



AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 2 – Primavera 1995

Comentarios a la comunicación médico-paciente en atención primaria de salud

Fermín Quesada Jiménez (1)

A los médicos se nos forma en el hospitalocentrismo, y basados en la tecnología. Nos enseñan que cuando vemos a un paciente, hay que hacerle una *foto* y le diagnosticamos de *todo*. Pero el paciente no es protagonista de su película, sólo es el objeto a través del cual se demuestra nuestra ciencia. El protagonista es el médico.

La herramienta básica que utilizamos en atención primaria es la *silla*, el sentarse junto al paciente, el comunicarse con él (horas de médico/habitante). Es la contraposición al indicador (camas/1.000 habitantes) que se utiliza en el medio hospitalario.

Cuando se trabaja en atención primaria, uno se percata de que el enfoque tradicional no sirve para abordar adecuadamente los problemas que surgen en nuestra comunidad, y ello conduce a que los pacientes consulten de forma repetida, al no solucionársele la situación.

Si nos fijamos bien, aproximadamente un 20 por 100 de nuestro cupo consume el 80 por 100 de nuestro tiempo, y es precisamente este 20 por 100 el más refractario al modelo médico tradicional (ya que está compuesto por hiperconsultadores, pacientes agresivos, enfermos con problemas de salud mental, necesitados de abordaje psicosocial, etc.) (2).

Esto es lo que bloquea nuestras consultas y nos bloquea a nosotros mismos, y lo que nos conduce a la desesperanza, al aburrimiento y a quemarnos de una forma estéril. Esto y el no saber qué hacer con ellos

1 Fermín Quesada Jiménez es médico de familia del Centro de Salud de Cartuja. Granada. Servicio Andaluz de Salud. Miembro del Grupo Comunicación y Salud de Andalucía.

2 REVILLA, L. et al.: *Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud*. Monografías de APS. Doyma. Barcelona, 1991.

Desarrollar técnicas adecuadas de comunicación y entrevista clínica mejora el grado de satisfacción del usuario, así como el cumplimiento terapéutico, disminuyendo la ansiedad tanto del profesional como del paciente. También mejora nuestra gestión del tiempo (3).

Estas habilidades y técnicas se aprenden, a pesar de que solemos oír a nuestros compañeros médicos decir cosas como: "Yo soy así, qué le vamos a hacer" o "Los pacientes tienen que acostumbrarse a aceptarme como soy". Pero esto es sólo una excusa para no cuestionarnos nuestro método de trabajo.

Lo primero para ello es aprender a realizar autocrítica, luego saber escuchar y, por último, aceptar negociar. Cuando digo negociar me refiero a contrastar nuestras opiniones con las del paciente, y a buscar una solución si aparecen resistencias. En los hospitales no se negocia, se impone. Negociar no implica ceder, aunque a veces haya que hacerlo. Si hay resistencias y no se negocia, posiblemente el paciente no haga caso de las indicaciones, y además, se verá comprometida nuestra relación futura con él.

Es difícil "ponerse en los zapatos del paciente", como dicen los americanos, pero es fundamental para poder cambiar nuestra actitud. A veces no conocemos realmente lo que los pacientes esperan de nosotros. Se preguntó a médicos de familia y a pacientes, en el Reino Unido en 1987, qué era para ellos un buen médico, y mientras los profesionales decían que alguien que hace buenos diagnósticos, y que es un gran técnico, los usuarios indicaron que fuera agradable, comprensivo y honesto (4).

McWhitney aconseja a todos los médicos que leamos *La muerte de Ivan Illich* para que no reproduzcamos el modelo médico y nos demos cuenta de lo importante de interesarse por cómo siente el paciente (5). Recientemente, en *Jano*, revista de medicina y humanidades, nos remitían también a él (6).

Tampoco conocemos las creencias en salud de nuestros usuarios, y no parece preocuparnos mucho. En 1995 preguntamos a los médicos de dos centros de salud cuáles eran las creencias que ellos pensaban que tenían sus usuarios. Con ellas se confeccionó un cuestionario y se le administró a una muestra de los pacientes que acudían a las consultas asistenciales de esos dos centros. Sólo estaban de acuerdo con el 30 por 100 de las creencias expresadas por los médicos (7).

Como curiosidad, cuando nos preguntan a los profesionales cómo desarrollamos la entrevista clínica con nuestros pacientes, solemos contestar que lo hacemos de una forma

3 BORREL, I CARRIO.: *Manual de entrevista clínica*. Doyma. Barcelona, 1989.

4 Estudio realizado por el R.C. of General Practitioner en 1987.

5 McWHINNEY, I.R. *et al. Medicina de familia*. Doyma. Barcelona, 1995.

6 *Jano. Revista de Medicina y Humanidades*. Enero 1995.

7 QUESADA, F. *et al.: Aproximación a las creencias en salud de dos zonas básicas. Atención Primaria*. (En prensa).

adecuada, cumpliendo las características de un buen entrevistador (cordialidad, empatía, asertividad, baja reactividad) y distribuyendo adecuadamente el tiempo disponible (⁸).

Sin embargo, al analizar las entrevistas que realizamos, podemos ver que apenas miramos a nuestros pacientes, no negociamos con ellos, ni les explicamos suficientemente de qué los diagnosticamos o qué tratamiento les ponemos y, por supuesto, no comprobamos la asimilación de la información que les damos (⁹). En resumen, "del dicho al hecho hay un gran trecho", o no hacemos las cosas como decimos.

Otro elemento importante para mejorar el rendimiento de nuestro trabajo es la utilización de técnicas grupales en la educación sanitaria y en el seguimiento de patologías crónicas.

Las ventajas que tiene la utilización de grupos son variadas, pudiéndose destacar la economía de recursos y la interacción que se produce entre los diferentes pacientes. El inconveniente fundamental que le veo es la metodología que he estado utilizando, en la que dábamos una especie de *clase* y luego comentábamos algunos aspectos de lo explicado entre los profesionales y los pacientes. Yo notaba que me faltaba algo, que realmente no conseguíamos que los diabéticos e hipertensos (los grupos que teníamos) se implicaran realmente en el proceso didáctico y en su enfermedad. Esto me llevó a replantearme el trabajo, y a tener la seguridad de no querer reproducir el esquema anterior, a buscar algo que fuera diferente, que aportara cosas nuevas. Así conocí la metodología de los grupos operativos. En ellos se produce una participación del paciente diferente al implicarse de forma activa en el proceso de aprendizaje.

⁸ QUESADA, F.; MARTÍNEZ, T.; BELLON, J.A.: "Validación de una escala multidimensional de auto-valoración del perfil de entrevistador". Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 1994.

⁹ CASTRO, J.A. et al.: "Comentarios a un taller de entrevista clínica". Poster presentado en las Jornadas de la EASP. Granada, 1994.

