

PERCEPCIONES DE LOS MÉDICOS SOBRE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE. UN ESTUDIO CON MAPAS CONCEPTUALES

*José Ramón Loayssa Lara, Servicio Navarro de Salud & Fermín M. González García
Departamento de Psicología y Pedagogía. Universidad Pública de Navarra, España*

Abstract.- La relación médico – paciente es esencial para la atención sanitaria y ha sido profusamente investigada. Sin embargo los conocimientos que los médicos poseen sobre ella apenas han sido estudiados. Este trabajo estudia los conceptos y proposiciones que diez médicos de familia de Navarra, seleccionados por muestreo intencional, formulan cuando se les entrevista sobre las características deseables esenciales de la relación médico – paciente. Para su representación y organización se utilizaron mapas conceptuales. Los resultados indican que los entrevistados consideran la confianza y la ausencia de tensiones los requisitos esenciales y la actitud demandante del paciente y la falta de honestidad los principales obstáculos. Una concepción negociadora pero poco participativa esta también muy extendida. Las diferencias más llamativas se observan sobre todo en la distancia adecuada en la relación y en el abordaje de los problemas psicosociales. El conocimiento expresado es preferentemente de tipo “personal”, habiéndose mostrado los mapas conceptuales como un instrumento eficaz para su representación y análisis.

1 Introducción.

La relación médico – paciente es una dimensión esencial de la práctica médica que condiciona las tareas de la consulta y a salud del paciente. (Stewart et al, 1999; Blasi et al,2001; Muñoz Alamo et al., 2002). A pesar de la importancia de la comunicación en la consulta no parece que los principios de la comunicación efectiva sean llevados a la práctica por la mayoría de los médicos (Ruiz Moral et al., 2002). Por lo tanto parece procedente identificar las razones que entorpecen el proceso comunicativo y condicionan actitudes y conductas no apropiadas por parte del profesional. Son escasos los estudios que han tratado de identificar los condicionantes del la conducta del profesional. Los conceptos que los médicos poseen en esta área y como están estructurados han sido aun menos investigados (Loayssa y González , 2000). Este trabajo está dirigido a explorar el conocimiento de los médicos en el área de la relación médico-paciente (ver figura 1). Con este objetivo se recurre a mapas conceptuales que, entre otras aportaciones, se han demostrado como instrumentos eficaces para representar el conocimiento tanto formal como tácito que a menudo contienen la información decisiva que define a los expertos (Novak, 1998; Cañas et al., 2000).

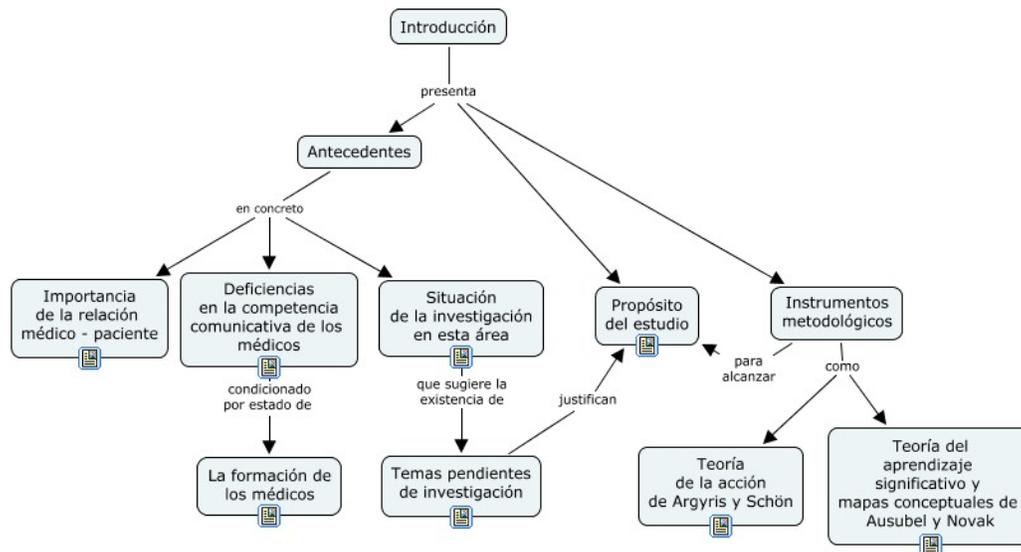


Figura 1. Mapa conceptual de la justificación del estudio.

2 Material y métodos

Se seleccionaron 10 médicos de familia (7 hombres y 3 mujeres) con una experiencia mínima de 10 años. Ese número se consideró suficiente, dado el carácter exploratorio del estudio, para conseguir la suficiente variabilidad.

Dos médicos más se mantuvieron en reserva. La muestra fue intencional buscando diferentes estilos de práctica. Se adoptó un enfoque cualitativo y la recogida de la información se hizo mediante una entrevista semiestructurada previamente pilotada. Se recurrió al modelo de entrevista de Pinies y col (1978) con un formato flexible. La entrevista combinaba preguntas generales y otras más concretas y muchas de las preguntas suponían redundar en el tema con vista a explorar la teoría del entrevistado de forma completa

El análisis de la entrevista, que habían sido grabadas y transcritas, se realizó mediante el análisis proposicional de conceptos y mapas conceptuales. El análisis mantuvo una orientación fundamentalmente descriptiva, reduciendo inicialmente las inferencias al mínimo. Solamente al final se identificaron las categorías que corresponden a conceptos y proposiciones similares y se compararon las teorías de los sujetos entre si y con la literatura. El análisis fue supervisado por un investigador que no participó en la recogida de datos.

3 Resultados y Discusión

Los análisis de las entrevistas dieron lugar a un numero de proposiciones que oscilaron entre 32 y 49 que se representaron mediante mapas conceptuales. En la figura 2 se muestra uno de los mapas conceptuales elaborados y en la tabla 1 algunas proposiciones de uno de los entrevistados.

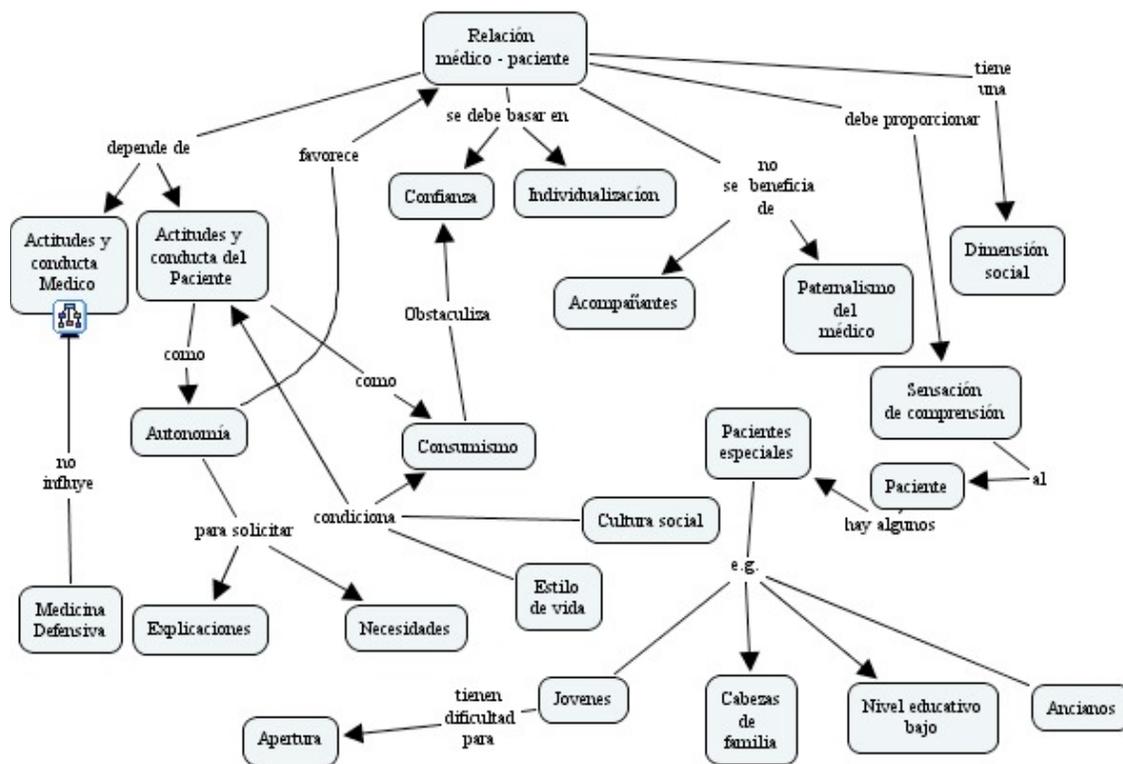


Figura 2. Mapa conceptual principal del entrevistado nº 1.

Tabla 1. Algunas proposiciones claves. Entrevistado nº 6.

- o Una buena relación médico – paciente viene definida por la existencia de confianza.
- o La confianza existe cuando el paciente está dispuesto a exponer sus problemas.
- o La actitud del médico de mostrar interés y garantizar la confidencialidad facilita la confianza necesaria para que el paciente exponga sus problemas,
- o El médico debe expresar interés y disposición a ayudar al paciente y eso requiere que transmita al paciente que le va a dedicar tiempo y atención y que se le va a respetar.
- o Esta actitud de interés y atención se debe adoptar, especialmente, con los que existe una mayor distancia inicial.
- o El médico debe asumir los problemas del paciente y ayudarle a resolverlos teniendo en cuenta las expectativas del paciente.
- o El médico debe intentar modificar las expectativas del paciente mediante la información.
- o Cuando el paciente no transmite la información sobre sus problemas, deteriora la confianza con el médico.

En los discursos encontramos una serie de ideas que son compartidas por todos los entrevistados. Una de ellas es la confianza y la ausencia de conflictos como definición de la relación apropiada con el paciente. Entre los determinantes de esa confianza se destaca la competencia técnica y la demostración de interés en el paciente. Otro requisito citado es la sinceridad y honestidad. La actitud “demandante” del paciente y su perspectiva del médico como un intermediario, que es una percepción que puede frustrar a los médicos (Edwards et al., 2002), se ve como un obstáculo a la confianza.

Otro elemento común en las entrevistas es la aceptación de la necesidad de negociar las demandas del paciente. En otros puntos, como la distancia en la relación médico paciente y el foco biomédico o biopsicosocial aparecen diferencias. Hay entrevistados que no consideran la dimensión psico-social parte del contenido de la consulta, posición frecuente entre los médicos (Adleman et al., 1991). Asimismo se plantean diferencias sobre la distancia en la relación.

Se admite la necesidad de educar al paciente, pero se mantiene cierto escepticismo sobre su efectividad y se defiende una estrategia fundamentalmente oportunista. La carencia de tiempo se considera un limitante importante para llevar adelante intervenciones educativas y para abordar los problemas psicosociales, permitir la participación de paciente o mantener una relación cercana. Hecho reconocido en la literatura (Morrison & Smith, 2000).

Las habilidades comunicativas del médico son poco citadas, siendo la escucha la más subrayada. En la tabla 2 se listan las habilidades comunicativas nombradas y el número de entrevistados que lo hace. En la tabla 3 se hace lo mismo con la cualidades humanas del médico que tampoco reciben suficiente atención en los discursos si tenemos en cuenta su importancia (Wensing et al, 1998).

Tabla 2.- Habilidades comunicativas citadas en las entrevistas

Habilidad comunicativa	Nº de entrevistas
Escucha	6
Empatía.	3
Identificación preocupaciones y expectativas	3
Comunicación no verbal	2
Autocontrol emocional	2
Facilitación	1
Saludo inicial	1
Silencio	1
Contacto visual	1
Contacto físico	1
Preguntas abiertas	1
Preguntas cerrada	1
Estructuración y Clarificación	1

Tabla 3.- Cualidades personales del médico citadas en las entrevistas.

Habilidad comunicativa	Numero de entrevistas
Honestidad	3
Cordialidad-afabilidad	2
Distancia Profesional	2
Actitud igualitaria	1
Coherencia	1
Carisma	1
Apertura a lo emocional	1
Dedicación	1
Interés	1
Asertividad	1
Capacidad de Comunicación	1
Cercanía emocional	1

En general se observa que las teorías declaradas de los entrevistados tienden a ser poco estructuradas desde el punto de vista conceptual, con escasos términos técnicos y compuestas sobre todo por observaciones extraídas de la experiencia. Sin embargo no existen incongruencias importantes en los discursos.

4 Conclusiones, utilidad y limitaciones.-

La dirección de la entrevista y la participación del paciente son áreas donde las opiniones de la mayoría de los médicos estudiados se encuentran lejos de las recomendaciones oficiales como ocurre en otros estudios (Barry et al., 2000). Tampoco la aceptación de un modelo bio-psico-social está extendida.

En esta área el conocimiento está definido en términos personales (Eraut, 1994) pero que es posible y útil utilizar mapas conceptuales para clarificar y contrastar el conocimiento personal aunque la comparación de diferentes mapas conceptuales es más difícil que cuanto éstos representan el conocimiento propositivo que por su propia naturaleza es más conceptual y toma como referencia el conocimiento de la materia definido por los expertos. Pero se puede afirmar que los mapas conceptuales pueden ser un medio para clarificar y explicitar el conocimiento personal que es un modo directo de analizar los significados de la propia experiencia.

Queda por determinar el papel del conocimiento no “explícito” de características tácita que los profesionales poseen. No obstante, la existencia de un conocimiento no “explícito” no implica desvirtuar el valor de los mapas conceptuales. Se ha señalado que la elaboración de mapas conceptuales puede ser un medio concreto para convertir en explícito muchos conocimientos de tipo tácito y implícito (Ford et al., 1996) y la necesidad de actividades específicas dirigidas a sistematizar el conocimiento implícito de los profesionales (Novak, 1998). La utilidad de mapas conceptuales para representar la estructura de los conocimientos “no científicos” no debe desdenarse.

5 Bibliografía.-

- Adleman, R., Greene, M., & Charon, R (1991). Issues in physician-elderly patient interaction. *Aging Soc* 11: 127-48.
- Barry C. A., Bradley C.P., Britten N, Stevenson F.A., Barber N (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*; 320: 1246 - 1250.
- Blasi Z., Harkness E., Ernst E., Georgiou A., Kleijnen J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*; 357:757-62.
- Cañas, A. J., Ford, K. M., Coffey, J., Reichherzer, T., Carff, R., Shamma, D., & Breedy, M. (2000). Herramientas para Construir y Compartir Modelos de Conocimiento basados en Mapas Conceptuales. *Revista de Informática Educativa*, 13(2), 145-158.
- Edwards, N., Kornacki M. J. Silversin J (2002). Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ*; 324: 835-838.
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer Press.
- Ford, D., Klag, M., Mead, L., & Cooper-Patrick, L. (1996). Evaluation of the Bayer Physician-patient communication program in a staff model HMO: The patient's perspective.
- Loayssa Lara J. R. y González García F. (2000). Estructura cognitiva de los médicos en formación sobre la relación médico - paciente. *Atención Primaria*; 28:158-166.
- Morrison I., Smith R. (2000). Hamster health care. *BMJ*; 321:1541-1542.
- McDonald P. S., O'Dowd, J. C. (1991). The heartsink patient: a preliminary study. *Fam Pract*;8:112-6.
- Muñoz Alamo M., Ruiz Moral R., Pérula de Torres, L. (2002). Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education and Counselling*; 48:23-31.
- Novak J. D (1998). *Conocimiento y aprendizaje. Los mapas conceptuales como herramientas facilitadoras para escuelas y empresas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pinies L, Novak J. D., Posner G, J., Vankirk J (1978). *The clinical interview: a method of evaluating cognitive structure*. Nueva York: CurriculumSeries. Research Report 6. Cornell University, 1978.
- Ruiz Moral R., Rodríguez Salvador J., Pérula de Torres L., Prados Castillejo J. (2002). Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria*; 29 : 132-141.
- Stewart M., Brown J., H B, Galajda J, Meredith L., Sangster M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999;3:25-30.
- Wensing M., Jung H., Mainz J., Olesen F., Grol R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Soc Sci Med*; 47:1573-88.