

ORIGINALES

La comunicación médico-paciente y la educación para la salud

J.J. Gérvas, L.M. Hernández, A. Martí, P. García-Sagredo, P. Elvira, A. Estévez, J.A. Salcedo y M.M. Pérez Fernández

Equipo CESCA. Madrid.

Este trabajo tiene por objetivo el análisis del contenido en educación para la salud de la entrevista médico-paciente. El estudio tiene carácter observacional descriptivo. La población objeto de estudio es la que asiste a la consulta de medicina general en la Seguridad Social. Se registraron magnetofónicamente, con permiso de médicos y pacientes, 53 consultas de dos médicos generales. Se han podido analizar 48 entrevistas definiendo las actividades (preguntar, responder, comentar, etc.) y los contenidos (problemas de salud, tratamiento, educación para la salud, etc.). La educación para la salud constituye el 10 % del contenido, asociándose a la actividad de comentar/instruir del médico y a la de comentar/solicitar del paciente.

THE PATIENT-PHYSICIAN COMMUNICATION AND HEALTH EDUCATION

The aim of the present study was to analyze the content in health education of the patient-physician interview. The study was observational and descriptive. The target population were the patients attending the general practices of the Social Security clinics. With permission of patients and physicians, 53 visits of two general practitioners were recorded on tape. 48 interviews were analyzed with definition of activities (asking, answering, discussing, etc.) and contents (health problems, treatment, health education, etc.). Health education was 10 % of the contents, and it was associated with the physician's activity of commenting/instructing and with the patient's activity of commenting/asking.

Introducción

En el momento actual es opinión ampliamente aceptada que la educación para la salud debe constituir un elemento de primer orden en toda política de salud pública. Si en los servicios asistenciales el paciente, tradicionalmente, es considerado como un consumidor de los mismos y a la vez objeto de cuidados¹, la educación para la salud debe promover cambios en el modo en que los ciudadanos hagan uso de estos servicios y facilitar su paso a sujetos activos del cuidado y promoción de la salud tanto a nivel individual como colectivo^{2,3}.

Sin embargo, son escasos los trabajos de evaluación de resultados obtenidos en actividades de educación para la salud^{4,5}, y no existe acuerdo acerca de los métodos más convenientes para llevarlo a cabo.

A menudo se han desarrollado actividades de educación para la salud dirigidas a amplios sectores de población, usando medios de comunicación de masas, y valiéndose de la persuasión que los técnicos o las instancias administrativas pudieron ejercer sobre los ciudadanos, de modo unidireccional². Aun reconociendo que de ese modo se puede contribuir a que los grupos de población tomen una clara conciencia de los problemas, y a generalizar rápidamente un lenguaje común, su eficacia es más que dudosa para promover cambios favorables en los comportamientos de los individuos.

Frente a esta metodología tradicional hay que proponer como más eficaces los métodos de la comunicación bidireccional en los que el profesional y el paciente intercambian información; estos métodos deben integrarse en la consulta cotidiana⁶⁻⁸, lo que es esencial, junto a otras condiciones tales como: a) que se lleven a cabo de forma continuada; b) que

Dirección para la correspondencia:
J.J. Gérvas.
Equipo CESCA.
C/General Moscardó, 7.
28020 Madrid.

Manuscrito aceptado para su publicación el 15-X-90.

aborden problemas concretos, teniendo a dar respuesta a las necesidades sentidas por la población; c) requieran la implicación activa de los ciudadanos; d) consideren las competencias propias de los individuos⁹; e) que se realicen integrados, como un elemento más, en el conjunto de los cuidados de la atención primaria de salud, y que se orienten en función de las necesidades de la misma.

Estas condiciones se pueden cumplir tanto en el trabajo con grupos reducidos como en el marco de la consulta individual o familiar, ya del médico, ya de enfermería. Diversos autores^{2,8} afirman que el acercamiento individual resulta más efectivo que el grupal. En todo caso se insiste en la importancia del proceso de comunicación interpersonal médico-paciente, al igual que en otras tareas de la atención primaria como eje en torno al cual puede tener lugar la educación para la salud^{1,2,4,10}. El médico puede aprender nuevos estilos de comunicación y modificar sus hábitos para rentabilizar mejor su actividad^{11,12}.

En este contexto se inscribe al presente trabajo, en el que hemos abordado el estudio de la comunicación médico-paciente en la consulta ambulatoria de medicina general con el objetivo de conocer tanto el proceso secuencial de la interacción médico-paciente, como los contenidos de la conversación entre ambos. Y dentro de éstos, nos ocupamos ahora especialmente de los que hacen referencia a la educación para la salud.

Material y métodos

Hemos realizado el estudio sobre 53 consultas ambulatorias realizadas en un día en dos consultas de medicina general. Se excluyeron siete consultas con entrevistas compartidas (consultaban también los acompañantes), por lo que resultaron 48 entrevistas analizables. Dos han sido desechadas por defectos en la observación o en la elaboración de los datos. Resultan, por tanto, 46 entrevistas/consultas estudiadas: 22 fueron consultas correlativas efectuadas en julio de 1985 en el consultorio A de la Seguridad Social y 24 de septiembre de 1985 en el consultorio B de la Seguridad Social, ambos en Madrid. Se incluyeron, pues, todas las entrevistas del día del registro en ambas consultas, excepto las señaladas.

Se efectuó registro magnetofónico de las entrevistas con conocimiento y aprobación verbal de los pacientes y de los médicos.

En el consultorio A, se atiende una media de 18 pacientes en 2 horas; edad media de los pacientes, 54 años. Se atiende a una población estimada de unas 2.500 perso-

nas, que viven en el centro de la ciudad, de nivel económico y cultural medio, aunque con presencia de profesionales (14,3 % de las visitas son de titulados superiores; sólo el 1,6 son de personas sin estudios).

En el consultorio B, se atiende una media de 22 pacientes en dos horas; edad media de los pacientes, 46 años. Atiende a una población de unas 3.000 personas, que viven en el extrarradio de la ciudad, en una zona de conflictividad social, de bajo nivel económico; el 3,5 % de las visitas son de titulado superior y el 19,3 % de personas sin estudios.

En la actualidad en ambas se pasa consulta de enfermería previamente a la consulta médica. Cuando se realizaron los registros solamente sucedía esto en la consulta A. Las consultas son a demanda espontánea.

Como método nos hemos servido del protocolo OCA (observación consulta ambulatoria) que hemos puesto en marcha para el estudio de la interacción médico-paciente. Hemos tenido como puntos de referencia el estudio de contenidos por categorías, ampliamente usado en ciencias sociales y de comunicación¹³ y muy especialmente el método descrito por Flanders¹⁴ para el análisis de la interacción didáctica. En síntesis, el protocolo consiste en lo siguiente:

a) Definimos 10 categorías para actividades (modalidades de intervención) que observamos en la consulta: 1) el médico pregunta, 2) el médico responde, 3) el médico comenta o instruye, 4) el médico registra, 5) el médico explora, 6) el paciente pregunta, 7) el paciente responde, 8) el paciente comenta o solicita, 9) saludos/cortesía y 10) intervención del ATS (en consulta B).

b) Definimos 10 categorías para los contenidos de lo expresado verbalmente: 1) problemas de salud (aquello que requiere una acción, en opinión del profesional sanitario; incluye toda la actividad verbal acerca de los problemas de salud —anamnesis, aclaraciones, etc.— excepto los aspectos de pronóstico); 2) medicación y tratamientos (actividades encaminadas a restaurar la salud, con fármacos o con otras terapéuticas-dietéticas, etc.); 3) educación para la salud, higiene, prevención; 4) información-diagnóstico (intercambio de información acerca del diagnóstico, obtenida por el médico o expresada por el paciente; incluye la «valoración» de los síntomas e información sobre los resultados y pruebas); 5) pronóstico (información acerca de la evolución del problema de salud; incluye expectativas y consideraciones acerca de la evolución de la enfermedad); 6) aspectos burocráticos, funcionamiento consulta y sistema asistencial; 7) aspectos sociales (información acerca del entorno del paciente); 8) aspectos generales y/o anecdóticos (sobre temas no sanitarios o sobre temas generales sanitarios); 9) aspectos psicológicos y de la relación interpersonal médico-paciente (información sobre sentimientos, y otros aspectos psicológicos), y s) silencios.

c) En una primera escucha se registran, cada tres segundos, las actividades en la

secuencia de «sucesos o momentos de interacción»; cada uno se define con una pareja de categorías; se anota cada cambio en la actividad o cuando se persiste en la misma tres segundos. En una segunda escucha se procede de igual modo para los contenidos. Posteriormente se ponen en paralelo una y otra secuencia, resultando una secuencia de asociación (actividad-contenidos). Por ejemplo, un momento de interacción 1-1 en actividades indica que el médico inicia el momento (los tres segundos) preguntando y acaba con la misma actividad; un momento de interacción 6-2 en actividades indica que se inició con una pregunta del paciente y termina con el médico contestándola. La codificación final la realizó en todos los casos LMH después de que todos los firmantes hubieran codificado varias consultas obteniendo un nivel de concordancia del 90 %.

d) Con estos datos se construyen tres matrices que permiten el estudio matemático y estadístico del proceso de interacción. Las matrices son: de actividades, de contenidos y de asociación. Cada matriz se construye con filas y columnas en las que constan los momentos de interacción para las distintas categorías analizadas*. Con ello podemos estudiar las características de cada una de las consultas o, como es el caso que ahora nos ocupa, una o varias categorías en las distintas entrevistas o en el conjunto de ellas.

La variable central del estudio ha sido la categoría 3 de los contenidos: educación para la salud, que hemos definido como todos aquellos temas que tienen que ver con educación sanitaria en general, higiene, medidas de prevención (bien relacionada directamente con el paciente, con familiares, o de modo impersonal) y todos aquellos contenidos que se refieren a cuidados que, eventualmente, puede el paciente procurarse a sí mismo sin la imprescindible prescripción del médico.

Resultados

Hemos estudiado un registro total de 237,7 minutos (3 horas 58 minutos); de las que el 54,5 % (2 horas 9 minutos) corresponden a la consulta A y el 45,5 % a la consulta B (1 hora 50 minutos).

En estos períodos de tiempo de entrevistas hemos registrado 5.059 momentos de interacción (pares de categoría), 2.759 para la consulta A, y 2.350 para la consulta B. El tiempo medio de cada consulta fue de 5,9 minutos en A y 4,5 minutos en B.

La distribución relativa para las categorías de actividades y contenidos (tal como antes han sido definidas) se reflejan en las tablas 1 y 2.

En la tabla 1 puede apreciarse que el ítem 3 (educación para la salud)

* A los lectores interesados se les puede remitir un ejemplo completo (transcripción de la entrevista, momentos de interacción y matrices de la misma).

ocupa un lugar destacado entre los contenidos (de médico y paciente en conjunto).

Si estudiamos por separado la participación del médico y del paciente en educación para la salud (tabla 3) observamos una desigual implicación de uno y otro, especialmente en la consulta B, donde el médico dedica el triple que el paciente a la educación para la salud.

Las matrices de asociación nos proporcionan datos acerca de las actividades que se corresponden con la educación para la salud (tabla 4); puede notarse que este contenido coincide básicamente con los comentarios/instrucciones del médico —3— y con los comentarios/solicitudes del paciente —8—.

Finalmente, estudiamos en las matrices de contenidos los momentos de la interacción en los que uno de los interlocutores introducía temas de educación para la salud (lo que de algún modo indica quien toma la iniciativa del tema); los resultados se resumen en la tabla 5.

Discusión

El estudio tiene algunas limitaciones derivadas del propio método: a) tanto el médico como el paciente saben que la entrevista está siendo registrada por lo que quizá se modifique su comportamiento; b) no podemos presentar la muestra estudiada como representativa de las consultas, sin selección aleatoria de validez estadística y en fechas peculiares: antes y después del período vacacional de verano), aunque el tiempo medio de duración de la entrevista (5,9 minutos en A y 4,5 minutos en B) no difieren del tiempo medio de las consultas en la población habitualmente atendida; c) la definición hecha, con fines operativos, del ítem/categoría de educación para la salud introduce también un sesgo. En el sistema de categorías que hemos previsto para el protocolo OCA antes descrito, la categoría 3 (educación para la salud) es tomada en una aceptación bastante restringida; en la práctica, también se recogen aspectos relacionados con educación para la salud en el resto de las categorías. La entrevista suele ser muy ágil, se pasa de un tema a otro con suma facilidad; a menudo en una sola frase se hace referencia a varios contenidos³. A la hora de adjudicar una determinada categoría para cada momento de la entrevista se selecciona lo que en apariencia es más relevante o prioritario en el contexto de

TABLA 1. Distribución porcentual de contenidos

	Contenido									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S
Consulta A (%)	17,9	9,3	12,1	12,3	0,5	10,7	4,6	10,0	16,4	5,3
Consulta B (%)	15,2	8,1	8,5	15,6	0,2	18,1	4,4	9,9	10,5	8,1

1: problemas de salud; 2: medicación y tratamiento; 3: educación para la salud, higiene, prevención; 4: información-diagnóstico; 5: pronóstico; 6: aspectos burocráticos; 7: aspectos sociales; 8: aspectos generales; 9: aspectos psicológicos; S: silencio.

TABLA 2. Distribución porcentual de actividades

	Actividades								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Consulta A (%)	9,1	2,7	30,5	5,2	0,9	2,9	12,8	30,7	4,7
Consulta B (%)	8,2	1,9	35,3	6,1	3,4	1,6	9,4	26,1	4,2

1: el médico pregunta; 2: el médico responde; 3: el médico comenta o instruye; 4: el médico registra; 5: el médico explora; 6: el paciente pregunta; 7: el paciente responde; 8: el paciente comenta; 9: saludos/cortesía.

TABLA 3. Contenidos en educación para la salud versus resto categorías

	Médico	Paciente	Total Educación-Salud (%)
Consulta A	188/1.375 13,7 %	132/1.274 10,4 %	12,1
Consulta B	196/1.555 12,6 %	43/962 4,5 %	8,5
Total	384/2.930 13,1 %	175/2.236 7,8 %	

Las sumas totales no coinciden con el total de momentos de interacción por el solapamiento médico-paciente.

TABLA 4. Contenido en educación para la salud en las distintas actividades

	Médico		Paciente				% Educación-salud	
	Actividades							
	1	2	3	6	7	8		
Consulta A	18	23	147	8	23	101	12,1 %	
Consulta B	10	1	155	0	7	25	8,5 %	

1: pregunta el médico; 2: responde el médico; 3: comenta o instruye el médico; 6: pregunta el paciente; 7: responde el paciente; 8: comenta o solicita el paciente.

TABLA 5. La iniciativa en educación para la salud

	Médico	Paciente	Total
Consulta A	30	18	48
Consulta B	11	2	13
Total	41	20	61

Los resultados expresan el número de veces que el médico y el paciente introducen temas de educación para la salud en la entrevista clínica.

la conversación, aun a sabiendas de que en ello perdemos parte de información. Por esto, señalamos que, tomada en su acepción más amplia la educación para la salud, los resultados del estudio de las consultas podrían ser distintos (más amplia representación de la educación para la salud).

Además, la comunicación interpersonal es mucho más que el intercambio verbal mediante preguntas, respuestas, comentarios, etc.¹⁵⁻¹⁷; el flujo emocional, las connotaciones, el «contacto», la riqueza expresiva de la mirada, el gesto y la actitud escapan a nuestro método de observación; y como bien se sabe^{1,10,18-20}, la habilidad del médico para codificar y para descifrar los mensajes no verbales de afecto, su disposición para la comunicación, está en estrecha relación con la calidad de las prestaciones que es capaz de ofrecer a sus pacientes (usuarios). Valorando los resultados, señalamos los más importantes:

1. En ambas consultas el médico dedica una proporción similar de su discurso (13,7 % en A y 12,6 % en B) a la educación para la salud, pero no el paciente que interviene de modo sustancialmente más reducido en la consulta B (tabla 3). Por lo que se refiere al médico, la educación para la salud ocupa un lugar relevante en estas consultas si tenemos en cuenta los datos referidos a otras consultas^{21,22}. Respecto a la participación del paciente no disponemos de datos de referencia.

2. La menor participación del paciente parece que es una constante de todo el proceso de intervención analizada (el paciente sólo es más activo en la categoría de respuesta); esto se acentúa cuando consideramos la educación para la salud; el paciente pregunta menos, responde menos y hace menos comentarios que respecto a otros temas que surgen en la entrevista (tablas 2 y 4). También se manifiesta una menor iniciativa en el sentido de no proponer o no sacar a relucir temas de educación para la salud (tabla 5), lo que al igual que antes sucede con más notoriedad en la consulta B. En esta consulta, ningún paciente formula ninguna pregunta al respecto y participa muy escasamente en el intercambio de comentarios (el médico interviene con comentarios seis veces más que en el resto de los contenidos en que la proporción es de 1 a 4).

3. Quizá no sea casual el que precisamente en esa consulta (B) el contenido más relevante en el conjunto de entrevistas sea el que hace referencia a asuntos burocráticos, funcionamiento del sistema asistencial (categoría 6), lo que podría indicar que, en virtud de las características socioculturales de la población que demanda, se dedica una parte importante del tiempo de consulta a la información y trámites burocráticos.

Las diferencias entre una y otra consulta podrían deberse a diversos factores: variables sociodemográficas y de morbilidad; variables de nivel cultural; y variables relacionadas en la propia organización de la consulta: a) en el período de registro en la consulta A existía consulta de enfermería, no así en la consulta B (el que los pacientes de la consulta A se sientan más activos podría tener que ver con este hecho), y b) el tiempo dedicado a cada paciente, pues el factor tiempo de la entrevista ha sido detectado como un factor limitante respecto del abordaje de ciertos contenidos, entre ellos la educación para la salud (en estudios ingleses ésta sólo se detecta en consultas en torno a los diez minutos^{21,22}).

Son necesarios estudios más amplios que ayuden a confirmar los resultados expuestos, lo que hemos iniciado registrando más consultas de más médicos. La entrevista médico-paciente es clave en el proceso de la atención sanitaria¹⁵ y puede llenarse de contenido preventivo y de educación para la salud^{3,6-8} cuando entendamos claramente el intercambio y la negociación entre el profesional y el paciente.

Agradecimiento

Este trabajo ha sido posible gracias a las ayudas del FIS n° 87/1303 y 89/122.

Bibliografía

1. Friedman HS, Di Mateo MR. Health care as an interpersonal process. *J Social Issues* 1979; 35 (1): 1-1.
2. Mendez E, Abel F, Bacardí R, Sol J, Font J. El rol de la educación sanitaria en los servicios de atención a la salud. *Educ San Med Pre* 1983; 6: 8-19.
3. Gervas JJ, Usieto R, Pérez Fernández MM. Pensando en la prevención: mo-

mentos de educación para la salud en una consulta urbana de Medicina General. *Jornadas sobre Experiencias y Recursos de Educación Sanitaria en la Comunidad de Madrid*. Junio 1984.

4. Fowler G. Does health education in general practice work? *Health Educ* 1986; 45 (1): 50-60.
5. Turabián JL, Juanes JR. Educación sanitaria en la obesidad: evaluación de la eficacia de un programa. *Atención Primaria* 1989; 6: 640-645.
6. Brotons C. Actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria. *Atención Primaria* 1989; 6: 369-370.
7. Villalbí JR, Córdoba R. Ayudar a los pacientes a realizar cambios en su estilo de vida: problemas y perspectivas desde la atención primaria. *Atención Primaria* 1990; 7: 320-322.
8. Gray JAM, Fowler G. Fundamentos de medicina preventiva. Madrid, Díaz de Santos, 1990.
9. Modolo MA. Reflexiones para una acción concreta de educación sanitaria. UIMP. Santander, 1983.
10. OMS. Informes de los grupos sobre nuevas políticas de educación para la salud en Atención Primaria de Salud. Ginebra, mayo 1983.
11. Northouse PG, Northouse LL. Health Communication. Prentice Hall Englewood Cliffs. New Jersey. EE.UU., 1985.
12. Boulton MG, Williams AJ. Health education and prevention in general practice the views of G.P. trainees. *Health Educ* 1986; 45 (2): 79-83.
13. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris, Presse Universitaire de France, 1977.
14. Flanders NA. Análisis de la interacción didáctica. Madrid, Ed. Anaya, 1977.
15. Stoeckle JD. Encounters between patients and doctors. An anthology. Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 1987.
16. Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona, Ed. Doyma 1988.
17. Borrel F. Manual de la entrevista clínica. Barcelona, Ed. Doyma, 1989.
18. Gorlin R, Zucker HD. Physicians reactions to patients. A key to teaching Humanistic medicine. *N Engl J Med* 1983; 308: 1059-1063.
19. Friedman HS. Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *J Social Issues* 1979; 35 (1): 82-99.
20. Badenoch J. The role of communication in medical practice. *J R Soc Med* 1986; 79: 565-567.
21. Morrel DC, Evans ME, Roland MO. The «five minute» consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br Med J* 1986; 292: 870-875.
22. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay et al. The «five minute» consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986; 292: 874.