental

Muestra 1: 1200 beneficiarios de O.S.Pe. Con de ambos sexos adultos mayores de 18 años que asistieron a los centros de salud arriba enunciados que corresponden al 55% del total de la consulta del período estudiado)

Muestra 2: médicos de familia que dispensan atención en los mismos centros. En total 40 médicos de familia.

Muestreo no probabilístico, intencional, hasta la saturación de datos para el componente cualitativo.

Consideraciones éticas: evaluación por comité de ética hospitalario y aprobado por el mismo, solicitud de consentimiento informado, confidencialidad de la

información.

## COMPONENTE CUANTITATIVO

### *Hipótesis de investigación:*

1) Los pacientes usuarios del Cemap no comprenden totalmente las indicaciones realizadas por los médicos de familia, lo hacen de manera parcial o nula.

2) Los pacientes que reciben atención sanitaria en el Cemap no comprenden de manera satisfactoria su problema de salud.

### *Variables de estudio:*

- Comprensión de indicaciones médicas.

Conceptualmente: Grado en el que las indicaciones referidas por el paciente coincidieron con las emitidas por el médico.

Operacionalmente: Surgieron de la comparación entre las indicaciones referidas por el paciente y las emitidas por el médico, obtenidas de una entrevista a ambos por separado al finalizar la consulta.

Las categorías de la variable fueron:

- Adecuación total: Si las indicaciones referidas por el paciente coincidieron de manera total con las del médico.

- Adecuación parcial: Si las indicaciones referidas por el paciente coincidieron de manera parcial con las del médico.

- Adecuación nula: Si las indicaciones referidas por el paciente no coincidieron con las del médico.

- Comprensión del problema de salud:

Conceptualmente: Grado en el que el paciente comprendió su problema de salud a través de lo comunicado por su médico.

Operacionalmente: Surgió de la comparación entre lo referido por el paciente acerca de su problema de salud y lo referido por el médico, mediante una entrevista a ambos por separado al finalizar la consulta.

Las categorías de esta variable serán:

- Comprensión satisfactoria: Cuando el paciente fue capaz de expresar su problema de salud en base a lo que el médico le explicó en la consulta, y ello se correlacionó a su vez con el contenido manifestado por el propio médico.

- Comprensión insatisfactoria: Cuando el paciente no fue capaz de explicar su problema de salud, o no coincidió su relato con el manifestado por el médico en la entrevista.

### COMPONENTE CUALITATIVO

- Percepción de los factores que influyen en la comprensión del mensaje

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El instrumento de recolección de datos para ambos enfoques estuvo constituido por una encuesta de 3 preguntas de elaboración propia, sometida a una prueba piloto para su validación. La misma se adecuó para aplicarla en los pacientes y en los médicos de familia participantes del estudio (anexo 1).

### ANÁLISIS DE DATOS:

Cuantitativo: descriptivo de las variables, de relación entre variables y aplicación de pruebas no paramétricas para la comprobación de las hipótesis descriptivas con utilización del EPIDAT 3.1.

Cualitativo: análisis interpretativo de los datos obtenidos de los factores identificados en la pregunta abierta del instrumento. Se utilizó el método de análisis temático propuesto por de Souza Minayo.

Finalmente, se integraron los resultados cuantitativos y los cualitativos a fines de elaborar una propuesta de mejora que permita cumplir con el propósito expuesto.

## RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se tomó una muestra no probabilística de 1200 pacientes usuarios de los Centros de atención primaria de la Obra Social del Personal de la Construcción de las ciudades San Miguel de Tucumán, Rosario y CABA, muestra que corresponde al 55 % del total de la consulta en los tres centros en el período estudiado y de 40 médicos de familia que atienden en dichos centros de atención primaria.

Las entrevistas se realizaron en los Cemaps de las ciudades enunciadas previamente. Las mismas se efectuaron al terminar la consulta con el médico de familia. En el caso de los médicos fue en el consultorio a la salida del paciente; y en el caso de los pacientes que aceptaron voluntariamente participar, se llevó a cabo antes que se retiren de la institución.

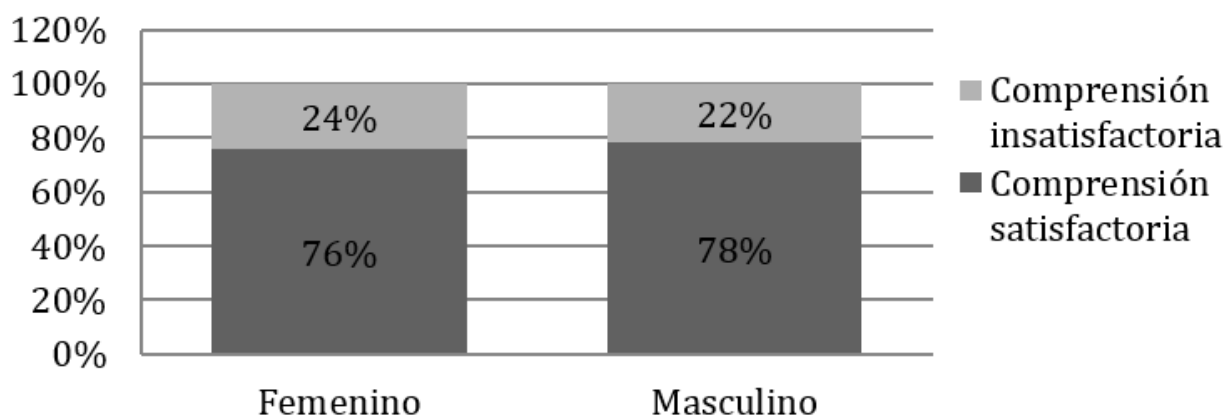
Se aplicaron de manera simultánea al médico y al paciente por 2 investigadores que al finalizar ambas entrevistas (a médicos y pacientes) cotejaron los datos obtenidos.

El 38% de la muestra correspondieron a personas de sexo masculino, mientras que el 62% restante correspondieron a personas de sexo femenino.

El promedio de edad de los participantes en el estudio fue de 38,2 años de edad

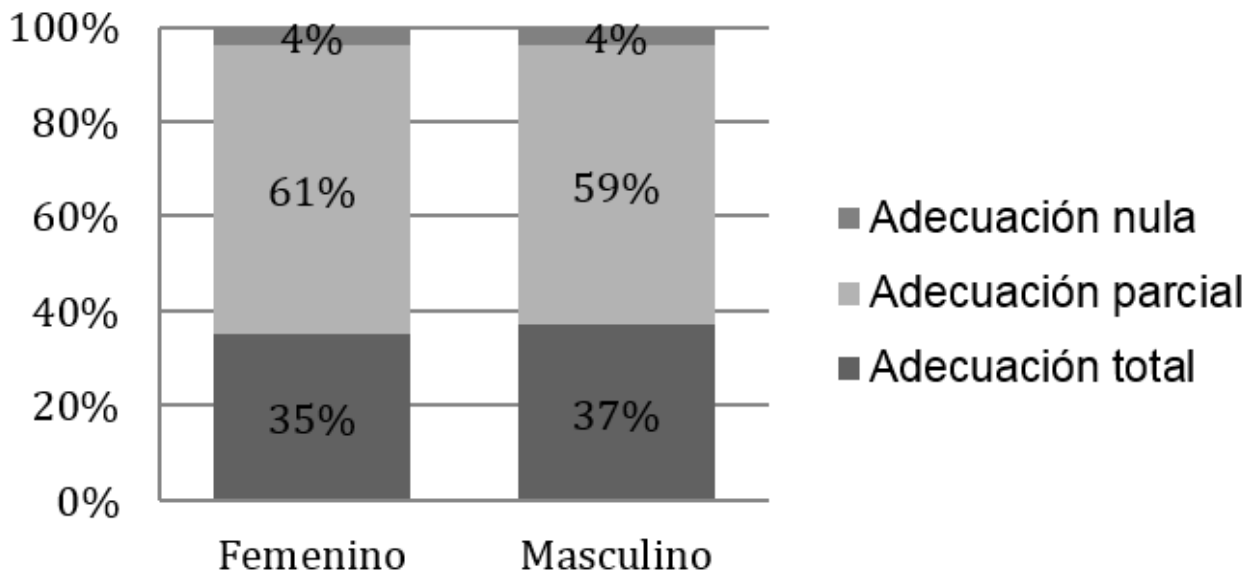
La mayor proporción de la muestra correspondieron a pacientes con nivel de instrucción "secundario completo": 37.66%, seguido por "primario completo": 32.16% y "secundario incompleto": 17.9%.

### Comprensión del problema de salud en relación al sexo (n=1200)

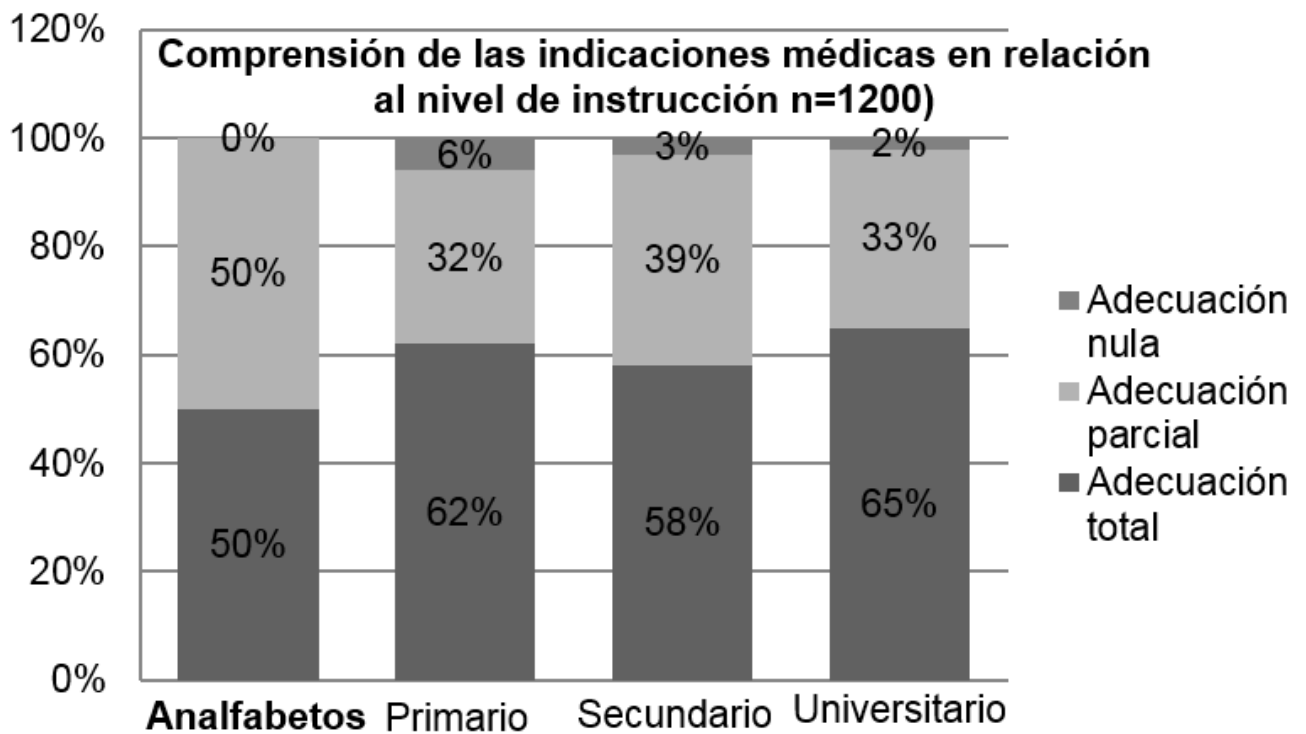


**GRÁFICO 1:** Muestra que en el 78% de las personas de sexo masculino la comprensión del problema de salud es satisfactoria, porcentaje muy similar al de las mujeres que presentan en el 76% de los casos el mismo resultado. La comprensión insatisfactoria queda limitada al 22% en el caso de los varones y 24% en las mujeres.

### Compresión de las indicaciones en relación al sexo (n=1200)

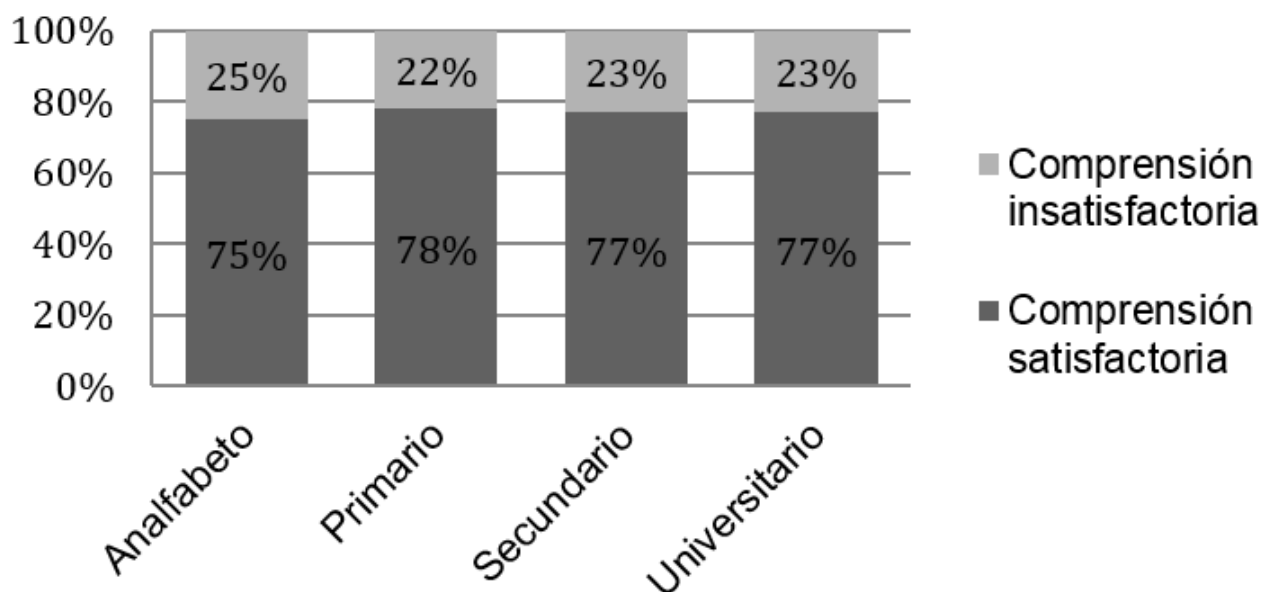


**GRÁFICO 2:** Respecto de la comprensión de las indicaciones médicas se observa que la adecuación entre el mensaje emitido por el médico y lo recibido por el paciente se encuentra en proporciones similares en hombres y mujeres.



**GRÁFICO 3:** En cuanto a la comprensión de las indicaciones médicas en relación al nivel de instrucción, la mayor proporción de adecuación total se encuentra en los pacientes con estudios universitarios (65%), seguidos por los pacientes con estudios primarios (62%).

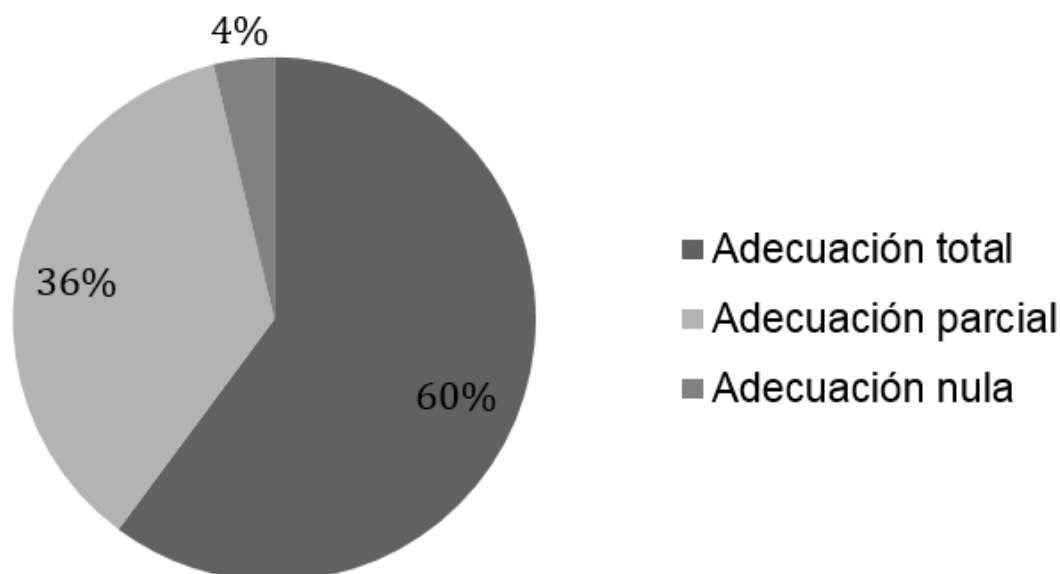
### Comprensión del problema de salud en relación al nivel de instrucción (n=1200)



**GRÁFICO 4:** El presente gráfico muestra la relación entre nivel de instrucción y comprensión del problema de salud, tal como se observa en el mismo los porcentajes de la categoría comprensión satisfactoria son similares en los diferentes niveles de instrucción.

### RESULTADOS DEL COMPONENTE CUANTITATIVO CON COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

#### Comprensión de Indicaciones Médicas (n=1200)



**GRÁFICO 5:** En el gráfico se observa que en el 60% (722) de los casos existió una adecuación total entre el mensaje emitido por el médico de familia y el paciente, mientras que en el 36% (433) de los casos la adecuación fue parcial y sólo en el 4% (45) se observó adecuación nula entre el mensaje emitido y el mensaje recibido.

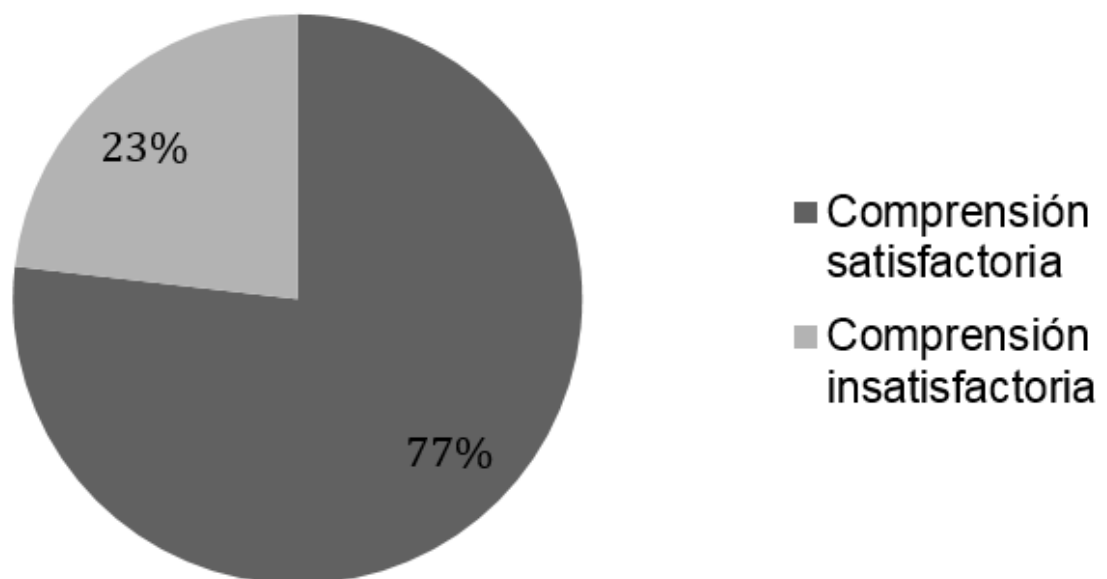
## RESPECTO DE LA PRIMERA HIPÓTESIS

Hi= Los pacientes usuarios del Cemap no comprenden las indicaciones realizadas por los médicos de familia.

Ha= Los pacientes usuarios del Cemap comprenden totalmente o parcialmente las indicaciones realizadas por los médicos de familia.

Se aplicó Test Chi<sup>2</sup> con 2 GL. Con estos parámetros se obtuvo un valor de Chi<sup>2</sup> de 2218,5312, con un valor de p=0.000, por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis alternativa.

### Comprensión del problema de salud (n=1200)



**GRÁFICO 6:** Respecto de la comprensión de su problema de salud, se observó que en el 77% (922) de los casos la comprensión fue satisfactoria, mientras que en el 23% (278) de los casos fue insatisfactoria.

## RESPECTO DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS

Hi= Los pacientes que reciben atención sanitaria en el Cemap no comprenden de manera satisfactoria su problema de salud.

Ha= los pacientes que reciben atención sanitaria en el Cemap comprenden de manera satisfactoria su problema de salud.

Para esta hipótesis se aplicó Test Chi<sup>2</sup> con 1 GL, con estos parámetros se obtuvo un valor de Chi<sup>2</sup> de 1882,8072 con un valor de p=0.000, por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis alternativa.

En base a los resultados obtenidos, aceptamos ambas hipótesis alternativas. Se puede observar que los pacientes comprenden las indicaciones realizadas por los médicos de familia, existiendo una adecuación total entre el mensaje emitido por el médico y el paciente.

También observamos que comprenden de manera satisfactoria su problema de salud. Los pacientes fueron capaces de expresar su problema en base a lo que el médico le explicó en la consulta.

## RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

Desde el paradigma cualitativo, tal como lo expresara Ruth Sautu<sup>(17)</sup> como un proceso no matemático de interpretación, se pretendió captar la mirada del otro como sujeto activo con su propio saber, que procuramos compartamos con nosotros como sujetos cognoscentes, desde una posición dialógica permanente. La finalidad fue comprender al otro desde su propio saber para contextualizar con los resultados obtenidos desde el paradigma cuantitativo, al mismo tiempo el planteo de la presente investigación persigue la reflexividad de nuestra práctica diaria. Siguiendo a Bourdieu<sup>(16)</sup> podemos decir que “una práctica que omite cuestionarse a sí misma, no sabe lo que hace”; es precisamente en esa reflexión sobre nuestro quehacer diario en el que nos basamos para buscar modos de mejorarlo al servicio de nuestros pacientes, desde una actitud respetuosa por su saber genuino y desde un modelo contra hegemónico.

Para el procesamiento de los datos cualitativos, se elaboraron matrices de análisis, y la metodología del mismo se realizó según la modalidad de análisis temático propuesta por De Souza Minayo, quien entiende que un análisis temático constituye una modalidad de análisis de contenido que permite descubrir la presencia y frecuencia de núcleos de sentidos explícitos o implícitos en un discurso, dicho de otro modo esta modalidad de análisis nos permitió capturar contenidos en el discurso de los participantes que dieron cuenta sobre su percepción del fenómeno estudiado.

En cuanto a las entrevistas, se realizó un registro detallado tanto del contexto situacional como del relato del informante, consignando mediante notas de campo algunas observaciones e interpretaciones parciales de los investigadores. Se elaboraron categorías de manera independiente por los investigadores y luego un auditor interno seleccionó aquellas categorías que se repetían a fines de garantizar la saturación de los datos.

A su vez, las categorías fueron organizadas como barreras y como facilitadores de la comunicación a criterio de los investigadores.

### FACILITADORES

**Conocimiento previo del problema de salud:** los pacientes con enfermedades crónicas no manifestaron tener dificultades en la comprensión del mensaje por parte del médico, ellos refirieron ya conocer lo que tienen que hacer: “no tuve ninguna dificultad, ya vengo hace 4 años con esto”. Y esto a su vez, es corroborado en la mayoría de los casos en el discurso de los médicos de familia: “Si entendió perfectamente todo, ella ya sabía, viene hace rato a los controles”.

*Médico de familia único / longitudinalidad de la aten-*

*ción:* tanto en el discurso de los pacientes como de los médicos de familia queda expresado que el conocimiento mutuo entre médicos y pacientes y su relación, facilitó la comprensión del mensaje. Se reflejó esto en frases como “a la doctora la conozco hace mucho, ella me explica todo lo que no entiendo y le puedo preguntar tranquila”, asimismo la expresión de la profesional que sigue a esa paciente refiere “Con .... Nos conocemos desde hace mucho, yo le miro la cara y ya sé si me entiende o no”. Claramente esto tiene que ver con la longitudinalidad de la atención.

**Disposición previa del médico y del paciente:** se repitió mucho la idea de la disposición previa tanto en médicos como en pacientes como un facilitador claro de la comunicación y la comprensión del mensaje. Frases como “si el médico está inspirado explica clarito y presta atención a lo que le digo” en otro sentido los médicos destacaron que hay pacientes más atentos a las indicaciones e incluso claros al preguntar sobre sus dudas: “no tuve dificultad, siempre pregunta mucho, es un paciente inquieto”.

**Paciente acompañado en la consulta:** los médicos que atendieron a pacientes que fueron a la consulta acompañados, tuvieron menor dificultad para la transmisión del problema de salud y las indicaciones: “no tuve dificultad, porque vino con la señora y entendieron perfectamente”.

### BARRERAS

**Tiempo / paciente polidemandante:** este es un factor que los médicos destacaron como una gran barrera en la comunicación con los pacientes, consideraron que deben hacer muchas cosas en poco tiempo y que esto va en desmedro de la comunicación y de las explicaciones detalladas para con los pacientes. Al mismo tiempo recalcaron que los pacientes traen muchas demandas simultáneas a la consulta y que esto tampoco facilita la comunicación: “consulta difícil y desordenada”, “paciente muy demandante”. Por su parte, para los pacientes el tiempo también es un elemento que dificulta la comunicación, se escucha a los pacientes decir frases como “el médico siempre está apurado, escribe rápido y hay veces que no le entiendo”.

**Ideas previas:** se observó en los médicos de familia que cuando los pacientes traen una idea previa sobre un problema o un tratamiento es muy difícil que cambie de opinión y por lo tanto que el paciente terminará “haciendo lo que quiere y no lo que le explico”. Aquí aparecen atisbos del modelo hegemónico del médico como poseedor único del saber que lejos de crear un campo común como propone el proceso clínico centrado en la persona, sigue esperando que el paciente sea un mero cumplidor de indicaciones esté o no de acuerdo con ellas, así lo escuchamos en algunos médicos al decir “costó que me haga caso porque ya

*venía con una idea previa” o “si tuve dificultad porque la agente del paciente era solo para derivaciones”.* Esta barrera es más una limitación de los médicos de familia con cierta ambigüedad entre el modelo que aprendieron tradicionalmente de la medicina y los nuevos paradigmas contra hegemónicos que impulsa la medicina familiar, esto se pone de manifiesto en expresiones como *“costó porque teníamos ideas diferentes, costó ponernos de acuerdo”.* Por otro lado, escuchamos a algunos pacientes decir *“yo ya tengo 4 hijos y ya sé que hacer”*, es decir el paciente siente tener los conocimientos necesarios respecto de una situación concreta por lo que le resultan innecesarias algunas explicaciones.

*Muchos problemas / muchas indicaciones:* tanto en los médicos como en los pacientes surgió ésta como una categoría que dificulta la comunicación, al tener que dar y recibir mucha información diversa en una misma consulta *“me dijo muchas cosas; acá lo tengo escrito – muestra recetario con indicaciones”.*

*Omisión de problemas:* los médicos referían a los entrevistados problemas o diagnósticos de salud que no eran transmitidos al paciente; por ejemplo: pacientes obesos a los que se les indica dieta y actividad física pero no se les explica que presentan obesidad.

*Indicaciones no farmacológicas:* Al ser entrevistados los pacientes solían referir solo el tratamiento farmacológico y no consideraban a las consejerías y medidas higiénico dietéticas como parte de las indicaciones médicas.

## TRIANGULACIÓN DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente trabajo pretendió, desde una mirada integral cuali cuantitativa, reflexionar sobre nuestra práctica diaria, respecto de la comunicación en el consultorio, indagando acerca de la comprensión del mensaje emitido por los médicos de familia, por parte de los usuarios de diferentes centros de atención primaria pertenecientes a la Obra Social del Personal de la Construcción de nuestro país. Para ello se planteó un doble componente paradigmático a fines de obtener datos ricos y complementarios entre sí.

Respecto del primer componente, cuantitativo, se encontró que nuestras hipótesis acerca de la falta de comprensión del mensaje (tanto indicaciones como acerca del problema de salud) no pudieron comprobarse, es decir, no se obtuvo las respuestas que pensábamos encontrar. Esto sorprendió gratamente, ya que la mayoría de los pacientes parecen comprender totalmente el mensaje, ya que se obtuvo un 96% de comprensión total y parcial de las indicaciones médicas, encontrándose solo un 4% de adecuación nula. Creemos que el 36% de las adecua-

ciones parciales se debieron a que los pacientes no consideraban a las consejerías y otras indicaciones no farmacológicas como parte del tratamiento médico.

Por otro lado, respecto de la comprensión del problema de salud, se obtuvo el 77% de la comprensión del mensaje. Algunas dificultades en la realización de la presente investigación fue que los pacientes se sentían evaluados, por lo tanto, no se animaban a decir que no entendían el problema de salud. Para disminuir este sesgo, se aclaró al paciente que la evaluación era para los médicos y no para ellos, surgiendo así un nuevo sesgo, el de no perjudicar a sus médicos. Para ello, hubo que realizar aclaraciones explicando mejor la motivación del trabajo a fin de disminuir dichos errores.

El hecho de triangular los datos cuantitativos con el segundo componente, el cualitativo, nos permitió encontrar en el discurso de los entrevistados algunos núcleos tema como la longitudinalidad, la disposición previa del médico y el paciente y el conocimiento previo del tratamiento. Si contrastamos estos elementos con componentes teóricos, nos encontramos frente a valores concretos de aplicación de la práctica de la medicina familiar, tal como el Proceso Clínico Centrado en la Persona, la entrevista clínica, la escucha activa, la longitudinalidad en la atención, el abordaje basado en problemas, etc. Creemos que esto explica en parte los resultados obtenidos, sin embargo, también existe una proporción de pacientes que no comprenden totalmente el mensaje y esto también encontró sustento más allá de los números, en la interpretación no matemática que permitió el componente cualitativo. Es decir, en lo que los investigadores denominamos barreras, encontramos algunos elementos que nos remitieron al Modelo hegemónico biologicista, con el médico como único poseedor del saber y el paciente como sujeto pasivo que debe cumplir indicaciones, afortunadamente en una minoría de casos.

Otro elemento destacado como barrera fue el tiempo de la consulta, considerado escaso por gran parte de los médicos, así como las múltiples demandas que traen los pacientes a la consulta y algunas ideas previas que dificultan la comunicación. Las barreras antes mencionadas no solo son patrimonio del paciente, sino que, además, consideramos que el médico también puede cometer errores al transmitir el mensaje.

El médico de familia, debido a su formación biopsicosocial, detecta numerosos problemas durante la consulta que no siempre informa al paciente, debido a esto creemos que existió un 23% de comprensión insatisfactoria del mismo.

## CONCLUSIONES

- Los pacientes entienden el mensaje de sus médicos

de familia.

- Como facilitadores se destacaron: el conocimiento previo del tratamiento, la longitudinalidad de la atención, la disposición previa del médico y el paciente y el paciente acompañado en la consulta.

- Como barreras se destacaron: el tiempo de la consulta considerado escaso, las ideas previas de los pacientes sobre los tratamientos o los problemas de salud, las múltiples demandas de los pacientes en la consulta, omisión de problemas e indicaciones no farmacológicas.

- Los médicos de familia contamos con herramientas concretas que permiten a nuestros pacientes

comprender el mensaje, la escucha empática, el Proceso Clínico Centrado en la Persona y la longitudinalidad de la atención son ejemplos de ello.

**HIPÓTESIS HEURÍSTICA:** La práctica de una medicina contra hegemónica implica el desafío de desaprender lo aprendido para crear un nuevo saber, saber que incluya los conocimientos de los pacientes y los respete para poder crear un campo común entre médicos y pacientes que los ayude a resolver sus problemas sanitarios reconociéndolos como sujetos activos en pleno ejercicio de su derecho a la salud. Los médicos de familia cuentan con los elementos suficientes para llevarlo a cabo, está en ellos acrecentar su aplicación.

## ANEXOS

### ANEXO 1

Instrumento: Entrevista semiestructurada a pacientes y médicos:

PACIENTES	MÉDICOS DE FAMILIA
<b>Indicaciones médicas</b>	
¿Qué indicaciones le dio el médico?	¿Qué indicaciones le dio al paciente?
<b>Identificación del problema de salud</b>	
¿Qué problema de salud le dijo su médico que usted tiene?	¿Qué problema de salud le dijo al paciente que tiene?
¿Tuvo alguna dificultad para comprender a su médico las indicaciones o el problema de salud identificado? Si / No ¿Cuál? ¿A qué cree usted que se debe?	¿Tuvo alguna dificultad para explicar a su paciente las indicaciones o el problema de salud identificado? Si / No ¿Cuál? ¿A qué cree usted que se debe?

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

• DESCRIPCIÓN: -----

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la comunicación entre el médico y el paciente. Esta investigación es realizada por la residencia de Medicina Familiar de la Obra Social Del Personal De La Construcción. El propósito de esta investigación es averiguar cuáles son los factores que influyen en la comunicación entre el médico y el paciente. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará participar activamente en una entrevista. - - - - -

– CONFIDENCIALIDAD-----

Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación. Todos los datos serán confidenciales, y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen. - - - - -

– DERECHOS: -----

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma

Fecha

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Moira A Stewart, Ian Mc Whinney, Carol Back. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* 1979 February; 29 (199): 77-82.
2. Rubén Roa, María Lidia Ruíz Morosini, Julio A. Sie-de. (1997) *Medicina Familiar. Hacia un nuevo modelo de atención de la salud. Tomo I. Principios y herramientas* (pp. 82-84). Argentina. Librería AKADIA Editorial.
3. Eulalia Hernández Sánchez, M. Isabel López Martínez. La no comunicación en la interacción Médico-paciente. *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica, Universidad de Valencia. Volumen 3: Lingüística interaccional en ámbitos de salud.* (pp. 83-95). ISBN: 84-370-6576-3.
4. Francisca Cruz, Rosón Fiorentino, Ricardo Morant, Marco Miquel Peñarroyai Prats. La "comunicación" Médico-paciente. «Entre Scilla y Caribdis». Universidad de Valencia. Centro Virtual Cervantes. En <http://cvc.cervantes.es/literatura/aispi>.
5. Hernández Torres I, Fernández Ortega MA, Irigoyen Coria A, Hernández Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar en Artículo de Revisión.* 2006; 8 (2): 137-143.
6. Bárbara Almarales Pupo. Barreras que afectan la comunicación médico-paciente. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Febrero - Junio 2002. *Corr Med Cient Holg* 2003; 7 (2).
7. Alberto Blázquez Manzano, Sebastián Feu, Eulalio Ruiz Muñoz, Juana María Gutiérrez Caballero. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud.* Enero 2012; 3 (1): 62-76. ISSN: 1989-9882.
8. Dr. Francisco Maglio. El escuchatorio en la relación Médico Paciente. 2010. En <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>.
9. Philippa Moore, Gricelda Gómez, Suzanne kurtz, Alex Vargas. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile* 2010; 138: 1047-1054.
10. Eduardo Menendez. Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. Cuadernos de la Casa Chata, N° 86, México. En <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a14.pdf>.
11. Eduardo L. Menendez. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud colectiva* [online]. 2005; 1 (1): 9-32. En: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18518265200500010002&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18518265200500010002&lng=es&nrm=iso). ISSN 1851-8265.
12. Ricardo González Menéndez "La etapa contemporánea de la relación médico paciente". *Rev Cubana Salud Pública* 2004; 30 (2).
13. Barbado Alonso J.A, Azpiri Díaz J.J, Cañones Garzón P. J, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín J.J, Serna de Pedro, Inmaculada de la Solla Camino J.M. Aspectos histórico - antropológicos de la relación médico-paciente. *Habilidades de Salud Mental. SEMG.* Febrero 2005; 70: 31-36. En: [http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista\\_70/pdf/31\\_36.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_70/pdf/31_36.pdf).
14. Coppelillo Fernando Enrique. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la atención primaria y la Medicina Familiar. *Archivos de Medicina Familiar.* 2013; 10 (1).
15. Pupo, Bárbara. Barreras que afectan la comunicación médico- paciente. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Febrero - Junio 2002.
16. Bourdieu, P. y LoïcWacquant, (2005) [1992], *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo XXI.
17. Sautu, R. *Práctica de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas.* Editorial Lumiere. Buenos Aires, 2007.

# Les Invitamos a formar parte



**ACOMFYG**

**ASOCIACIÓN CORDOBESA  
DE MEDICINA FAMILIAR Y GENERAL**

*para asociarse comunicarse a*

*asociarseacomfyg@gmail.com*

  **ACOMFYG**

**WWW.ACOMFYG.COM.AR**

 **@ACOMFYGCBA**