

LA ESCUCHA ACTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA



Tesis Doctoral

Manuel Batalla Sales

Dirigida por Dr. Rafael Ballester Arnal



Universitat Jaume I
Castellón. Junio 2014

A María José y María...

*Las dos personas más importantes en mi vida, y que siempre han estado a mi lado,
dándome todo su apoyo y cariño...*

La escucha activa en atención primaria.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer muy especialmente, a mi director de tesis el Dr. Rafael Ballester Arnal su ayuda, sin la que no hubiera sido posible la realización de la presente tesis, por su entusiasmo, capaz de aumentar la autoestima de cualquiera, y hacer que creamos posible, lo que solo nos parece un sueño, porque es una de las mejores y más optimistas personas que conozco, y porque de su mano también, he iniciado mi camino en la docencia universitaria, que para mí significa a la vez, un desafío y una gran satisfacción, culminando así mi camino de dedicación a los demás con la medicina, en la consulta y en la universidad, gracias Rafa.

También me gustaría agradecer a María José, mi esposa, sin duda la mejor Médico de Familia que nunca he visto, y con la que he compartido vida y profesión, siempre ha sido para mí, mi guía, mi compañera y mi amor.

A mi hija María, a horas de hoy, un sólido proyecto de médico, a punto de acabar sus estudios, con una capacidad intelectual y humana que seguro, superará a la de sus padres, a las dos, gracias por vuestro apoyo en este trabajo.

A mis compañeros, que participaron en la realización de este trabajo, y sin cuya desinteresada ayuda no hubiera sido posible, gracias: Beatriz, Belén, Carlos, Concha, Enric, Gema C, Gema M, Gloria, Juan Antonio, José María, Juan, Juanjo, María Dolores, María Jesús, Nieves, Paco y Susana. Os aprecio y os respeto a todos/as porque hay que ser muy valiente y muy humano, para prestarse a un experimento como este.

Finalmente, a todos los que de una manera u otra, habéis participado directa o indirectamente para que este proyecto fuera posible, muchas gracias porque todo es importante. A Javi por su ayuda en aspectos “técnicos”.

A la familia, especialmente a Amparo, y a Maruja, porque su casa, es mi casa.

A mi madre, hermano y hermana, porque sé que se sentirán orgullosos.

Muchas gracias a todos y perdonad si me dejo a alguien, porque no cabe en un trozo de papel tan pequeño, todo el cariño, que os quiero devolver en este momento.

La escucha activa en atención primaria.

Índice

PRESENTACIÓN..... 7

**PRIMERA PARTE
Marco teórico**

INTRODUCCIÓN..... 10

Capítulo 1

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD..... 19

1.1. Objetivos de la Atención Primaria..... 20
1.2. Características de la Atención Primaria..... 20
1.3. Prestaciones de Atención Primaria..... 21
1.4. Desarrollo y futuro de la Atención Primaria en España: Documento AP-21..... 22
1.5. La realidad actual de la Atención Primaria: Informe SESPAS 2012..... 26
1.6. Características conceptuales del Equipo de Atención Primaria. (E.A.P)..... 29
1.7. Funciones del E.A.P..... 30
1.8. Actividades del E.A.P..... 31

Capítulo 2

LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA ESCUCHA ACTIVA..... 35

2.1. Importancia de la relación médico-paciente en Atención Primaria..... 36
2.2. La escucha activa. Definición y concepto general..... 38
2.3. Elementos que facilitan la escucha activa..... 39
2.4. Elementos a evitar en la escucha activa..... 39
2.5. Habilidades para una buena escucha activa..... 39
 2.5.1 Comunicación NO verbal..... 40
 2.5.2 Comunicación Verbal..... 42
2.6. La satisfacción del usuario..... 45

SEGUNDA PARTE
Estudio Empírico

Capítulo 3

| | |
|---|-----------|
| OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPÓTESIS..... | 51 |
| 3.1. Objetivos..... | 52 |
| 3.2. Hipótesis..... | 52 |

Capítulo 4

| | |
|--|-----------|
| MÉTODO..... | 55 |
| 4.1. Participantes..... | 56 |
| 4.1.1. Profesionales Sanitarios..... | 56 |
| 4.1.2. Usuarios..... | 57 |
| 4.1.3. Características de los Centros donde se desarrolla el estudio..... | 59 |
| 4.2. Instrumentos de evaluación..... | 69 |
| 4.2.1. Registro en vídeo de las consultas de Atención Primaria como método válido de estudio..... | 69 |
| 4.2.2. La Encuesta de satisfacción del usuario..... | 70 |
| 4.2.3. El cuestionario CICAA como herramienta de valoración de la relación clínica en Atención Primaria..... | 70 |
| 4.3. Procedimiento..... | 81 |
| 4.4. Análisis Estadístico..... | 82 |
| 4.5. Aspectos éticos relacionados con la investigación..... | 84 |

Capítulo 5

| | |
|--|-----------|
| RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 87 |
| 5.1. Resultados sobre el uso en general de la escucha activa que hacen los profesionales..... | 88 |
| 5.2. Resultados sobre el uso de la escucha activa en cada uno de los supuestos que valora el cuestionario CICAA en particular..... | 89 |
| 5.3. Análisis diferenciales de los distintos ítems que componen el cuestionario CICAA en función de distintas variables sobre el profesional (sexo del médico y lugar de trabajo)..... | 96 |
| 5.4. Análisis diferenciales de los distintos ítems que componen el cuestionario en función de distintas variables de los pacientes (sexo del paciente, edad y nivel de estudios)..... | 100 |
| 5.5. Resultados de la encuesta de satisfacción del usuario en conjunto, y desglosada por cada una de las preguntas que componen la encuesta: variables explicativas..... | 104 |

Capítulo 6

| | |
|--------------------------------------|------------|
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 109 |
|--------------------------------------|------------|

Capítulo 7

| | |
|--------------------------|------------|
| BIBLIOGRAFÍA..... | 123 |
|--------------------------|------------|

PRESENTACIÓN

La entrevista clínica centrada en el paciente es un poderoso instrumento de diagnóstico, permite hacer diagnósticos por sí misma, con acierto, en un 75% de las ocasiones, además de tener gran valor en actividades preventivas y de educación para la salud. Uno de los instrumentos básicos, que utilizamos en entrevista clínica centrada en el paciente, es la escucha activa.

Saber escuchar no es solo oír el listado de cosas que nos trae el paciente para hoy, es permitir que pueda exponer su problema sin interrumpirle precozmente, es ser empáticos y ponernos "en la piel del paciente", facilitarle que exprese sus sentimientos, sus expectativas, sus esperanzas y cómo afecta la enfermedad a su vida. El contacto emocional facilita la comunicación. Permitir que el paciente participe en su proceso, que decida qué es lo que desea, le convierte en un paciente "preparado" que estará más satisfecho con su médico y experimentará un mejor control de sus dolencias. Por lo tanto para el ejercicio profesional de la medicina son necesarios no solo conocimientos técnicos y habilidades, sino también competencias relacionales y emocionales.

En esta tesis hemos intentado investigar estos aspectos relacionales, en concreto el uso que se hace de la escucha activa por parte de los profesionales de atención primaria. Para ello hemos entrado en las consultas, registrando en video 245 entrevistas clínicas reales que posteriormente hemos analizado mediante el cuestionario CICAA, validado en nuestro medio para el análisis de los aspectos relacionales que nos interesaban.

Hemos dividido esta tesis en dos grandes partes, que comprenden por un lado, el marco teórico, en el que se basa el estudio, y que comprende un primer capítulo que incluye la descripción detallada del nivel asistencial donde desarrollan su labor los médicos y los pacientes que fueron objeto de estudio, Atención Primaria de Salud y que comprende desde sus objetivos teóricos hasta sus funciones concretas pasando por su desarrollo su futuro y la situación actual en España, de la mano del informe SESPAS. En este marco teórico hemos desarrollado también en el capítulo 2, los conceptos que comprenden la relación médico paciente y en concreto la escucha activa, finalizando la parte dedicada al marco teórico prestando atención a una cuestión importante siempre que hablamos de relación médico-paciente y entrevista clínica centrada en el paciente: la satisfacción del usuario.

La segunda gran parte de nuestra tesis, es la que desarrolla el estudio empírico que hemos llevado a cabo, y donde hemos definido en el capítulo 3 los objetivos que pretendíamos conseguir con nuestro trabajo, describiendo los participantes en el estudio tanto profesionales como usuarios, y así como los centros de salud donde se llevó a cabo el estudio. En el capítulo 4 también hemos descrito los instrumentos de evaluación utilizados, las grabaciones en video, el cuestionario CICAA y la encuesta de satisfacción del usuario. Finalmente hemos hablado del procedimiento empleado para el estudio, y el análisis estadístico de los resultados, teniendo en cuenta las limitaciones que hemos encontrado y los aspectos éticos ligados al estudio. Tras exponer los resultados de la tesis en el capítulo 5, en el capítulo 6 hemos realizado una discusión detallada de los mismos y se han apuntado las conclusiones que se desprenden del estudio empírico.

Creemos, que hemos podido dar respuesta a los objetivos, y verificado las hipótesis que nos planteamos, al inicio de nuestro trabajo y que con este trabajo realizamos una aportación que puede ser útil para la mejora de la comunicación médico-paciente en nuestro entorno sanitario.

PRIMERA PARTE

Marco teórico

INTRODUCCIÓN

El conocer a los demás y poder acercarnos a su mundo nos exige escuchar, observar y comprender empáticamente. Dado que resulta raro que estas habilidades se den de forma espontánea, se precisa mucho “entrenamiento” además de paciencia y motivación para aprenderlas.

Las intuiciones que tenemos acerca de los demás son en realidad previsiones que construimos de forma artificial, a base de prejuicios. Abrirse a los demás es en cierta medida poner a prueba estos prejuicios.

Todos acabamos con una idea de cómo son las personas con las que establecemos una comunicación. A esto se le denomina tener una “teoría” del otro. Hay muchas formas de conocer a los demás. Desde el punto de vista de nuestro quehacer profesional, en la consulta de medicina de familia, podemos hablar de la existencia de una serie de postulados que nos pueden ayudar a reflexionar sobre cómo nos relacionamos con las personas. En primer lugar, es importante tener presente que casi siempre nos esforzamos más por conocer a quien nos interesa. Así pues, aquel que no se interese mínimamente por los que le rodean, nunca será un buen conocedor de las personas, y por consiguiente es muy raro que llegue ser un buen médico, a no ser que se dedique a una especialidad, en la que no tenga que tratar con pacientes.¹

En la vida diaria, se establecen varios tipos de relaciones. Siguiendo a Paul Ricoer, éstas podrían ser puramente “operativas” (como las que estableceríamos con un vendedor de una tienda de nuestro barrio) o ser una relación de dependencia (por ejemplo con nuestro jefe) o de comprensión (como sucedería con un amigo) y finalmente podríamos definir un tipo de relación especial, el encuentro con un semejante (es la que se establecería en la consulta con un paciente)¹

Este último tipo de relación es en principio el más extraño, puesto que no implicaría una situación de amistad, pero sí de respeto y además debemos tener una predisposición favorable hacia la persona con la que estamos tratando. Teniendo en cuenta que una buena definición de respeto podría ser, el dar a otra persona la misma importancia que nos damos a nosotros mismos, nos podemos dar cuenta de lo “especial” de este tipo de relación. Como veremos más adelante en el desarrollo de nuestro trabajo, una característica

importante en el conocimiento de los demás es el aspecto de la persona (la apariencia, la forma de hablar) pero también la proyección de nuestros sentimientos y fantasías.

La apariencia tiene su importancia, así como la edad y el sexo. Nos fijamos si es de nuestra generación, si tiene una forma u otra de vestir o modales parecidos a los nuestros. Se ha comprobado en algunos trabajos que a mayor semejanza con la otra persona, mayor empatía². Respecto al sexo, en la relación clínica sería importante evitar toda referencia a la otra persona que conlleve una valoración sexual o erótica. Otro aspecto importante como profesionales, expertos en comunicación, es la detección de los “repelentes de comunicación”³. Son determinados rasgos de las personas que nos incomodan, su olor, tanto el desagradable como determinados perfumes, el timbre de voz, muy grave o agudo, un tono de la voz excesivamente alto o bajo, el amaneramiento, los gestos muy exagerados o si se mueven mucho o muy poco, etc. Las prendas de vestir, o los adornos personales, sobre todo si son extravagantes, pueden provocar en nosotros un rechazo inconsciente que dificultaría al final la comunicación.

Por otra parte, cuando un paciente nos irrita es muy difícil ser empáticos con él. Curiosamente se puede dar el caso de que un paciente irrite a un profesional y no pase lo mismo con otro. Si somos capaces de darnos cuenta a priori de esta irritabilidad estamos en el camino de poderla contrarrestar, lo que será un paso importante en nuestra evolución hacia la madurez profesional.

Respecto a la “proyección”, ésta consiste en atribuir a otros, características que deseáramos que tuvieran. Podemos llegar a imaginar que en ocasiones estas proyecciones son ciertas y en muchos casos (la mayoría) no lo serán.

Tampoco debemos olvidar que el conocimiento de otras personas suele pasar por conocernos a nosotros mismos.

En ocasiones hacemos valoraciones de los demás mediante estereotipos. Un estereotipo, es una “etiqueta” que colocamos a una persona a partir de rasgos físicos, de su apariencia, conducta o rol social. Esta etiqueta hace que a priori la valoremos de forma positiva o negativa. Los estereotipos pueden ser formas rápidas de orientarse entre las personas, pero aparte de esta rapidez, presentan muchas desventajas. Ocultan el verdadero fondo del

ser humano, creemos que conocemos a la otra persona y que somos capaces de desvelar sus sentimientos cuando en realidad no es así.¹

¿Cómo podemos vencer esta tendencia a clasificar a los demás por etiquetas? Podemos dar una oportunidad a las personas para que se muestren como son. Debemos tener una visión ecuánime, ni todos son buenos, ni todos son malos. Así pues el primer estereotipo que deberíamos intentar derribar es el ver a las personas “simplemente como pacientes”. Todo paciente es una persona y como tal con una gran complejidad. Convertir un paciente en persona tiene mucha importancia si deseamos que nuestra práctica clínica esté centrada en la persona. Precisamente a este modelo de relación clínica dedicaremos más adelante unos comentarios.

Otro aspecto importante en el estudio de nuestra relación y conocimiento de los demás sería el impacto que tienen sobre nosotros y el recuerdo que guardamos de este impacto. A este recuerdo lo podríamos denominar la “tarjeta de visita”. Teniendo en cuenta que para las personas es complicado quedarse con un recuerdo excesivamente complejo de la realidad que vivimos, tendemos pues a hacer los recuerdos lo más simples posibles⁴, pero por desgracia esta visión simplificada en ocasiones falsea la realidad, hasta el punto de que si otorgamos demasiado valor a esta tarjeta simplificada, podemos establecer una relación clínica sobre una base inconsistente.

Al inicio de nuestra introducción decíamos que poder acercarnos al mundo de los demás nos exigía escuchar, observar y comprender empáticamente. “Escuchar” a una persona es un proceso activo, que exige concentración y otras muchas capacidades cognitivas. El resultado de una escucha depende no solo de lo que se pueda decir sino también de quién y cómo se escucha. La escucha de tipo profesional, requiere de una atención extraordinaria y normalmente se efectúa a dos niveles. En primer lugar podríamos hablar de la escucha social por la que valoramos y enjuicamos como cualquier otra persona. Y en segundo lugar, hablaríamos de la escucha semiológica. Esta segunda la realizamos en el plano experto/profesional, y mediante ella hemos de buscar detalles, en la forma o en el contenido, que nos sean útiles en la interpretación del problema o situación que nos plantea el paciente. La escucha semiológica podría plantearnos una serie de obstáculos, las denominadas “interferencias”. Podríamos encontrar multitud de

interferencias pero las agruparemos con fines académicos en cuatro tipos básicos: de alerta, de cansancio, pensamientos parásitos y emocionales.

Una interferencia de alerta sería cuando recordamos que teníamos que hacer algo que surge en nuestra mente durante la escucha.

Las interferencias por cansancio surgen de pensamientos inadecuados, tanto por cansancio, como por aburrimiento; debemos tener en cuenta que no somos máquinas y ante la fatiga es necesario descansar.

Los pensamientos parásitos serían una preocupación razonable, pero que en el momento de la entrevista puede actuar distrayéndonos y bajando nuestro nivel de concentración.

Pero seguramente el tipo de barrera más importante que afecta a nuestra escucha, sean las interferencias emocionales. Los estereotipos pueden poner en marcha emociones y creencias que podrían desembocar en errores clínicos de bulto.¹

Cuando nos referimos a la relación clínica, hemos de hablar del modelo relacional que consideramos más apropiado para conseguir los objetivos fundamentales en nuestro trato con los pacientes. A nuestro criterio, el mejor modelo para establecer una relación clínica de calidad, sería el denominado “Modelo centrado en el paciente”.

Es difícil saber quién fue el primero en establecer este modelo en Medicina. En el ámbito de la Psicología, Carl Rogers estableció a principios de los años 50 el modelo denominado “centrado en el cliente”, utilizado en terapia psicológica y donde se hablaba de la importancia de la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad. En medicina posiblemente G. Engel, al postular su “modelo biopsicosocial” en los años 70, puso las bases que más tarde permitirían establecerlo⁵. Con posterioridad se ocuparía de este modelo el Grupo de Rochester, liderado por Ronald Epstein⁶.

En los años 80 Ian McWhinney, en su “Textbook of Family Medicine”, definió ya seis componentes que definirían el modelo de relación centrado en la persona: comprender al individuo, explorar el origen de su dolencia, buscar acuerdos con el paciente, promover las actividades preventivas y de promoción de la salud, mejorar la relación médico-paciente y ser realista.

La escucha activa en atención primaria.

Los primeros estudios con instrumentos de medida dedicados a este fin fueron realizados por M. Stewart, en la universidad de Ontario en Canadá. En los años 80, (el primero en lengua española) J. Tizón, define un modelo similar al que llama “Centrado en el consultante”.

La práctica clínica centrada en el paciente tiene por objetivo diagnosticar, prevenir y tratar al paciente según los principios de la Medicina Basada en la Evidencia pero adaptándolos a la perspectiva vital del paciente para conseguir una mejor visión de su enfermedad y valorar así las posibles consecuencias que de ella se deriven, con lo que conseguiríamos mejorar su tratamiento.

Podremos identificar seis tareas clave que todo clínico que utilice este modelo relacional debería seguir⁶: Construir una relación de ayuda; Intercambiar información; Ser conscientes de nuestra respuesta a las emociones; Ser capaces de gestionar la incertidumbre; Procurar tomar decisiones de forma compartida; y procurar que el paciente sea capaz de autocuidarse.

Este modelo presenta pues importantes ventajas: los profesionales que trabajan más el interés y expectativa del paciente suelen obtener más satisfacción de éste⁷, mejoran los resultados en salud, tienen menos costes económicos y sufren menos demandas judiciales⁸. Por otra parte si el médico es capaz de averiguar exactamente qué es lo que realmente lleva al paciente a la consulta, el paciente siente mejor satisfechas sus expectativas y disminuye el número de consultas adicionales⁹ Si el paciente y su médico son capaces de llegar a acuerdos sobre lo que le pasa y el tratamiento a seguir, mejoran los resultados sobre su enfermedad¹⁰⁻¹¹

Si logramos averiguar las preocupaciones de nuestros pacientes, haremos que aflore con más facilidad la patología de tipo emocional y el estrés acumulado. Existen estudios que han relacionado el entrar en la esfera emocional del paciente con un ahorro considerable en la utilización de pruebas diagnósticas a pesar de que se alargara un poco el tiempo de las consultas.¹²⁻¹³

Los profesionales que fomentan más la participación de sus pacientes tienen por lo general pacientes más satisfechos y que incluso cambian menos de médico.¹⁴ Este tipo de estilo con promoción de la participación del paciente se ha llegado a relacionar con mejor control de enfermos crónicos, desde las

clásicas hipertensión o diabetes hasta el dolor crónico.¹⁵ Por otra parte, se sabe que un médico optimista puede obtener hasta un 25% más de satisfacción en el paciente que uno pesimista incluso dando el mismo tratamiento.¹⁶

Sin embargo este modelo también tiene problemas. En principio es difícil decidir si una entrevista es centrada en el paciente o no y por lo que se refiere a la práctica clínica diaria, podemos encontrar pacientes que rechacen simplemente su participación en la toma de decisiones. El modelo es bien aceptado por clases medias, urbanas y pacientes jóvenes, pero es peor aceptada en pacientes ancianos, y en otras clases sociales. En definitiva no todos los pacientes desean ser autónomos y los profesionales de la salud no deberíamos “imponer” dicha autonomía. Así pues podríamos llegar a la paradoja de que un modelo centrado en el paciente nos lleve incluso a tener que aceptar que el paciente conscientemente no quiera participar en el modelo⁷.

También se pueden plantear en ocasiones situaciones de “rechazo” del profesional hacia los pacientes “activos” que son aquellos que por un método u otro, tales como intervenciones promovidas desde estamentos sanitarios o por su propia iniciativa, buscando información, están muy predispuestos a un modelo relacional participativo y que dependiendo del estilo relacional al que esté acostumbrado el profesional puede llegar a incomodarlo. En estos casos, posiblemente se obtengan mejores resultados en salud, pero también puede empeorar la relación médico-paciente.¹⁷

A la hora de aplicar el modelo centrado en el paciente, podemos encontrarnos con el problema de saber si efectivamente lo estamos aplicando. Así Bartz¹⁸ llama la atención sobre profesionales que creían estar aplicando el modelo y en definitiva no lo estaban haciendo. Se ha puesto en ocasiones en tela de juicio la capacidad del propio profesional para juzgar el tipo de práctica profesional que está realizando¹⁹

Estamos de acuerdo en definitiva con la opinión de Borrell, cuando concluye que el profesional debe escuchar al paciente, tomar su perspectiva, sus expectativas y creencias, y en un segundo momento de la relación, madurar su propia opinión y criterio. Uno de las mayores prerrogativas del clínico es su independencia de criterio, discurrir lo que otros compañeros no han pensado y, por supuesto, pensar lo que el paciente no es capaz de pensar.

Para eso en definitiva, es el experto y por eso se acude a él. El clínico con experiencia y pericia deberá por consiguiente trabajar su independencia de criterio y por otro lado hacerla valer, siempre procurando el mínimo deterioro de la relación clínica.¹

En atención primaria se atiende muchos y muy variados motivos de consulta. En bastantes ocasiones se trata de dolencias menores, en otras por suerte las menos, encontraremos enfermedades graves, de difícil diagnóstico, porque se suelen ver en fases muy iniciales. En otras muchas ocasiones los pacientes consultan por trastornos que muy probablemente se asocien con factores psicológicos, tales como el miedo a la enfermedad, acontecimientos vitales estresantes, etc. En todos los casos las habilidades de comunicación afectiva, como la escucha activa, como ya hemos visto en las líneas anteriores, son imprescindibles para obtener del paciente datos de calidad que nos lleven a resolver su problema de la mejor forma posible. La escucha activa es necesaria para aprender más acerca del paciente y su sufrimiento. Además los propios pacientes parecen valorar mucho al médico que “sabe escuchar”. La escucha activa puede ser entendida como el paso necesario y primero hacia la atención médica centrada en el paciente, e imprescindible si se pretende desentrañar los motivos de su visita. Especialmente en ausencia de graves síntomas físicos, la escucha ayuda a comprender la experiencia del paciente sobre su enfermedad a través del reconocimiento y la exploración de las señales que nos ofrecen los pacientes. Ya Hipócrates ponía de relieve, la importancia de la relación médico-paciente cuando en el siglo IV AC afirmaba que: *“el paciente aunque consciente de que su estado es peligroso puede recuperar su salud simplemente a través de su satisfacción con la bondad del médico”*.²⁰

La escucha activa es una habilidad de la entrevista centrada en el paciente que abarca diferentes elementos. El acto de escuchar presupone que hay “algo que escuchar”, es decir, que el paciente tiene la oportunidad de hablar y expresarse. La escucha activa, pues, incorpora tanto componentes verbales como no verbales de facilitación de la conversación del paciente. El valor de la escucha activa, ha sido reconocido, casi de forma unánime, pero a pesar de ello podemos afirmar que no ha sido estudiada con suficiente profundidad.²¹

Por otra parte, en nuestros años de experiencia como tutor post-grado, colaborando con la unidad docente en la enseñanza de las técnicas de comunicación a los médicos residentes, realizamos un seminario donde entre otras muchas cosas, explicamos a nuestros residentes que en ocasiones, identificamos nuestra manera de entrevistar con la manera de ser de cada uno, por lo que se tiende a pensar que cada uno tiene un estilo comunicativo propio y que al estar ligado a la personalidad es imposible de cambiar. Se tiende a decir “qué quieres que le haga, yo soy así”. Por otra parte tampoco podemos caer en la negación de las emociones y sentimientos que envuelven las relaciones humanas y reducirlo todo a un mero aspecto técnico. No obstante ha de quedar claro, que la entrevista clínica y por ende la escucha activa se pueden aprender y enseñar, y que indistintamente de la personalidad de cada uno, se ha de ser capaz de llevar a cabo una comunicación eficaz, en la mayoría de los casos.²²

Hemos podido constatar, en los seminarios y en general a través de nuestro contacto con los especialistas en formación y con otros compañeros, que las técnicas de escucha activa son poco intuitivas y en ocasiones poco utilizadas. Pensamos de todos modos, de una forma un poco simplista, que es una habilidad que muchos acabarían adquiriendo a través de su práctica profesional, pero ¿es así? ¿Acaban los médicos con cierta experiencia practicando en beneficio de sus pacientes una buena escucha activa? ¿Deberíamos insistir en la formación continuada de esta materia para los residentes y los profesionales ya con años de ejercicio?, Como veremos más adelante y como se afirma en el consenso de Toronto sobre relación médico-paciente²³, sería muy conveniente que así fuera. Con esta tesis doctoral intentaremos aclarar algunas de las dudas planteadas sobre este aspecto tan importante de la relación médico-paciente, teniendo en cuenta que los errores en la comunicación pueden acarrear errores clínicos de consecuencias desastrosas para el paciente, además de generar insatisfacción en el paciente y frustración en el profesional. El tener y saber poner en juego unas buenas habilidades de comunicación es una necesidad para todo profesional que pretenda dotar de calidad su labor asistencial.

Los estudios llevados a cabo hasta ahora, donde se ha visto la importancia de la formación y los que se han realizado para evaluar aptitudes profesionales, suelen estar en su mayoría realizados con pacientes simulados, y no con enfermos reales.

La escucha activa en atención primaria.

Así pues el contar con una visión real de lo que pasa en las consultas de atención primaria en relación con aspectos comunicacionales, en el caso de esta tesis en concreto con la escucha activa del profesional, puede tener un importante valor a la hora de mejorar la atención que prestamos a nuestros pacientes.

Capítulo 1

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La escucha activa en atención primaria.

La Atención Primaria de Salud (en adelante APS), según la definición dada en la "Declaración de Alma-Ata", aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es:

*"... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."*²⁴

1.1. Objetivos de la Atención Primaria

Se considera que el objetivo de la APS es ofrecer servicios según las necesidades presentes en la población, y dar respuesta a estas necesidades en el marco de sus posibilidades a la mayoría de los problemas. Una APS resolutoria, debería dar respuesta a todo tipo de pacientes desde los más complejos hasta los que manifiestan quejas banales y cooperar con otros estamentos, tanto dentro como fuera de la sanidad.

1.2. Características de la Atención Primaria

Las características básicas de la atención primaria son: ser accesible, coordinada, integral y longitudinal.

Ser accesible significa ser capaz de dar la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizativas, económicas, culturales y emocionales.

La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios dentro de la APS.

Ser integral supone ser capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en APS alrededor del 90%).

Ser longitudinal implica ser capaz de hacer un seguimiento de los distintos problemas de un paciente por los mismos profesionales sanitarios, médico y enfermero/a.

1.3. Prestaciones de Atención Primaria

La APS representa el nivel básico e inicial de atención, garantiza la globalidad y continuidad a lo largo de toda la vida del paciente, actúa como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Integrará como veremos más tarde, actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Así pues, la atención primaria comprende:

- Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en consulta como en el domicilio.
- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- La atención a la salud bucodental.²⁵⁻²⁶

1.4. Desarrollo y futuro de la atención primaria en España: Documento AP-21

La APS ha sido desde su inicio, elemento básico en el del Sistema Nacional de Salud español y su reforma ha tenido una influencia muy positiva en la atención prestada a la población. Pasados más de 20 años desde la reforma de la APS hemos acumulado ya la experiencia y la información suficiente para poder valorar la aportación de esta reforma.

Desde la publicación del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, que definió y sentó las bases de la actual red de atención primaria, el modelo actual de APS se ha generalizado en todo el territorio nacional, en cada comunidad, con unas características propias pero manteniendo la uniformidad de la prestación sanitaria, en los equipos de atención primaria.

La creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha contribuido muy positivamente a aumentar el nivel de competencia de los profesionales que trabajan en el SNS (Sistema Nacional de Salud). La consecuencia ha sido un aumento en los resultados de salud y un aumento en la satisfacción de los ciudadanos con la APS. Así, el porcentaje de ciudadanos que consideran buena la atención sanitaria recibida en atención primaria era en 2004, del 84,75%, un 13,5% la percibían regular y solo un 2% la consideraron mala. En los últimos datos obtenidos en el barómetro sanitario, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, según la encuesta realizada por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) entre Febrero-October de 2011, los ciudadanos puntuaban con una media de 6,59 (desviación típica 1,94) su satisfacción con el funcionamiento de nuestro sistema sanitario, en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho).²⁷ Por otra parte la OMS sigue recomendando la potenciación de la APS. De todos modos, aunque los logros y avances obtenidos por la APS en los últimos tiempos en España, son muy importantes, se han detectado una serie de problemas que han de considerarse, en su conjunto, para poder mejorar. La APS actual ha de hacer frente a múltiples retos derivados de las características de nuestra sociedad. Pongamos como ejemplo el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos en sanidad, la multiculturalidad, el exceso de demanda en determinadas zonas, etc. Otro punto negativo detectado a través de las encuestas puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad es que a pesar de que la satisfacción con la APS va en aumento se inicia también un aumento de

la preferencia de los ciudadanos por las instituciones privadas. Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se impulsó la elaboración de estas “Estrategias para la atención primaria del siglo XXI (Proyecto AP21)”, que realiza una valoración global de la APS en nuestro país y se proponen los cambios necesarios para potenciar e impulsar la APS del futuro.

Resumimos aquí el documento AP21, reproduciendo literalmente sus 44 estrategias, pero teniendo en cuenta que el documento²⁸ es mucho más extenso, y que al señalarlo aquí solo pretendemos reflejar el esfuerzo y la necesidad del mantenimiento y reforma según unas líneas generales de un sistema sanitario público que tiene como pilar indiscutible la APS.

Estrategias de mejora de la calidad de los servicios orientadas al ciudadano:

- Potenciar la transformación de la atención primaria en agencia de salud de los ciudadanos.
- Promover la coordinación de los recursos para garantizar la continuidad y longitudinalidad de la atención sanitaria. Mediante una serie de líneas de actuación: potenciar el papel de la atención primaria como coordinadora de los recursos sanitarios y como reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema; desarrollar progresivamente en atención primaria las competencias y los recursos precisos para llevar adelante esta función de agencia; y mejorar el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios.
- Adecuar la dotación de recursos humanos y la gestión de la organización de las consultas, para una adecuada atención, garantizando la no existencia de listas de espera en atención primaria para asegurar un tiempo suficiente de consulta para la atención de los pacientes.
- Integrar las unidades administrativas en la estructura organizativa de los equipos de atención primaria y así potenciar la organización de las unidades administrativas con el objeto de mejorar los servicios al ciudadano.
- Impulsar una imagen de la atención primaria como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud de los

La escucha activa en atención primaria.

ciudadanos fortaleciendo la imagen de la atención primaria ante los ciudadanos.

- Impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la atención primaria para potenciar el papel de los usuarios en el sistema sanitario.
- Potenciar la autonomía de los ciudadanos y la capacidad de decidir sobre su salud facilitando al usuario la toma de decisiones sobre su salud
- Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria y así promover los autocuidados de calidad
- Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades en salud de la población.
- Potenciar las actividades de promoción de la salud y prevención.
- Potenciar la calidad de la atención en los equipos de atención primaria rurales.

Estrategias de mejora de la efectividad y la resolución:

- Hacer accesibles las pruebas diagnósticas disponibles en el área sanitaria a los facultativos de atención primaria y así mejorar la capacidad resolutoria de atención primaria
- Mejorar las tecnologías de la información en atención primaria y la efectividad de los procedimientos administrativos desarrollados por los profesionales de atención primaria
- Promover la efectividad en la atención a las patologías crónicas así como impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas y los intercambios de información sobre buenas prácticas para su generalización en el sistema sanitario e impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos
- Promover la evaluación y difusión de los resultados en salud.

Estrategias de mejora de la continuidad asistencial:

- Estimular cambios en las organizaciones de atención primaria y atención especializada que favorezcan la continuidad asistencial potenciar la comunicación y coordinación entre atención primaria, atención especializada y salud pública.
- Impulsar en atención primaria modelos resolutivos de atención continuada/ urgencias que generen confianza en los ciudadanos.
- Fomentar el desarrollo de actividades comunitarias desde atención primaria.
- Aumentar la implicación de los profesionales en la atención domiciliaria y en la atención a las personas con problemas de dependencia.

Estrategias de mejora de la participación y el desarrollo profesional:

- Favorecer la formación continuada y la actividad docente e investigadora en los equipos de atención primaria.
- Aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral.
- Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros.

Estrategias de mejora de la eficiencia, gestión y organización:

- Generalizar un modelo de calidad total que incida en todas las estructuras del sistema sanitario e impulsar la planificación sanitaria basada en las necesidades en salud, con la participación de los profesionales sanitarios y los ciudadanos.
- Impulsar los contratos / planes de gestión fundamentados en los planes de salud y en los objetivos de política sanitaria y potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de oferta de servicios establecida en la planificación sanitaria.
- Impulsar el liderazgo en la organización como una herramienta fundamental para una atención primaria de calidad y potenciar las estructuras de dirección de las áreas de salud. Así como impulsar los órganos de gobierno en las áreas de salud con representación de los profesionales y ciudadanos.

- Incrementar la descentralización de la gestión en los centros de salud para mejorar los resultados. Adaptando el modelo organizativo y funcional del equipo de atención primaria a las necesidades de salud de los ciudadanos y a la oferta de servicios, asegurando su gestión en el marco del sistema sanitario público.
- Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido entre médicos de familia, pediatras y enfermeras.

Estas son las valoraciones resumidas del proyecto AP-21; con ellas la APS, se desarrolla y potencia. Pero desde su promulgación han pasado los años, la situación económica actual ha cambiado, de forma radical, desde la crisis económica, fenómeno global, pero que afecta a nuestro país junto con otros, de forma especialmente violenta ¿Qué ha pasado con la atención primaria que pretendía potenciar el AP-21? El análisis de la situación se revela extremadamente complejo. Recurriremos para su comentario a un documento de máxima actualidad, y además uno de los más prestigiosos, sobre el estado actual de la APS. Se trata del Informe SESPAS. Elaborado en Marzo de 2012 por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Como se puede leer en la introducción del informe: *“Esta sociedad siempre ha estado atenta a lo acontecido en atención primaria, tanto en su desarrollo como en la potenciación de los campos de la prevención y la promoción de la salud, así como a su incidencia comunitaria. El prestigio técnico y la alta excelencia de los Informes SESPAS deben posibilitar una relectura de la situación del primer nivel de la asistencia sanitaria de España, y a la vez ser una buena estructura para comparaciones internas y también con los estados más próximos de nuestro entorno comunitario europeo”*²⁹

1.5. La realidad actual de la Atención Primaria: Informe SESPAS 2012

Como hemos comentado en el apartado anterior, el Ministerio de Sanidad, junto con el Consejo Interterritorial de Salud, aprobó el Marco Estratégico de las Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI (APXXI). Era en su momento un perfecto marco de referencia para lograr el desarrollo de la atención primaria, mediante la implementación de 44 estrategias básicas. Sin embargo, en los tiempos actuales marcados por la crisis económica y en los que parece claro que debemos tomar medidas para poder sostener el sistema

sanitario, deberían seguirse más que nunca las indicaciones de la OMS, que como ya vimos en el APXXI abogaban por una APS fuerte como garantía de equidad y eficiencia del sistema. Esperemos que los gobernantes actuales y futuros consideren este razonamiento.

No obstante, y seguimos el informe SESPAS 2012, parece ser que tenemos un buen sistema sanitario y, si pudiéramos elegir en qué país nos gustaría recibir atención, España estaría entre los diez primeros. Se deduce de la última entrega del Health Systems in Transition (HIT) Spain 2010,³⁰ que valoró el estado de salud de la población, la cobertura, la accesibilidad, la equidad financiera, los resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario, la calidad y la seguridad de la atención, la satisfacción de los usuarios y la legitimidad del sistema. Han contribuido a estos logros según se sigue señalando en el informe 1) la existencia de la función de filtro del médico de cabecera, que disminuye la iatrogenia del acceso directo, mejora el valor predictivo positivo del trabajo de los especialistas, previene la fascinación tecnológica, y ayuda a la sostenibilidad y la eficiencia del sistema sanitario; y 2) la presencia de la lista de pacientes (cupó) que conlleva la identificación de un médico y un centro de salud para el uso habitual, lo que favorece la longitudinalidad³¹. Esto hace que el sistema sea mejor utilizado, se identifiquen más correctamente los problemas de salud, y en definitiva exista una atención médica más apropiada a las necesidades reales de la población. Por ello, podríamos decir sin temor a equivocarnos que aquellos países más orientados a la APS presentan mejores grados de salud con menores costes³². Sería pues completamente lógico que el sistema girara en torno a la APS. Pero nada más lejos de la realidad. El Sistema Nacional de Salud esconde «la puerta de entrada». Nuestro primer nivel asistencial carece de la importancia que sería necesaria para dirigir el sistema como se recomendaba desde la OMS. Existe un malestar creciente entre los profesionales de la medicina, prácticamente generalizado, sin que importe el color político bajo el que trabajen. Cada día la carga de trabajo es mayor y la plantilla y las infraestructuras permanecen estáticas, existe pues un desfase que con el paso de los años se ha hecho crónico. Existen también tensiones con origen en cambios sociales, aumento de mujeres en la profesión médica, con la consiguiente exigencia de compatibilidad horaria, el aumento de la complejidad del sistema, y el aumento de las exigencias profesionales a todos los niveles. Las políticas de personal, los aspectos retributivos, los logros profesionales (carrera profesional) se han

visto en retroceso o van a un ritmo de crecimiento insignificante. Los presupuestos van en retroceso, y las expectativas de los profesionales que actualmente están en el sistema y los que aspiran a entrar en el son cada vez más pesimistas.

Por otra parte y si tenemos en cuenta a los pacientes, haría falta una formación específica para atender una sociedad multicultural como la nuestra. El conocimiento y la información han contribuido a empoderar a los pacientes y redefinir el contrato clásico con los profesionales de la salud. No es fácil ser médico, ni es fácil ser paciente. Hoy en día existe demasiada propaganda respecto al poder de la medicina, muchos pacientes no toleran la incertidumbre. Tenemos cada vez más pacientes tanto con patologías crónicas, como aquellos que consultan por problemas banales que en otras épocas ni se hubieran considerado problemas de salud, y que posiblemente se hubieran resuelto en el seno familiar o en ámbitos religiosos. Es necesario moderar el mal uso, (consumismo) de los servicios sanitarios y volver a recuperar el prestigio de la profesión médica. Es imprescindible esforzarnos en dar respuestas desmedicalizadas a las demandas no médicas. Y es evidente para todos que, a pesar de los más de 25 años transcurridos desde la formulación de las reformas en sanidad, el principal objetivo político de orientar el sistema sanitario hacia el nivel primario no se ha cumplido. Cada día es más necesario replantear los servicios sanitarios, desde los contratos, hasta el redefinir los roles de los profesionales que intervienen en el sistema. La adecuada relación entre niveles asistenciales, es uno de los aspectos con mayor dificultad entre los que intervienen en el funcionamiento del sistema sanitario, la integración exige un enorme esfuerzo por parte de todos los niveles. Actualmente una buena relación-coordinación es más la excepción que la regla, dentro del sistema.²⁷ Existe cada vez más presión sobre el sistema de la mano de la crisis económica, ya que la mayoría del presupuesto sanitario corre a cargo de los fondos públicos. Los gobiernos actuarán cada vez más de cerca para controlar el gasto y aumentar la “rentabilidad” del sistema. Esto son objetivos a corto plazo, pero si consideramos las tendencias a largo plazo, es posible que el incremento del gasto sea imparable de la mano del desarrollo tecnológico, las mayores expectativas de la población y el progresivo envejecimiento. A corto plazo, las decisiones del tipo “orden y control” podrían ser efectivas en la contención del gasto pero a largo plazo ser nefastas. Para poder mejorar a largo plazo será necesario realizar una inversión en el sistema, por lo que

muchos gobiernos se enfrentan al dilema de que las prioridades a largo y corto plazo son contrapuestas²⁷.

Dedeu et al³³ hacen una revisión del problema desde un prisma histórico e internacional y proponen claramente: “mantener y potenciar la independencia de la atención primaria, de su estructura de gestión y de la organización sanitaria hospitalaria, reducir las rigideces del sistema funcional, cambiar el sistema de contratación de servicios para provocar cambios de actuación de los profesionales clínicos y aplicar la potencialidad de las redes, tanto en la asistencia como en la gestión”.

La verdad es que nuestro primer nivel es todavía joven, y carecemos del bagaje de otros países con experiencia en la gestión de recursos. También es cierto que tenemos una cantera de profesionales altamente considerados y apreciados en muchos países. Faltaría pues el convencimiento real de la necesidad de una atención primaria fuerte, y que este concepto cale entre la clase dirigente, en la sociedad y entre los futuros profesionales, los estudiantes de medicina

1.6. Características Conceptuales del Equipo de Atención Primaria (E.A.P)

Como ya se hemos mencionado con anterioridad la Atención Primaria sería la encargada de integrar las acciones sanitarias sobre la comunidad y el individuo encaminadas a cuidar y mejorar la salud individual y colectiva. El equipo de atención primaria es el conjunto de personal sanitario y no sanitario que trabaja en la zona de salud y depende del servicio sanitario público. En el Equipo de Atención Primaria nuestra misión sería el contribuir a la mejora de la salud de la población ofertando servicios de promoción y prevención de la salud, curativo y de rehabilitación, procurando ofrecer siempre la máxima seguridad y confianza, prontitud y calidad. A ello, debemos unir un uso responsable de los recursos y un aumento de la satisfacción de los profesionales y de los pacientes. Por otra parte, en los equipos de APS pretendemos ser excelentes en la calidad con la que prestamos nuestros servicios tanto desde el punto de vista técnico como humano.

Queremos estar en permanente crecimiento profesional y técnico, además de que tanto los conocimientos, las aptitudes y las actitudes de las

La escucha activa en atención primaria.

personas, así como la capacidad tecnológica del Centro, sean las más adecuadas dada la evidencia científica disponible y que se vaya adaptando a los avances diarios.

Buscamos una máxima eficacia en la gestión de los recursos y de los procesos que permita una atención de máxima calidad a nuestra población e intentando lograr un alto grado de satisfacción de la sociedad a la que prestamos nuestros servicios.

Intentamos desarrollar las facetas investigadora y docente. Centrar nuestros esfuerzos en una orientación al paciente y sus necesidades tanto desde el punto de vista técnico como de información y trato, con amabilidad, honestidad, solidaridad y empatía. Desarrollar el respeto personal y profesional entre las personas que componen el Equipo de Atención Primaria. Pretendemos afianzar la profesionalidad, confianza, calidad y eficacia. Y trabajar en equipo por la consecución de objetivos comunes, cooperación, y compañerismo.

Finalmente se apuesta por la innovación con una actitud proactiva hacia el cambio abarcando aspectos como la formación continua, la gestión del conocimiento y el desarrollo tecnológico y con un alto sentido de pertenencia que facilite compartir el proyecto y objetivos del Centro de Salud implicándonos en su consecución.

1.7. Funciones del E.A.P.

Las principales funciones del E.A.P son:

- Realizar el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes con medios propios o complementándose con servicios de apoyo, con especialidades o con la hospitalización.
- Realizar los programas de seguimiento y cuidados de salud en enfermos crónicos, en enfermos con patología invalidante y programas de prevención secundaria.
- Desarrollar programas de atención personal y familiar al enfermo de

terminal.

- Vigilar la salud de grupos específicos (embarazadas, lactantes, ancianos, etc.) y realizar actividades dirigidas a la detección precoz de ciertas patologías.
- Educar a la comunidad en materia de salud.
- Proveer de servicios preventivos a la comunidad: planificación familiar, vacunación, educación sanitaria, cribados...
- Realizar la recogida de datos epidemiológicos, certificados médicos y exámenes de salud obligatorios, programar las tareas propias para su zona y evaluar sus actividades, así como todas las tareas administrativas que se derivan de la asistencia a cada persona.
- Participar en la formación de personal sanitario, en la actualización de conocimientos y en la investigación.
- En general, cuantas funciones sean precisas para el desarrollo de los planes de salud.

1.8. Actividades del E.A.P.

Las funciones descritas anteriormente se desarrollarán a través de las siguientes actividades: Atención directa, docencia e investigación, administración y otras.

Respecto a la **atención directa**, y aunque el EAP se pueda organizar de múltiples maneras, comentaremos aquí, que:

El EAP se puede estructurar formando la Unidad Básica Asistencial (UBA) o equipo funcional, compuesto por médico y enfermera que prestan atención a toda su población adscrita, siendo los referentes sanitarios de dicha población.

Se realizaran las consultas en el centro a demanda del usuario o programadas por los profesionales. También se harán como apoyo

La escucha activa en atención primaria.

diagnóstico, las extracciones de sangre, los electrocardiogramas, espirómetros, etc.

También se realizarán por el equipo las consultas urgentes tanto en el domicilio como en el centro de salud. Éstas por supuesto no tendrán necesidad de cita previa y se realizarán inmediatamente. Las visitas en el domicilio también son una modalidad de atención propia del EAP, tanto las espontáneas, como las programadas por los distintos profesionales que lo componen.

La atención directa a la población infantil se realizará mediante la consulta pediátrica; además se ofrecerán otros tipos de servicios como las vacunaciones infantiles, la detección precoz de metabopatías, la detección precoz de hipoacusia, displasia de cadera, estrabismo, criptorquidia, déficit de atención, la detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas, psíquicas, y con patologías crónicas, supervisión del desarrollo infantil, salud buco-dental, control y seguimiento del asma infantil, prevención y control de la obesidad infantil, promoción de la lactancia materna y educación para la salud en la escuela.

Respecto a la población adolescente se implementará el control de la conducta alimentaria, e imagen corporal, además de consejos sobre hábitos, que comportan riesgos para la salud: tabaco, alcohol, sustancias adictivas, prevención de accidentes, conductas saludables en relación a la sexualidad, para evitar embarazos no deseados e infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Otras prestaciones que podemos incluir en la atención directa a la población general serían:

Consulta de adultos. Vacunación contra la gripe. Vacunación contra el tétanos-difteria. Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo. Prevención, control y seguimiento de la hipertensión arterial. Prevención, control y seguimiento de la dislipemia / hiperlipemia. Prevención, control y seguimiento de la diabetes. Prevención, control y seguimiento de la obesidad. Prevención, control y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Prevención, control y seguimiento de personas VIH+. Prevención, control y seguimiento de tabaquismo, alcoholismo y otras drogodependencias. Atención

domiciliaria a pacientes inmovilizados. Necesidades, plan de cuidados médicos y de enfermería. Atención a pacientes terminales. Prevención y detección de problemas de salud en el anciano (frágil o de alto riesgo). Prevención y detección de problemas en salud mental. Prevención y control de la tuberculosis. Cirugía menor. Control de la anticoagulación oral. Educación sexual y planificación familiar. Conocimiento del estado vacunal de la rubeola. Prevención del cáncer de mama. Protocolización con especializada. Captación de la mujer embarazada en el primer trimestre de gestación y detección de los embarazos de riesgo. Seguimiento del embarazo normal, de manera protocolizada con atención especializada. Educación maternal: fomento lactancia materna, prevención de incontinencia urinaria y preparación al parto. Visita puerperal en el primer mes posparto para valoración salud de la mujer y del recién nacido.

Respecto a lo que hace referencia a **formación continuada y docencia** comentaremos que las actividades de formación continuada y docencia se adaptarán al contenido de la actividad profesional de los distintos miembros del equipo y su objetivo es la mejora de la competencia profesional para una mejor atención a la población y satisfacción profesional.

Serán registros básicos de uso obligatorio:

- Cita previa, Historia Clínica, Registro de morbilidad: enfermedades y factores de riesgo en historia electrónica mediante la codificación con CIE-9.³⁴⁻³⁵⁻³⁶

Finalizamos con un cuadro resumen de las principales actividades del EAP y los profesionales destinados a realizarlas (ver cuadro 1)

Cuadro 1. Principales actividades del EAP y profesionales encargados

| Área | Profesionales | Actividad |
|---|---|--|
| Recepción, Admisión e Información al Usuario | Auxiliar Administrativa y celador | Recepción, Información, Asignación de facultativo, Cita Previa. |
| Atención a Adultos y a Población Pediátrica | Médicos, Pediatra, Enfermeras y Auxiliar de Enfermería. | Atención directa |
| Trabajo Social | Trabajadora Social | Atención directa, Relaciones |
| Administrativa | Jefe de Zona Básica y Coordinación de enfermería, Auxiliar Administrativa, Celador | Gestión Administrativa, Archivo. |
| Área de Formación e Investigación | Todo el personal del EAP más médicos de familia, pediatras y otras especialidades en formación. | Sesiones clínicas, estudios de investigación, protocolización, evaluación. |
| Intervención Comunitaria | Todo el personal del EAP más médicos de familia, pediatras y otras especialidades en formación | Charlas, talleres, reuniones con Asociaciones, Asamblea Comunitaria |

Capítulo 2

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. LA ESCUCHA ACTIVA.

2.1. Importancia de la relación médico-paciente en atención primaria

Podríamos considerar la entrevista clínica, como la base de la comunicación en nuestro día a día como profesionales de la sanidad. Casi todas las actividades médicas implican algún grado de comunicación. Si hablamos de la actividad asistencial directa con pacientes, y sobre todo en el marco de la APS podríamos llegar a afirmar, que los resultados de nuestra atención medica pueden llegar a depender en gran medida del grado de comunicación entre el profesional y el paciente.³⁷ Visto de otra manera, la efectividad de la acción técnica del médico se ve condicionada por la relación humana que tiene lugar en la consulta. Por otra parte, parece ser, que nuestras entrevistas no son lo adecuadas que deberían ser a tenor de los datos que se desprenden del Informe del Consenso de Toronto ²³.

Esta declaración de consenso se centra en: ¿Cuál es la realidad actual sobre la comunicación médico-paciente? ¿Qué se puede hacer para mejorar esta comunicación? El médico debería ser capaz de abordar las principales preocupaciones del paciente sin interrumpirlo de forma precoz. Por supuesto, esto contribuiría a mejorar tanto la satisfacción del paciente como la eficacia de la consulta, pero ¿aumentaría mucho el tiempo necesario para las consulta? pues como todos sabemos en nuestro medio el tiempo por paciente es muy limitado. Pues bien, contrariamente a lo que podríamos pensar, según el informe de Toronto, mejorar la comunicación no requiere mucho tiempo.³⁸ Deberíamos también esforzarnos por conocer lo que piensa el paciente sobre su enfermedad e investigar sus sentimientos y expectativas.

La experiencia clínica es compatible con el aprendizaje de técnicas de escucha activa y empatía.³⁹ Además, las habilidades comunicativas no mejoran solo con la experiencia clínica.⁴⁰ El uso adecuado de preguntas abiertas y resúmenes, aclaraciones y negociaciones, condicionan positivamente la calidad y cantidad de la información obtenida en la consulta; por otra parte son prácticas claramente negativas, el uso inadecuado de demasiadas preguntas cerradas y la utilización prematura del consejo o el consuelo. Otras importantes habilidades incluyen dar explicaciones claras, la comprensión, y la negociación de un plan de tratamiento.

Siguiendo en el Consenso de Toronto, consideramos que es importante fomentar la adquisición de habilidades en comunicación clínica. Una forma de hacerlo sería mediante la utilización de grabación en video de las consultas o

en cintas de audio, para posteriormente ser analizadas. Las instituciones sanitarias, deberían facilitar la formación de sus profesionales en comunicación. Incluso, se recalca en el consenso que se deberían exigir pruebas de competencia en este tipo de habilidades.²³

Es lamentable que la mitad de las preocupaciones de los pacientes no sean detectadas en las consultas. Habitualmente en la consulta no se llega a descubrir más de la mitad de los problemas psicosociales; también en la mitad de las entrevistas, el paciente y el médico no están de acuerdo sobre lo que verdaderamente lleva al paciente a la consulta y, tal vez, lo más importante es que "no les dejamos describir sus problemas", interrumpiendo al paciente a los 18 segundos de exposición por término medio.³⁸

Cada vez es más frecuente que el paciente demande al médico, y se ha observado, que en muchas ocasiones, se debe más a una mala comunicación que a una mala praxis.

Por regla general, los pacientes no suelen estar en condiciones de poder valorar adecuadamente la calidad de los aspectos médicos. Sólo pueden valorar aquello que sí comprenden, y que llega a constituir su único nexo con su realidad cotidiana: el trato humano, la educación, la sonrisa, etc.

Sólo un tercio de los pacientes cumple adecuadamente el tratamiento que les propone su médico, a pesar de que cada vez hay fármacos más seguros y cómodos de tomar, las principales causas que se han argumentado para explicar este fenómeno, son la mala comunicación médico-paciente, por una mala utilización de las técnicas de comunicación.⁴¹

Que los pacientes confíen en su médico y que lo consideren con una capacidad técnica adecuada está en relación con el grado de apoyo emocional que han recibido de él. Esto reduce la ansiedad del paciente, aumenta su tolerancia a la incertidumbre y lo lleva a mejorar más rápidamente (incluyendo, por ejemplo, la recuperación del postoperatorio). Cuando los pacientes opinan que el médico es un buen comunicador quedan más satisfechos de la consulta. A la hora de considerar buena o mala una consulta, por parte del paciente se consideran más importantes los aspectos psicológicos (75%) que los puramente médicos (25%).⁴²

Todo esto nos lleva a reconocer que podemos y debemos hacer las cosas mejor, aunque hacemos las cosas bastante bien en general. De hecho muchos pacientes, la mayoría, están contentos con sus médicos y enfermeras.

Nos gustaría concluir tal y como concluye el Informe Toronto afirmando que hay datos suficientes para demostrar que los problemas en la comunicación médico-paciente son muy comunes y afectan negativamente a los pacientes. Se ha demostrado repetidamente que las habilidades clínicas necesarias para mejorar estos problemas pueden ser enseñadas y que los beneficios posteriores para la práctica médica son demostrables. Por tanto, existe una clara y urgente necesidad de la enseñanza de estas habilidades clínicas, y deberían ser incorporadas en los planes de estudios de medicina y en la formación de postgrado así como en cursos de formación continuada. ²³⁻⁴²

2.2. La escucha activa. Definición y concepto general

Saber escuchar, es el principio más importante y difícil de todo el proceso comunicativo. Hoy en día de forma general, existe una falta de comunicación y en gran medida se debe a que no sabemos escuchar a los demás. Estamos mucho más pendientes de lo que queremos decir, y es precisamente en esta necesidad perentoria de comunicarnos donde se pierde la esencia de la comunicación, es decir, poner en común, compartir con los demás. Se cree erróneamente que escuchar es un proceso automático. Definitivamente no es así. Para escuchar adecuadamente se requiere un esfuerzo más importante del que se hace al hablar o al escuchar sin interpretar lo que se escucha. Pero, ¿qué es realmente la escucha activa?

Escucha activa, significa, entrar en el punto de vista del que habla para comprender la comunicación. ¿Cuál es la diferencia entre oír y escuchar? Oír es percibir vibraciones de sonido. Escuchar es dar sentido a lo que se oye. La escucha que se manifiesta efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a los demás se necesita capacidad para ponerse el lugar de las otra personas, en resumen ser empáticos.

2.3. Elementos que facilitan la escucha activa.

Debemos tener una predisposición a nivel psicológico, y prepararnos para escuchar. Si estamos en otras cosas, si “desconectamos” no podremos nunca realizar una escucha activa del tipo al que nos estamos refiriendo. Además veremos que es importante fijarnos en el otro, e intentar llegar a desentrañar el fondo de lo que dice, sus posibles objetivos y los sentimientos que manifiesta mientras se comunica. Se trata de expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.).⁴³

2.4. Elementos a evitar en la escucha activa.

Al igual que en la escucha activa es importante incorporar ciertos aspectos, también conviene evitar algunos otros que señalamos en los siguientes puntos:

- La distracción es un poderoso enemigo de la escucha activa. Es fácil caer en ella puesto que la intensidad de la atención sigue una curva que va disminuyendo tal como el mensaje continúa, para volver a aumentar al final del mensaje. Es importante combatir esta dinámica esforzándonos a la mitad del mensaje.
- No interrumpir.
- No entrar en juicios de valor.
- No precipitarnos ofreciendo ayuda o soluciones prematuras.
- No quitar valor a lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada".
- No contar nuestros propios problemas, el otro necesita que lo escuchen, no escuchar tus preocupaciones. No contra argumentar. Por ejemplo: si el otro dice "me siento mal" no puedes decir "y yo también".⁴⁴

2.5. Habilidades para una buena escucha activa

En una buena proporción, el éxito o fracaso de terapéutico puede depender de cómo se hace la entrevista clínica. El aprendizaje de las

La escucha activa en atención primaria.

habilidades, actitudes y conocimientos para realizar de forma óptima la misma, debe ser revisado a la luz de lo que revelan diversas fuentes internacionales, como por ejemplo el Informe del Consenso de Toronto.

Hay que parar para escuchar, y en definitiva no hacer nada más que escuchar... Hay que escuchar por lo menos el doble que lo que hay que hablar (no en vano tenemos dos orejas y una boca) Escuchar por tanto es un proceso fisiológico y psicológico. Un profesional que sea un buen escuchador ayudará al paciente a: exponer su situación, a valorar, pensar e interpretar lo que ha dicho. Eso parece que es lo que hacemos siempre y además descubrir lo que no ha dicho (lo captamos a través de comunicación no verbal: tono de voz, timbre, brillo de ojos, signos de nerviosismo...)

La escucha activa ayuda a pensar y repensar al otro (uno a la vez que cuenta va pensando). Ofrece seguridad. Podríamos afirmar aquí que la mayor expectativa que tiene un paciente, es la de ser comprendido. Evita situaciones confusas, ayuda a aclarar las cosas, evita los malos entendidos. Reduce la ansiedad, los pacientes están mejor después de que han canalizado su problema. Estimula la confianza, en el profesional, y evita situaciones en las que prevalece solo uno. En definitiva ayuda a tomar decisiones⁴⁵

Estas habilidades son de dos tipos: no Verbales y Verbales

2.5.1. Comunicación NO verbal:

Se expresa básicamente de dos maneras:

- Comunicando actitudes y motivaciones interpersonales: Existiría una base biológica que no depende de nuestra voluntad, en las señales no verbales, que causaría una respuesta emotiva de gran intensidad.
- Apoyando la comunicación verbal: El tono, el ritmo, la intensidad serían básicos para que al escuchar podamos dar sentido a lo que oímos. Una gran parte del mensaje que transmitimos iría a través de gestos y tono de voz.

Los elementos que incluye son:

Apariencia Física.

Es importante que cuidemos la imagen que presentamos en la consulta. Un aspecto cuidado transmite al paciente seguridad y le hace pensar que por lo menos a priori se encuentra en buenas manos, por lo menos en las primeras visitas. No obstante la manera de vestir de cada médico es libre, y expresa rasgos de cómo es. No debemos, sin embargo, caer en el error de creer, que “porque somos así” eso no va a influir en la idea que nuestros pacientes se formen de nosotros. La imagen convencional del médico de camisa y corbata, convive en estos tiempos con el estilo más informal de los médicos más jóvenes que se van incorporando, sin que ello suponga un inconveniente serio en las consultas. No obstante cualquier estilo debe ir acompañado de la adecuada higiene, de nada sirve una camisa de una marca prestigiosa si está arrugada o sucia, o con evidente olor a sudor. Es cada día más frecuente el uso de *piercings*, pulseras, colgantes, etc. entre los médicos jóvenes pero, si se cuida una adecuada discreción no suelen causar rechazo entre los pacientes

La Proxémica.

Hace referencia a la distancia, que queremos dar a la relación, mediante elementos de la consulta, que actuarían facilitando o no la proximidad del paciente, sillas, mesas, altura de las sillas...en función de los cuales se establecería mayor o menor proximidad. En un estudio realizado por Gorawara-Bath⁸² se compararon dos colocaciones de la consulta diferentes. La mesa separa al paciente y al médico, con una distancia interpersonal adecuada y a la misma altura, y en otra consulta básicamente lo mismo pero sin mesa. La ausencia de la mesa generaba mayor contacto visual y mayor contacto físico. Recientemente con la incorporación de los ordenadores a las consultas, se ha estudiado su influencia en la relación médico-paciente. La presencia del ordenador interfiere en el contacto visual-facial, en la adecuada postura y en definitiva a la comunicación no verbal y verbal con el paciente. Los profesionales que hacen pequeñas paradas en la utilización del ordenador tienen mejor comunicación no verbal con el paciente que los que siguen hablando sin apartar su vista de la pantalla⁴⁶

La Posición Corporal.

Durante nuestras entrevistas, debemos intentar mantener una posición corporal adecuada, y evitar los movimientos muy seguidos o abruptos. Este tipo de movimientos, violentos, o poco controlados, denotan falta de control por

parte del médico. Indudablemente serán captados por el paciente que puede contagiarse de esta intranquilidad y hacer fracasar una buena relación con el médico. Todo lo contrario, el dominio de los movimientos en la consulta dará imagen de responsabilidad y generara más confianza. Una revisión sistemática fue realizada por Beck⁴⁷, quien estudió varios aspectos percibidos por los pacientes, que fueron clasificados como favorables y como desfavorables.

- Favorables: movimientos con la cabeza mientras escuchan, la postura hacia delante en el sillón, una orientación corporal directa hacia el paciente, no cruzar los brazos o las piernas, posición simétrica de los brazos y no excederse en la mirada fija mutuamente.⁴⁸⁻⁴⁹
- Desfavorables: orientación corporal de 45-90° respecto al paciente, orientación indirecta del cuerpo, cuerpo echado hacia atrás, brazos cruzados, dar pequeños golpes en la mesa y tocarse distintas partes del cuerpo (nariz, orejas, pelo, barbilla...)

Sería pues muy conveniente una posición que denote tranquilidad, sin movimientos bruscos, no echarnos hacia atrás en el sillón, ni estar sentados al borde de la silla, ni estar mirando continuamente el reloj.⁵⁰⁻⁵¹

Gestos y Expresión Facial.

Insistiremos repetidas veces en este trabajo en señalar que el contacto visual-facial es la mejor manera de potenciar lo que queremos. Tampoco es conveniente que éste sea continuo. Aproximadamente podría durar las dos terceras partes de la entrevista, desviando fugazmente la mirada en ocasiones, y dirigir nuestra mirada al triángulo nariz, cejas, sobre todo.

Un estudio realizado por Barreau⁵² puso de manifiesto que los pacientes buscan activamente nuestras expresiones faciales, aunque sean mínimas, cuando están esperando un diagnóstico.

Como conclusión, diremos que: "El adecuado uso de la mirada y la sonrisa se asocia con los buenos comunicadores. Mantener la mirada y una distancia cercana se ha asociado con una mayor efectividad y satisfacción en la relación médico-paciente"⁵³

2.5.2. Comunicación Verbal

Dos cuestiones importantes entre las habilidades de comunicación verbal son la reactividad, que podríamos definir como el tiempo que tarda el

profesional en dar respuesta al interlocutor, desde que deja de hablar éste. Una alta reactividad, es decir, el tardar muy poco tiempo en replicar al paciente se asocia a un modo de entrevista más directiva y menos centrada en el paciente. El manejo adecuado del silencio es de gran utilidad en la entrevista centrada en el paciente y la sintonía o sincronía, es decir sonreír si el paciente relata algo divertido y si el relato le produce tristeza, permanecer serios.

Entre las condiciones personales para una buena escucha activa, haría falta tener una serie de cualidades. Entre ellas podemos destacar: tolerancia, autenticidad (uno puede disimular, pero tenemos que intentar ser lo que en realidad somos), calidez y comprensión empática.¹

Continuamos hablando de los factores que condicionan la calidad de la escucha activa. Existen algunos, tanto de tipo personal como ambiental que la dificultan en las consultas:

- Factores Personales como defectos físicos en la audición, alteraciones emocionales por parte del entrevistador, alteraciones neurológicas o de memoria, dificultades de tipo psicológico que impidan o dificulten el contacto social, timidez excesiva etc.
- Factores Ambientales como ruidos, teléfonos, personas que entran, salen o pasan por la sala. Deberíamos procurar estar sentados, para hacer una buena escucha activa. Buscar el momento adecuado y cuidar el entorno.

En definitiva, como ya se comentó con anterioridad, algunas actitudes o comportamientos que ponemos en práctica dificultan la escucha activa:

- Interrumpir, sobre todo de forma precoz, y si no está justificado.
- Escuchar sólo la comunicación verbal. Como hemos visto antes la comunicación tiene un componente no verbal esencial
- Dar por supuesto lo que van a decir, en definitiva, presuponer.
- Cambiar de tema bruscamente. Si se hace esto, sin cerrar el tema anterior, quedará demasiado en el aire, dando la sensación de que queda algo por decir, preguntar etc. Aunque estemos seguros de que para nosotros ya está cerrado

La escucha activa en atención primaria.

- Atender sólo datos objetivos. Las opiniones y los datos subjetivos, deben ser también interpretados: en ocasiones se extrae tanta información de un dato subjetivo como de uno objetivo.
- Evitar cuestiones difíciles: en ocasiones evitamos estas cuestiones porque no sabemos cómo manejarlas, pero a la larga volverán a aparecer. Siempre es mejor dejar estas cuestiones abiertas y pensar cómo manejarlas.
- Fingir atención (fingir que se está escuchando, pero en realidad no escuchar) es además poco ético.
- Llegar a conclusiones con poca información, por prisa, desconocimiento, u otros motivos. Podemos adelantar conclusiones que difícilmente se desprenden de los datos que poseemos, debemos intentar saber cuándo hemos llegado a recabar la suficiente información.

Por otra parte existen técnicas que favorecen la elaboración de ideas y facilitan la escucha activa. Entre ellas encontramos:

- Frases de Repetición: Repitiendo una palabra o una frase que acaba de decir el paciente, conseguimos centrar o dirigir la atención de la entrevista hacia un determinado contenido. Para utilizar esta técnica hemos de cuidar los detalles, cuidar el tono de voz (voz suave), ser empáticos, no utilizar el recurso demasiadas veces seguidas.
- Clarificación: Nos referimos a gestos de extrañeza, o expresiones que denoten curiosidad sobre lo que está diciendo el paciente y que le obligan a explicar o clarificar sus ideas. Por ejemplo, poner cara de extrañeza, o preguntar directamente, ¿Qué ha querido decir?
- Silencio Funcional: Es esencial para dejar que el paciente medite lo que nos está contando, el paciente pensara lo que nos quiere decir, también en ocasiones, obligara en cierta medida al paciente a seguir hablando. Los silencios funcionales deben ser adecuados, no deben ser ni demasiado largos ni demasiado cortos. Esta herramienta es expresión de tolerancia y respeto por el otro.

- Información Específica: Buscamos, datos concretos que consideramos que son esenciales para resolver la consulta de nuestro paciente, de esta manera se focaliza toda la atención sobre lo que nos interesa. Para ello podemos utilizar en la entrevista:
 - ✓ Pregunta Abierta: Obliga a responder con una frase, no contiene sugerencias, (¿cómo era el dolor?), con los datos obtenidos iremos focalizando cada vez más.
 - ✓ Pregunta Cerrada: Es aquella pregunta que se puede responder con un monosílabo (sí, no) (¿toma esta pastilla?)
 - ✓ Menú de Sugerencias: Podemos hacer una pregunta que encierra en su formulación un mínimo de 2 o 3 sugerencias. (¿El dolor es punzante, como un mordisco o como si le apretara?)
 - ✓ Actualización de Problemas Anteriores. Significa repasar con el estado de los problemas anteriores. Se utiliza mucho en Atención Primaria. Los pacientes hacen las visitas con un motivo determinado, pero antes de que venga el paciente tengo que estudiar su historia anterior y así veremos si tenemos temas pasados: HTA, Diabetes, análisis pendientes...⁵⁴

2.6. La satisfacción del usuario.

En las sociedades occidentales es ya una práctica casi universalmente extendida evaluar la calidad que se presta en los servicios, tanto privados como públicos.⁵⁵

Desde siempre la calidad de la relación médico paciente, se ha considerado como uno de los elementos que ha tenido influencia en el resultado de la buena o mala atención sanitaria. En los últimos años hemos visto cómo el resultado de la asistencia se mide en términos de efectividad, eficiencia, y percepción por el paciente de su sensación de bienestar físico y mental, y en definitiva por su satisfacción con el resultado alcanzado.⁵⁶

La afirmación de que la satisfacción del paciente es ante todo “una medida de resultados de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente” fue introducida por Koos⁵⁷ y Donabedian⁵⁸

La mayoría de las publicaciones se centran en valoraciones de carácter general, y sobre todo en la valoración de aspectos marginales de la asistencia tales como la hostelería, trato en admisión, etc., siendo menos frecuentes los estudios que miden los resultados en salud alcanzados.

Pero ¿Qué entendemos por “satisfacción del paciente”? Una condición deseable e importante en la actuación médica. El concepto puede ser compartido por todos, pero en muchas ocasiones no existe acuerdo en su significado, ni en su significado teórico, ni en el significado a nivel práctico.⁵⁹

En principio se identificó con la calidad y cantidad de información que el paciente recibía del médico, pero posteriormente se propusieron distintas dimensiones de este concepto de satisfacción. Así pues, podemos afirmar que la satisfacción responde a un concepto multidimensional, cuyos componentes varían en función del tipo de prestación del que se trate, donde la diferencia entre las expectativas y las percepciones son el elemento clave⁶⁰

¿Qué influye en la satisfacción del paciente? Clásicamente se ha considerado la comunicación con el paciente como un elemento decisivo en la satisfacción⁶¹ pero en realidad estas diferencias en la satisfacción, se pueden atribuir en definitiva a varios aspectos. En primer lugar a las características individuales de los pacientes, y a sus diferentes actitudes en relación con el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y a diferencias entre los profesionales que proveen dichos servicios. En este sentido se ha llegado a sugerir que más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción tiene que ver con factores propios del paciente y solo el 10% restante dependerá del médico.⁶²

Así pues, como hemos comentado, la satisfacción es un elemento multifactorial, que depende en gran medida de las características del paciente. En los trabajos donde se ha intentado relacionar la satisfacción con la edad, el nivel educativo, el nivel económico, se han obtenido resultados contradictorios, si bien hay una tendencia a mayor satisfacción en pacientes mayores y con nivel económico medio/alto.⁶³

Por otra parte, si tenemos en cuenta el sexo del paciente no hay una tendencia a que se valore de forma más positiva por los usuarios la atención prestada a las mujeres, y sí se valoran mejor los aspectos que hacen referencia a las buenas condiciones de “hostelería” en los centros sanitarios. Si hablamos de los profesionales, la confianza que inspira el médico al paciente es un buen indicador del grado de satisfacción. La forma de llevar la consulta por parte del médico es una de las variables más importantes relacionadas con la satisfacción del usuario: las consultas en las que se le da al paciente la oportunidad de expresarse, de preguntar y en las que se le da suficiente información y en las que los pacientes se sienten cómodos para preguntar al médico incluso interrumpiéndole cuando explica algo si no lo entienden se relacionan con un nivel de satisfacción más alto.⁶⁴

La escucha activa en atención primaria.

SEGUNDA PARTE

Estudio empírico

La escucha activa en atención primaria.

Capítulo 3

OBJETIVOS DEL ESTUDIO E HIPÓTESIS.

3.1. Objetivos

El objetivo principal de la presente tesis es valorar la utilización de la escucha activa en consultas de Atención Primaria.

Este objetivo principal se divide a su vez en una serie de objetivos específicos como son:

- 1- Analizar la escucha activa de profesionales de Medicina de Familia estratificando los resultados según algunas variables relacionadas con el profesional como su sexo y las características del centro de trabajo en que trabaja.
- 2- Analizar la escucha activa de profesionales de Medicina de Familia estratificando los resultados según algunas variables relacionadas con el paciente como su edad, sexo y nivel de estudios
- 3- Relacionar el grado de utilización de la escucha activa medida mediante el cuestionario CICAA con la satisfacción del usuario.

3.2. Hipótesis

En cuanto al objetivo central de esta tesis, nuestra hipótesis nula es que no se puede afirmar que los médicos de Atención Primaria hagan una escucha activa adecuada en sus consultas según el instrumento CICAA. La Hipótesis alternativa, por el contrario, es que los médicos de Atención Primaria hacen una escucha activa adecuada medida según el instrumento CICAA.

Por lo que respecta a los objetivos específicos, nuestras hipótesis son las siguientes:

Objetivo específico 1:

-Hipótesis Nula: No se pueden hallar diferencias en la escucha activa en función del sexo de los profesionales y las características del lugar de trabajo.

Hipótesis alternativa: Existen diferencias entre la escucha activa que realizan los médicos de atención primaria en función de su sexo y las características del

lugar de trabajo. La escucha activa será más utilizada por los médicos mujeres y que trabajan en un entorno rural.

Objetivo específico 2

-Hipótesis Nula: No se pueden hallar diferencias entre la escucha activa en función de la edad y el sexo del paciente

Hipótesis alternativa: Existen diferencias en la escucha activa relacionadas con la edad y el sexo del paciente

Objetivo específico 3

-Hipótesis Nula: No existe relación entre el grado de utilización de la escucha activa en las consultas de atención primaria y la satisfacción del paciente con el profesional

Hipótesis alternativa: Existe una relación positiva entre el grado de utilización de la escucha activa y la satisfacción del paciente, de manera que a mayor uso de la escucha, mayor será la satisfacción de los usuarios.

La escucha activa en atención primaria.

Capítulo 4

MÉTODO

4.1. Participantes

En el epígrafe de “Participantes” trataremos en primer lugar, los profesionales sanitarios que participaron en el estudio; en segundo lugar, los usuarios que fueron evaluados; y en tercer lugar, los centros de salud en los que se recogieron los datos.

4.1.1. Profesionales sanitarios

Los profesionales que aceptaron participar en el estudio, lo hicieron de forma totalmente voluntaria y sin ningún tipo de compensación. Se procuró en todo momento que el profesional se sintiera cómodo durante el estudio.

Para el reclutamiento de los profesionales participantes se establecieron unos *criterios de inclusión* que fueron:

- Médicos de Atención Primaria, independientemente del centro de trabajo, aunque sería recomendable que estuvieran representados centros urbanos y rurales
- Con más de 5 años de experiencia profesional
- Que aceptaran participar de forma voluntaria y sin remuneración

La selección de los médicos participantes se realizó eligiendo en principio un pequeño grupo de profesionales conocidos por el investigador, y se les pidió que ellos mismos, de la forma que quisieran, contactaran con otros compañeros, en su centro o en otros conocidos. Las únicas condiciones que pusimos a nuestros “reclutadores voluntarios” fueron las que habíamos pensado como criterios de inclusión. Se consiguió así que partiendo de un núcleo de 5 compañeros se completara el número de participantes al total. En principio, para llevar a cabo la investigación, necesitábamos contar con un número cuanto más elevado mejor de encuentros clínicos para analizar, aumentando así la validez del estudio pero sin representar un número tan elevado que fuera materialmente inasumible. Por otra parte, no hemos encontrado trabajos similares con los que poder comparar el nuestro y así determinar el tamaño de la muestra. En un trabajo realizado en nuestro medio, donde se utilizó una metodología de videograbación similar, de profesionales de atención primaria y que tenía como objetivo final validar un instrumento de

medida (escala GATHA) para la medición de la relación clínica, se videograbaron 23 profesionales de atención primaria. Tras las pérdidas por motivos técnicos y la exclusión de las 2-3 primeras consultas para minimizar el posible sesgo del observador quedaron en total 230 entrevistas⁶⁵ En nuestro caso, nos encontramos pues con que había que pensar en un número, de contactos clínicos suficientes a analizar y en virtud de ello el número necesario de médicos con los que obtener esos contactos clínicos. Podríamos jugar así con el número de profesionales y el número de consultas a registrar de cada uno; con menos profesionales, más consultas a registrar, y con más profesionales menos consultas de cada uno, con el límite del número de consultas al día, y procurando que fuera un número elevado de consultas grabadas en cada sesión, para que el médico se acostumbrara a la cámara y actuara con mayor naturalidad⁶⁶, sin ser tan numeroso como para provocar cansancio en nuestros compañeros.

Dado que un profesional de Atención Primaria suele atender diariamente de media unas 30-40 consultas, pensamos que un número apropiado de pacientes a grabar sería de 15 por profesional. Así pues el objetivo inicial fue un tamaño de muestra de alrededor de 200-250 contactos clínicos a evaluar.

El número total de profesionales que aceptaron participar mediante el método de selección explicado fue de 17 con lo que al final se han podido registrar en video un total de 255 entrevistas, cumpliendo así sobradamente el objetivo fijado para nuestro estudio.

De los profesionales, 7 eran hombres y 10 mujeres, con lo que el factor "sexo del profesional" queda suficientemente balanceado. La media de edad de los médicos participantes fue de 52.4 años (DT=7,95). Para el grupo de mujeres, la media de edad fue de 49,1 años (DT= 8,72) y para el grupo de los hombres fue de 57,1 años (DT= 3,18).

4.1.2. Usuarios

Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, manifestaron su consentimiento, firmando un documento de autorización y consentimiento, tras la explicación de los fines de la grabación por parte del investigador en la sala de espera de la consulta antes de entrar.

La escucha activa en atención primaria.

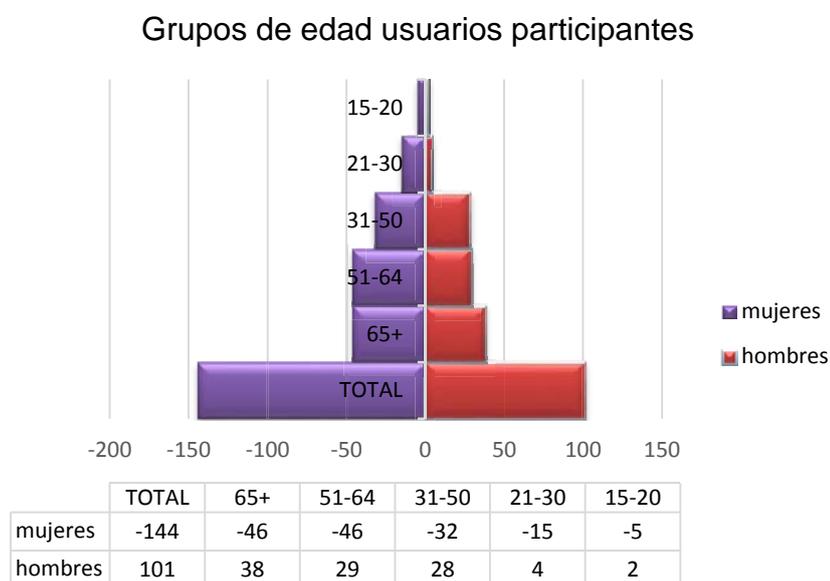
Se eligieron al azar entre la lista de visitas a demanda del médico para ese día, sin ningún otro tipo de limitación.

En la investigación se recogen mediante grabación en video, una serie de contactos clínicos. De las 255 entrevistas registradas y tras su visualización preliminar, antes de su análisis se apreciaron defectos técnicos en la grabación que imposibilitaban su visualización y por lo tanto se descartaron 10 quedando 245 contactos clínicos en el análisis final. El número final de usuarios que intervinieron en estos 245 contactos clínicos mencionados, fue de: 101 hombres con una media de edad de 56,74 años (DT= 6,43), y de 144 mujeres con una media de edad de 53,3 años (DT= 7,06). La edad media del total de la muestra fue de: 55,02 años (DT=6,74).

El resumen de usuarios distribuidos por profesionales aparece en la tabla 1. Y por grupos de edad en la figura 1-A

Tabla 1. Número de usuarios atendidos por cada profesional con indicación de sexo y edad promedio.

| PROFESIONAL | HOMBRES | MUJERES | TOTAL | Media/EDAD HOMBRES | Media/EDAD MUJERES |
|-------------|---------|---------|-------|--------------------|--------------------|
| 1 | 8 | 7 | 15 | 58,3 | 52,8 |
| 2 | 7 | 8 | 15 | 64,8 | 51,7 |
| 3 | 7 | 8 | 15 | 56,25 | 65,28 |
| 4 | 5 | 9 | 14 | 57,2 | 62,6 |
| 5 | 7 | 8 | 15 | 46,28 | 57,25 |
| 6 | 6 | 9 | 15 | 55,6 | 57 |
| 7 | 7 | 8 | 15 | 56,8 | 43,1 |
| 8 | 4 | 11 | 15 | 48,5 | 51 |
| 9 | 9 | 6 | 15 | 54,3 | 55 |
| 10 | 7 | 8 | 15 | 60,5 | 58 |
| 11 | 5 | 10 | 15 | 57 | 48 |
| 12 | 3 | 11 | 14 | 50,3 | 51,4 |
| 13 | 3 | 9 | 12 | 63,3 | 61,3 |
| 14 | 6 | 4 | 10 | 61,3 | 41,7 |
| 15 | 6 | 9 | 15 | 53,8 | 50,6 |
| 16 | 7 | 8 | 15 | 50,2 | 43,2 |
| 17 | 4 | 11 | 15 | 70,2 | 56,81 |
| TOTAL | 101 | 144 | 245 | 56,74 | 53,33 |

Figura 1-A. Pirámide de población de los usuarios Participantes.

4.1.3. Características de los Centros donde se desarrolla el estudio

Existen diversas definiciones para caracterizar los entornos rurales, urbanos, etc. El criterio más frecuentemente utilizado es la densidad de población, y así lo hacen, por ejemplo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económica o Eurostat.⁶⁷

A continuación señalamos los criterios que han sido considerados en esta delimitación según distintos organismos para la consideración de un entorno como rural.

Ley de Desarrollo Sostenible Medio Rural (LDSMR)

Densidad <100 hab./Km²

- Medio rural: espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores con población <30.000 habitantes y densidad <100 habitantes por Km².
- Municipio rural de pequeño tamaño: población <5.000 habitantes

OCDE

Densidad población <150hab/Km²

Clasificación de las regiones:

- Predominantemente rurales: si más del 50% de la población de la región vive en comunidades rurales
- Intermedias: entre el 15% y el 50%
- Predominantemente urbanas, si menos del 15% de la población de la región vive en unidades locales rurales

Eurostat

Municipio escasamente poblado: densidad inferior a 100 hab./km²

Clasificación regiones:

- NUTs 1, 2, 3 según % población viviendo en áreas rurales o urbanas
(Rurales, Intermedias o Urbanas).

Otras definiciones (utilizadas en algunos estudios de desarrollo rural)

- Rural: aglomeración de <2.000 habitantes
- Semi rural: <=10.000 habitantes
- Urbano >10.000 habitantes.

Tasa de masculinidad: $100 \cdot H/M$ (nº de hombres por cada 100 mujeres)

Tasa de envejecimiento: población con edad superior 65 años/total pobl.

Consideramos que una clasificación que puede ser de utilidad para nuestro estudio, siendo además la que se recoge en la legislación española es la que plantea la Ley de desarrollo sostenible y medio rural (LDSMR)⁶⁸. Esta ley define al medio rural como el espacio geográfico formado por la agregación

de municipios o entidades locales menores, con población menor de 30.000 habitantes y densidad menor de 100 habitantes por Km².

Así pues, dependiendo en el tipo de municipio donde se encuentre ubicado el Centro de Salud los clasificaremos en: Centros de Salud Urbanos y Rurales.

En cuanto al diseño interior, las instalaciones y el equipamiento de los centros donde se desarrollo el estudio, mantienen las lógicas diferencias que podemos observar por tratarse de construcciones muy diferentes. En los entornos rurales se trata de construcciones que en algún caso han sido adaptadas, en dependencias, que en principio no fueron construidas para la función sanitaria, pero que fueron remodeladas, cumpliendo su función de centro sanitario perfectamente.

En otros casos, sobre todo en los entornos más urbanos, se trata de edificios o bien contruidos ya en un principio como centros sanitarios o que desde hace muchos años fueron adaptados.

Las consultas, en general presentan todas, un equipamiento básico, con espacio para la entrevista y la exploración física, separados. Armario, estanterías, mesas, y sillas de oficina adecuadas, material de papelería, camilla para exploración, iluminación natural y artificial adecuada, lavabo, y material para la exploración médica, necesario en atención primaria.

El tamaño de las consultas era adecuado en todos los casos, y suficiente para que dos profesionales sanitarios y el paciente con un acompañante se encuentren cómodos, por supuesto, existen entre los distintos centros, diferencias de tamaño y amplitud.

Un detalle que vale la pena resaltar, es que todas las consultas donde se desarrolla el estudio están dotadas de un equipamiento informático similar, (unidad CPU, teclado con lector de tarjetas, ratón, pantalla plana, con posibilidad de orientación, y desplazamiento en altura, impresora láser de 3 bandejas) la ubicación y la posición de la pantalla, la impresora etc, variaban según las posibilidades de la consulta y los gustos del profesional.

Veamos ahora las poblaciones y los centros donde se realizó el estudio:

Centros de Salud Urbanos:

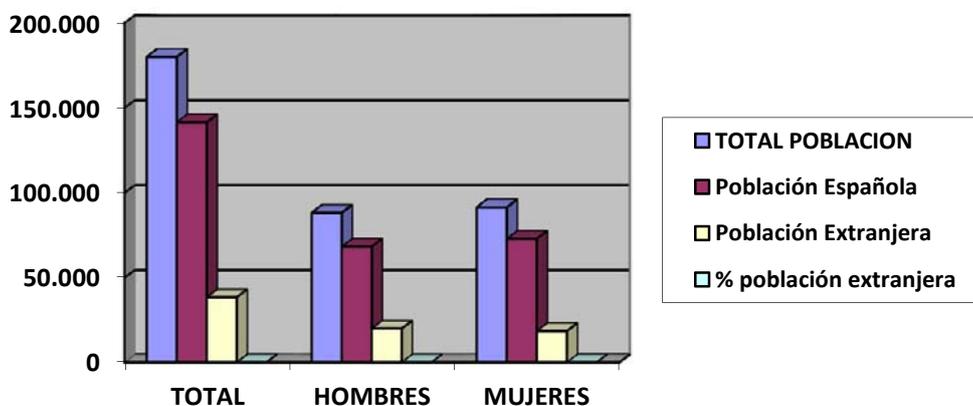
Castellón de la Plana:

Castellón de la Plana, capital de la provincia de Castellón y de la comarca de la Plana Alta, situado en la Comunidad Valenciana. El núcleo urbano principal se encuentra a unos 30 m sobre el nivel del mar y a unos 4 Km de la costa⁶⁹⁻⁷⁰ La composición detallada según población española y extranjeros, la encontramos en la tabla 2 y figura 1

Tabla 2. Población total y composición según extranjeros o españoles de la población de Castellón de la Plana

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|------------------------|---------|---------|---------|
| TOTAL POBLACION | 180.114 | 88.478 | 91.636 |
| Población Española | 141.643 | 68.521 | 73.122 |
| Población Extranjera | 38.471 | 19.957 | 18.514 |
| % población extranjera | 21,36% | 22,56% | 20,20% |

Figura 1. Población total y composición según extranjeros o españoles de la población de Castellón de la Plana



Red de Centros de Atención Primaria que incluye:

10 Centros de Salud: Perpetuo Socorro (Barranquet), Fernando el Católico (Casalduch), Gran Vía, Palleter, Pintor Sorolla, Rafalafena, San Agustín, Grao, 9 d'Octubre, Illes Columbretes.). Varios consultorios auxiliares.

A continuación indicamos los Centros de salud donde se realizaron las videograbaciones y sus características.

Tabla 3. Composición detallada de la población atendida en el Centro de Salud de Rafalafena.

| Tipo | Cantidad | Pacientes asignados Activos | Pacientes asignados Pensionistas | Otros | 56/(pacientes en situación de cobertura beneficencia) | Total Pacientes Asignados |
|---------------------|----------|-----------------------------|----------------------------------|-------|---|---------------------------|
| Médicos de Familia | 13 | 17487 | 5060 | 330 | 129 | 23006 |
| Pediatras | 5 | 3618 | 119 | 68 | 50 | 3855 |
| Sin médico asignado | | 396 | 62 | 4987 | 0 | 5445 |

Tabla 4. Composición detallada de la población atendida en el Centro de Salud Fernando el Católico (Casalduch).

| Tipo | Cantidad | Pacientes asignados Activos | Pacientes asignados Pensionistas | Otros | 56/(pacientes en situación de cobertura beneficencia) | Total Pacientes Asignados |
|---------------------|----------|-----------------------------|----------------------------------|-------|---|---------------------------|
| Médicos de Familia | 11 | 16130 | 4525 | 249 | 70 | 20974 |
| Pediatras | 3 | 3295 | 97 | 85 | 25 | 3502 |
| Sin médico asignado | | 319 | 23 | 2645 | 0 | 2987 |

Tabla 5. Composición detallada de la población atendida en el Centro de Salud Pintor Sorolla.

| Tipo | Cantidad | Pacientes asignados Activos | Pacientes asignados Pensionistas | Otros | 56/(pacientes en situación de cobertura beneficencia) | Total Pacientes Asignados |
|---------------------|----------|-----------------------------|----------------------------------|-------|---|---------------------------|
| Médicos de Familia | 6 | 8154 | 2167 | 44 | 135 | 10500 |
| Pediatras | 2 | 2031 | 119 | 28 | 22 | 2200 |
| Sin médico asignado | | 127 | 38 | 1119 | 0 | 1284 |

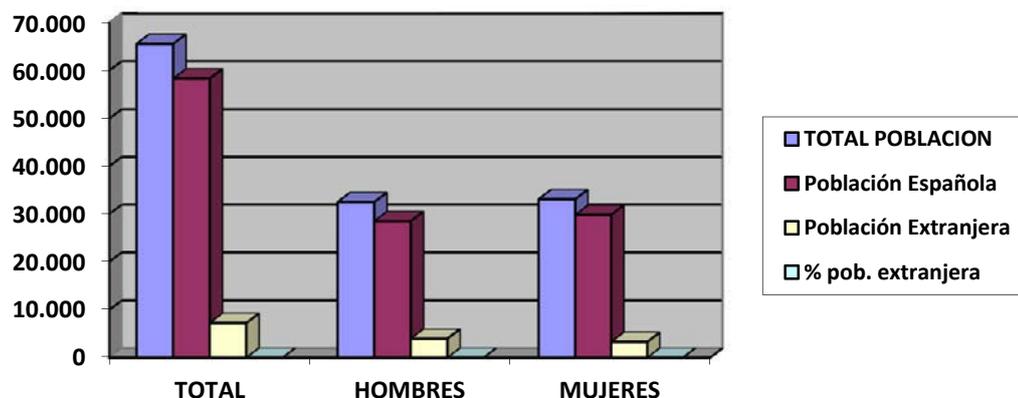
El Puerto de Sagunto:

Se encuentra unos 25 km al norte de Valencia, en su área metropolitana y a menos de 5 km de Sagunto. El Puerto de Sagunto es un núcleo urbano y marítimo nacido a principios del siglo XX, y es una de las pocas poblaciones industriales nacidas en ese siglo. Esto hace que tenga una personalidad muy propia de los pueblos nacidos al cobijo de las grandes industrias. Vemos su composición en la tabla 6 y figura 2.

Tabla 6. Población total y composición según extranjeros o españoles de la población de Puerto de Sagunto

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|----------------------|--------|---------|---------|
| TOTAL POBLACION | 65.595 | 32.489 | 33.106 |
| Población Española | 58.340 | 28.516 | 29.824 |
| Población Extranjera | 7.255 | 3.973 | 3.282 |
| % pob. extranjera | 11,06% | 12,23% | 9,91% |

Figura 2. Población total y composición según extranjeros o españoles de la población de Puerto de Sagunto



Centros de Salud Rurales:

Los centros rurales que se han utilizado corresponden a poblaciones que cumplen los criterios de ruralidad que hemos señalado anteriormente y fueron los siguientes.

Sus características se resumen en las tablas 7,8,9,10 y 11 acompañadas por las y figuras 3,4,5,6 y 7

Tabla 7. Población total y composición según extranjeros o españoles de la población de los centros de salud rurales (en conjunto)

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|----------------------|--------|---------|---------|
| TOTAL POBLACION | 12.586 | 6.499 | 6.087 |
| Población Española | 10.698 | 5.492 | 5.206 |
| Población Extranjera | 1.888 | 1.007 | 881 |
| % pob. Extranjera | 15% | 15.4% | 14,4% |

Figura 3. Población total y composición según extranjeros o españoles de la población de los centros de salud rurales (en conjunto)

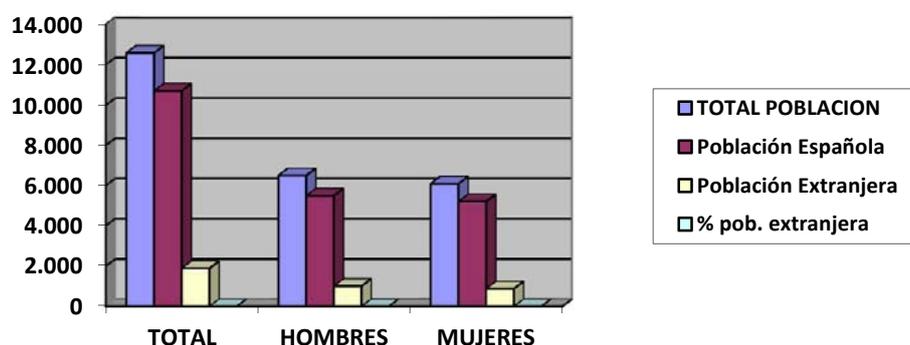


Tabla 8. Población atendida en el centro de salud de Canet de Berenguer

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|----------------------|-------|---------|---------|
| TOTAL POBLACION | 5.853 | 3.013 | 2.840 |
| Población Española | 5.467 | 2.825 | 2.642 |
| Población Extranjera | 386 | 188 | 198 |
| % pob. Extranjera | 6,59% | 6,24% | 6,97% |

Figura 4. Población atendida en el centro de salud de Canet de Berenguer

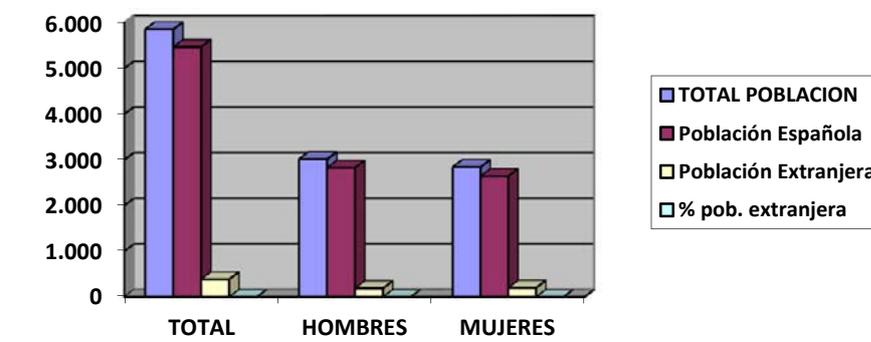
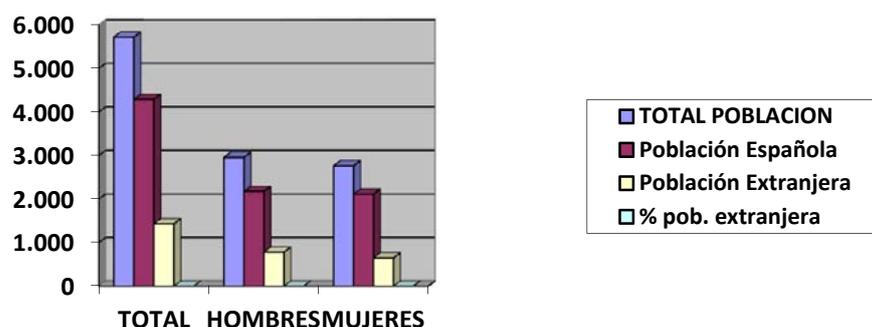


Tabla 9. Población atendida en el centro de salud de Torreblanca

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|----------------------|--------|---------|---------|
| TOTAL POBLACION | 5.718 | 2.956 | 2.762 |
| Población Española | 4.290 | 2.176 | 2.114 |
| Población Extranjera | 1.428 | 780 | 648 |
| % pob. Extranjera | 24,97% | 26,39% | 23,46% |

Figura 5. Población atendida en el centro de salud de Torreblanca**Tabla 10. Población atendida en el centro de salud de Navajas**

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|----------------------|-------|---------|---------|
| TOTAL POBLACION | 819 | 429 | 390 |
| Población Española | 750 | 393 | 357 |
| Población Extranjera | 69 | 36 | 33 |
| % pob. Extranjera | 8,42% | 8,39% | 8,46% |

Figura 6. Población atendida en el centro de salud de Navajas

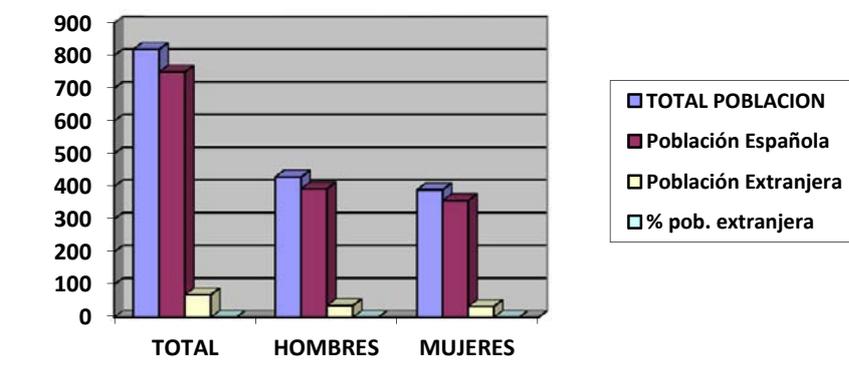
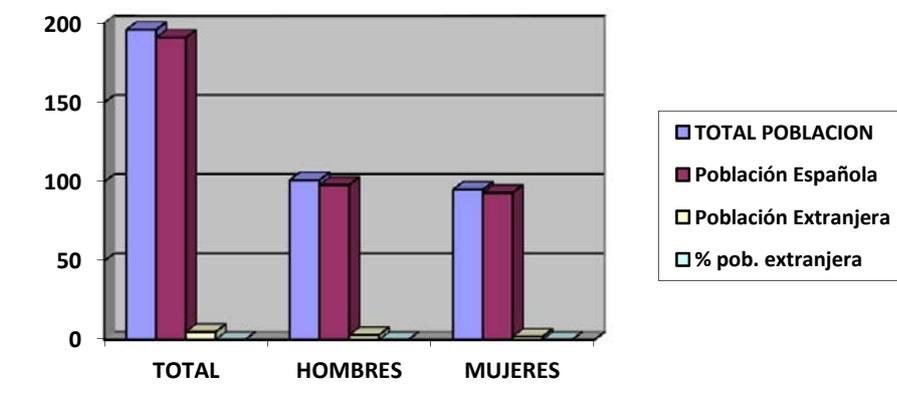


Tabla 11. Población atendida en el centro de salud de Gaibiel

| | TOTAL | HOMBRES | MUJERES |
|----------------------|-------|---------|---------|
| TOTAL POBLACION | 196 | 101 | 95 |
| Población Española | 191 | 98 | 93 |
| Población Extranjera | 5 | 3 | 2 |
| % pob. extranjera | 2,55% | 2,97% | 1,90% |

Figura 7. Población atendida en el centro de salud de Gaibiel



4.2. Instrumentos de evaluación

4.2.1. Registro en vídeo de las consultas de Atención Primaria como método válido de estudio.

Entre las técnicas de observación y registro, la grabación en video, ha sido recomendada como el mejor método para la investigación de todos los aspectos de la comunicación médico-paciente ya que la grabación es capaz de captar casi todos los detalles de la interacción entre el médico y el paciente en la consulta.⁷¹ Esto ha llevado a poder resolver distintas preguntas de investigación como por ejemplo cómo llegan los médicos a detectar la depresión u otros trastornos psicológicos en sus pacientes.⁷² La capacidad de poder registrar en video las consultas ha permitido contestar preguntas de investigación que antes de que existiera la técnica eran incontestables.⁷³ En un importante estudio sobre la técnica realizado por Martin *et al*, aproximadamente el 70% de los pacientes que se dejó grabar se "olvidó" de la presencia de una cámara de video durante su consulta, y solo menos del 5% consideró que su médico de cabecera los había tratado de forma inusual.⁷⁴ Más del 90% consideró que la grabación en vídeo podría ser una valiosa herramienta de investigación en los estudios de medicina general.⁷⁴

Sólo hemos encontrado un estudio en el que se investigó si los médicos que eran grabados, eran influenciados consciente o inconscientemente por la presencia de la cámara y si eso influía en su comportamiento⁷⁵ Pringle *et al*. estudiaron el comportamiento en la consulta de cuatro médicos mientras estaban siendo grabados en vídeo. El estudio de Pringle ilustra algunas de las dificultades que implica responder a esta importante pregunta. Su estudio demostró que ser conscientes de que estaban siendo grabados no influyó de forma significativa en su comportamiento. No obstante se necesitarían más estudios para evaluar de forma conveniente las ventajas y los inconvenientes de utilizar las grabaciones de video.

En cualquier caso siempre que se realice investigación con grabaciones de video, deberíamos informar de los métodos de reclutamiento de los médicos que intervienen, documentar claramente el método para la obtención del consentimiento del paciente y documentar claramente las características de los pacientes a quienes se pide su consentimiento para la grabación en vídeo.

4.2.2. La Encuesta de satisfacción del usuario

La encuesta de satisfacción del usuario, como ya se ha señalado era completamente anónima y centrada exclusivamente en la labor profesional del médico, además de hacer referencia al trato habitual.

Se trata de una encuesta que puede responder el propio paciente, con preguntas de escala Lickert acuerdo-desacuerdo (1-5), y que se basa en la encuesta del Ministerio de Sanidad, "Encuesta de satisfacción de los usuarios con Atención Primaria 2001"⁷⁶ Esta encuesta consta de varios apartados, sobre el funcionamiento del centro, instalaciones, además de una parte sobre la labor del profesional, que es en la que hemos basado nuestras preguntas.

En nuestra encuesta hemos preguntado sólo los apartados que se refieren directamente a la relación del médico con su paciente. Se muestra el cuestionario utilizado en el anexo 2. Los Ítems que recogía la encuesta eran: "Su médico es amable"; "Su médico es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud"; "Su médico le dedica todo el tiempo necesario"; "Su médico le deja hablar y escucha todo lo que usted quiere decir"; "Su médico le explica todo lo que usted quiere saber sobre su salud"; "Siempre que es necesario, su médico le explora (ausculta, palpa, mira) para conocer bien el problema"; "Cuando su médico le receta medicamentos, le queda claro cómo debe tomarlos"; "Recomendaría su médico a un amigo".

4.2.3. El cuestionario CICAA como herramienta de valoración de la relación clínica en Atención Primaria.⁷⁷

Se han desarrollado últimamente muchos métodos para valorar y estudiar la comunicación que se desarrolla en las consultas. Existen varios tipos de cuestionarios de medida pero los que valoran las conductas de comunicación del profesional son los más empleados porque son más prácticos y fáciles de aplicar que los que se basan en codificación y análisis interaccional. Esta valoración podría realizarse por los implicados en el encuentro clínico o como es nuestro caso por un observador externo. Si bien parece que la opinión de los pacientes puede ser muy importante en algunos aspectos, un observador externo es más objetivo en cuanto a sus apreciaciones. Los cuestionarios que pretenden valorar la interacción clínica están basados en listas de comprobación y/o escalas que al final permiten

apreciar el grado en el que el profesional desarrolla determinadas acciones, o comportamientos. Para algunos autores, estos instrumentos carecen de base teórica bien definida, en pocos casos están validados y son fiables, corresponden poco con las premisas de la relación centrada en el paciente, apreciándose defectos en el campo de la comunicación no verbal, o en aspectos contextuales.

A nivel nacional el cuestionario más utilizado hasta la fecha era el GATHA. Es un cuestionario basado en listas de comprobación y por ende práctico y bastante objetivo, pero es poco discriminativo, ofrece poca información y es poco útil para valorar aspectos como la idoneidad de las respuestas ante las emociones, la información y la participación del paciente en la consulta.

Por ello hemos decidido para llevar a cabo nuestra investigación sobre la escucha activa, utilizar el cuestionario CICAA. El cuestionario CICAA es un instrumento de medida diseñado para la valoración de la relación clínica. Lo podemos utilizar para evaluar aspectos de la relación clínica entre un profesional de la salud y los pacientes. Podría ser utilizado tanto para evaluar aspectos, globales, como parciales de esta relación. Se fundamenta en una evaluación externa mediante observación de la interacción y puede ser usada con fines de enseñanza (formativos), sumativos (para la evaluación) o para la investigación. Su diseño sería útil para la evaluación de la relación clínica tanto de médicos, psicólogos o profesionales de enfermería, en la consulta, y estaría basada en la observación externa. En concreto el programa oficial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria establece las habilidades en comunicación como unas de las competencias esenciales para un médico de familia. El concepto de relación clínica en el que se basa el CICAA está delimitado por una serie de:

Tareas comunicativas generales: Objetivos generales a alcanzar que representan conceptos claves de la relación clínica como:

- Conectar con el paciente
- Identificar y comprender los problemas de salud del paciente
- Acordar con el paciente sobre el/los problema/s, las decisiones y las acciones
- Ayudar al paciente a entender, elegir y actuar

Habilidades comunicativas estratégicas: Secuencia de acciones intencionadas que se puede repetir voluntariamente. Es una cadena de acciones que conducen hacia un objetivo. Por ejemplo: la escucha activa es una habilidad comunicativa que se alcanza poniendo en juego una cadena de acciones o conductas comunicativas (lo que se ha llamado "elementos o técnicas") que es preciso integrar, como son: mantener una baja reactividad, facilitar el discurso del paciente, mantener un contacto visual-facial adecuado, etc.

La empatía podría ser puesta en marcha mediante tres acciones: escuchar lo que dice la otra persona, hacer un esfuerzo mental para darnos cuenta de lo que representa esa experiencia y entonces decirle algo que le transmita con claridad nuestra comprensión de su experiencia.

En el modelo CICAA definimos 10 habilidades estratégicas: Recibir, Escuchar, Empatizar, Cerrar, Preguntar, Integrar, Comprobar, Negociar, Informar, Motivar.

Elementos comunicativos básicos: Son las conductas comunicativas más simples que conforman muchas de las habilidades estratégicas y que es preciso "hacer". Todos contribuyen en mayor o menor medida a desarrollar las habilidades y, por tanto, a conseguir las tareas. Para explicar este concepto Ruiz Moral⁷⁸ lo compara a los rizomas, para dar idea de un modelo de relación clínica no jerárquica, y donde las tareas comunicativas, conllevarían la capacidad de desarrollar habilidades.

El sistema CICAA incluye esquemas de más de una clase y que se usaran independientemente. Esto da una visión multidimensional de la interacción. Algunas de las categorías usadas en la escala CICAA serían del tipo de: contenido semántico denotativo o connotativo de lo que se dice (síntomas, ideas, sentimientos...: ¿en qué medida el profesional ha explorado el entorno socio-familiar?)

Otras de actos de habla (*speechacts*) o instrumentales: lo que hace alguien cuando dice algo (¿en qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?).

O de comunicación no verbal: comunicación fuera de los canales estrictamente lingüísticos (¿en qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?)

O de valoración afectiva: tono emocional de una interacción (¿en qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?).

En el cuadro 2 presentamos el cuestionario CICAA con los ítems que incluye.

I. ESCALA CICAA: MODELO ESTÁNDAR

DATOS GLOBALES:

| | | |
|---|--|--|
| PROYECTO: | CLAVE: | OBSERVADOR: |
| Tiempo total de consulta (s y min): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Hasta explorar (S): <input type="text"/> <input type="text"/> | Exploración (s): <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Profesional: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Tipo: Med. <input type="checkbox"/> Resl. <input type="checkbox"/> Enfer. <input type="checkbox"/> Est. <input type="checkbox"/> | |
| Motivo de consulta: Pral.: 2) | 3) | |
| Especialidad /Año / Curso | Docente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Proceso: Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> |
| Paciente: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> / Re. <input type="checkbox"/> Es. <input type="checkbox"/> | Acompaña: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Visita: Inicial <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> |

| TAREA 1.ª CONECTAR | Np | 0 | 1 | 2 |
|--|----|---|---|---|
| 1.-¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente? | | | | |
| 2.-¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación? | | | | |
| 3.-¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista? | | | | |
| 4.-¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado? | | | | |
| 5.-¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos? | | | | |
| 6.-¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente? | | | | |

| TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS | Np | 0 | 1 | 2 |
|---|----|---|---|---|
| 7.-¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? | | | | |
| 8.-¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? | | | | |
| 9.-¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado? | | | | |
| 10.-¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente? | | | | |
| 11.-¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas? | | | | |
| 12.-¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso? | | | | |
| 13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente? | | | | |
| 14.-¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral? | | | | |
| 15.-¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta? | | | | |
| 16.-¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente? | | | | |
| 17.-¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente? | | | | |
| 18.-¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar? | | | | |
| 19.-¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda? | | | | |
| 20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? | | | | |

La escucha activa en atención primaria.

| TAREAS 3.º y 4.º ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR | Np | 0 | 1 | 2 |
|---|----|---|---|---|
| 21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente? | | | | |
| 22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso? | | | | |
| 23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente? | | | | |
| 24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara? | | | | |
| 25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo? | | | | |
| 26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas? | | | | |
| 27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)? | | | | |
| 28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada? | | | | |
| 29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir? | | | | |

NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente

He revisado la cumplimentación de todos los ítems _____

PUNTUACION TOTAL / n.º ítems con NP

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Comentarios y notas:

ABREVIATURAS: M: Masculino; F: Femenino; Med.: Médico; Resi.: Residente; Enfe.: Enfermera; Est.: Estudiante; Re.: Real; Es.: Estandarizado; Acompaña.: Acompañante

(*) CICAA es acrónimo de: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar

El cuestionario CICAA ya fue sometido a un proceso de validación y se ha analizado preliminarmente. Se ha estudiado las propiedades psicométricas del cuestionario. Asimismo se han estudiado por separado los ítems, que valoran las diferentes tareas, y su validez. En cuanto a su validez se identificaron 6 factores que explicaron el 66,0% de la varianza. La consistencia interna global del test fue de $\alpha = 0,94$. (alfa de Cronbach)⁷⁹. La concordancia global intraobservador, medida con el CCI (coeficiente de correlación intraclase), osciló entre 0,94 y 0,97, mientras que la concordancia global interobservador estuvo entre 0,82 y 0,90. El número de cuestionarios a cumplimentar por evaluador para obtener una reproducibilidad adecuada

(generalizabilidad) osciló entre 6 y 12. No se alcanzó significación estadística al comprobar la sensibilidad al cambio. La escala CICAA y el cuestionario GATHA presentaron una correlación de 0,67. Así pues podemos concluir que la escala CICAA es una herramienta genérica de valoración de la comunicación clínica centrada en el paciente que puede utilizarse en diferentes contextos y situaciones clínicas, ya que demuestra ser fiable, válida y eficiente.⁷⁹

En la tabla 12 se presentan los distintos factores que incluye y el porcentaje de varianza que explica cada uno.

Tabla 12. Factores de la escala CICAA como resultado de análisis factorial, ítems que incluyen y varianza explicada⁷⁹.

| Factor | Nombre del factor | Ítems | Varianza,% |
|--------|---|------------------------------|------------|
| 1 | Exploración de la esfera psicosocial | 5,10,11,12,13,14,15,16,18,26 | 28,6 |
| 2 | Información | 21,22,23,24,28 | 16,7 |
| 3 | Escucha Activa | 2,4,7,8,9,20 | 7,7 |
| 4 | Discusión sobre la toma de decisiones y compromisos finales | 6,25,29 | 4,5 |
| 5 | Tratamiento del desacuerdo | 27 | 4,4 |
| 6 | Recibimiento | 1 | 4,1 |

* Índice de Kaiser-Meyer-Olkin = 0,88, test de esfericidad de Barlett = 2.817,01 ($p < 0,0001$) y $n = 196$.

En nuestro caso los ítems que deberíamos estudiar para medir el grado de utilización de la escucha activa en la relación clínica serían los ítems 2, 4, 7, 8, 9 y 20. Reproduciendo aquí parcialmente el cuestionario y entresacando estos ítems serían los siguientes:

- Item 2, ¿En qué medida el profesional hace uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?
- Item 4, ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado?
- Item 7, ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?
- Item 8, ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?

La escucha activa en atención primaria.

- Item 9, ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?
- Item 20, ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?

Para nuestro estudio específico, el alfa de Cronbach obtenido (fiabilidad evaluada a través de la consistencia interna) es de 0,655, lo que constituye un resultado aceptable teniendo en cuenta que utilizamos sólo seis ítems y que el alfa se ve afectada negativamente por una disminución en el número de ítems. El único ítem de los utilizados para esta tesis cuya eliminación incrementaría la consistencia interna es el 20 relacionado con los resúmenes realizados por el profesional de lo que le ha dicho su paciente. No obstante, la mejora del alfa sería mínima, alcanzando el 0,673.

Veamos a continuación, cómo hemos de valorar estos ítems, reproduciendo aquí las instrucciones que nos proporciona el manual de uso del cuestionario CICAA.

Ítem 2- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?⁷⁸

La pantalla del sistema informático puede representar una barrera en la comunicación. Si el profesional presta demasiada atención a la pantalla, cuando el paciente está en la consulta, es indudable que disminuye la calidad de la relación que se establece entre los dos. Al evaluar este ítem deberemos tener en cuenta una serie de parámetros, como por ejemplo: revisar las historias clínicas antes de empezar la consulta; o explicar al paciente qué va a hacer para dar la sensación de que no deja de prestarle atención mientras está haciendo otra cosa: "En cuanto acabe de cerrar esto le atiendo, si no le importa", "Permítame un momento y en seguida estoy con usted"; si mientras habla el paciente la actitud es de escucha con atención, y el profesional no desatiende al paciente para anotar en el ordenador, y si alguna vez necesita dejar de atender al paciente le pide permiso para hacerlo o le explica qué va a hacer; si usa aunque no en exceso, facilitadores para que el paciente continúe su explicación, como por ejemplo: "Siga por favor, le escucho"; además de que al llegar el momento de tener que registrar en el ordenador, avise al paciente

de lo que va a hacer; también es importante que durante el uso del ordenador, se eviten los silencios disfuncionales, largos y que crean tensión o nerviosismo en el paciente; debemos considerar también positivamente el uso del ordenador para reforzar la relación, compartiendo información, o aclarando malentendidos, por ejemplo mostrándole un análisis o alguna exploración además de explicarle. El empleo de algunas o varias de estas conductas y su impacto positivo en el discurso del paciente puede evaluarse como 2; por el contrario, una puntuación de 0 puede derivarse de la observación de la conducta del paciente ante un profesional que atiende a los registros mientras trata de obtener información o la ofrece, pudiendo orientar sobre el impacto negativo de estas otras conductas en la comunicación (ej.: El paciente se calla cuando el profesional va al ordenador mientras pregunta, dejándolo de mirar); puntuaciones intermedias (1) pueden incluir intentos infructuosos de manejar los registros (una vez más el efecto en el paciente puede ser determinante). Durante toda la entrevista la atención debe ser alta pero debe ser máxima especialmente durante el recibimiento y la fase de obtención de información.

Ítem 4- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?⁷⁸

Se trata de un ítem donde el evaluador debe fijarse de forma global en el profesional y aspectos como la presencia física (formas corporales, indumentaria, vestimenta, uso o no de bata), la expresión facial (sonrisas, muecas, movimientos del ceño y las cejas), la mirada (quizás uno de los más importantes y que permite evaluar el interés del profesional en el paciente de una forma más directa. Es "adecuado" mirar al interlocutor mientras éste nos habla, o al hacerlo nosotros, por lo que si esto no se produce, la gradación será baja (0). Se habrá de considerar la gestualidad, movimientos, postura, contactos físicos adecuados, por ejemplo, dar la mano, toques durante determinados momentos de la entrevista, también el control de las distancias o el uso adecuado del espacio, el paralenguaje (volumen, tono, velocidad o ritmo, cadencia, modulación de la voz), todo ello, para valorar si es el adecuado a lo largo de la entrevista, y permite la expresión de los sentimientos y emociones, manteniendo la autoimagen del profesional y la relación, regulando la interacción de forma natural y validando los mensajes verbales, o por el contrario, provoca un ambiente tenso, artificioso o irreal. Punto de máxima

La escucha activa en atención primaria.

atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en los momentos más cargados emocionalmente.

Ítem 7- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?⁷⁸

La reactividad es el ritmo que utiliza el profesional y que da a sus intervenciones y al diálogo en general. Puede considerarse como un elemento clave para conseguir una escucha activa. El evaluador debe valorar si existe la sensación de que al profesional le apremia el tiempo y esto le lleva en ocasiones a "cortar" al paciente en cuanto le ve titubear lo más mínimo, o antes de que haya podido expresar su pensamiento de forma completa. En otras ocasiones, si no responde inmediatamente a sus preguntas, puede iniciar otras nuevas suponiendo que las anteriores no tienen una respuesta de valor, sin esperar lo suficiente. Otro aspecto a valorar es la existencia de silencios en el seno de la entrevista clínica, a veces provocados por el profesional diciendo: "Por favor, continúe hablando". Es interesante ver si una vez que solicita una información, se prepara para escuchar atentamente, guardando silencio el tiempo que sea preciso, o por el contrario distrae su atención y hace otras preguntas. Generalmente lo habitual es que la alteración de la reactividad sea por exceso de la misma, aunque un profesional despegado y desinteresado por la persona puede mostrar una baja reactividad con silencios largos (disfuncionales) mientras sigue a lo suyo (los papeles). Todo ello marcará el grado de reactividad del profesional. A modo orientativo consideramos 0: ritmo rápido de la consulta con preguntas que el profesional hace una tras otra, sin apenas tiempo para responder, el paciente no acaba de completar sus frases, se suceden las interrupciones; o silencios muy disfuncionales mientras el profesional se centra en registros; 2: ritmo pausado donde tienen lugar los silencios funcionales, y los discursos del paciente y el médico no se solapan; 1 sería un ritmo intermedio. Punto de máxima atención: durante toda la entrevista, pero especialmente en el momento en el que el profesional recoge información.

Ítem 8- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?⁷⁸

Debemos valorar si el entrevistador, permite y sobre todo anima al paciente a hablar, esto es, dándole la oportunidad de exponer sus argumentos e ideas de cualquier tipo (valorar precisamente esto) a lo largo de toda la entrevista. Esto exige una actitud de "escucha" por parte del profesional. Además el uso de facilitadores indica si existe esa predisposición a escuchar. El contacto visual-facial es un facilitador de primera clase que puede orientar al evaluador mucho; también el no interrumpir. Otros facilitadores de tipo verbal (el eco: repetir últimas frases del paciente, palabras como "siga, siga", "le escucho", tras alguna interrupción el profesional puede animar al paciente diciendo "perdone me estaba usted diciendo..."), frases del tipo "Hay algo más que quiera decirme sobre esto último", "Entiendo", o pedir aclaraciones sobre algo dicho por el paciente que no se ha comprendido bien, muestran interés y suponen favorecer el discurso del paciente en la medida en que anima a expresarlo más claramente. Entre los facilitadores no verbales, los sonidos guturales son muy frecuentes: "Humm", "Ahaa", "ya, ya..." acompañados de cabeceos asintiendo y, desde luego, manteniendo un contacto visual adecuado. Como sistema de evaluación orientativo, la puntuación será de 0 si no emplea ninguno de estos facilitadores, suele haber interrupciones; 1: usa los no verbales preferentemente; 2: hay además facilitadores verbales. Punto de máxima atención: durante toda la entrevista pero especialmente en el momento en el que el profesional recoge información.

Ítem 9- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado?⁷⁸

Sería una buena manera de valorar la atención del profesional durante toda la entrevista, al paciente, a sus opiniones y a sus reacciones verbales o no verbales, manteniendo un adecuado contacto visual-facial. También es una muestra de respeto a la persona, no ignorándola como tal. Una valoración adecuada de la misma la da la visualización del conjunto de la entrevista y el mantenimiento de la mirada en los momentos críticos; sin embargo se puede valorar también cuantitativamente contabilizando el tiempo de contacto visual, especialmente durante las fases de obtención de información y del ofrecimiento de información. Un profesional que mira preferentemente a otros objetos o sujetos (historia clínica, analítica, acompañante,...) durante el discurso del

paciente merecerá una valoración baja (0); aunque existan ciertas dudas, no olvidemos que esto es una muestra de respeto fundamental al interlocutor, y suele ejercer un importante efecto negativo en la percepción del mismo cuando no se desarrolla adecuadamente. Punto de máxima atención: mientras esté hablando el paciente o se le estén ofreciendo explicaciones.

Ítem 20- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?⁷⁸

Con ello tratamos de si los motivos de consulta del paciente son los que realmente ha expuesto o hay otros. El profesional debe dar la oportunidad al paciente de corregir cualquier malentendido. Exigiría un esfuerzo explícito por parte del profesional para determinarlos. Normalmente suele hacerse mediante preguntas del tipo: "Entonces hoy consulta por el resfriado y además quiere el parte de confirmación de baja de su marido, ¿cierto?". El resumen es una comprobación y puede hacerse de forma parcial sobre determinados aspectos claves de la consulta: el profesional puede tratar de confirmar preocupaciones del paciente: "¿...Y esto es lo que le preocupa?" (Observe sin embargo que esta conducta está más relacionada con los ítems de empatía o conocer e indagar preocupaciones, pero no descarta el valorarla aquí también), deseos del mismo: "Y quería que hoy le recetará esto, ¿no?" (Expectativas posiblemente), indirectamente relacionados con la consulta. Esto no supone exactamente una confirmación de los motivos de consulta, sino más bien chequear aspectos importantes de la misma que merecen ser sin embargo tenidos en cuenta cuando se llevan a cabo. Lo ideal es que representen el colofón del discurso del paciente y no existan otros motivos de consulta; esto se puede valorar observando si aparecen algunos más y éstos no son comprobados. La valoración sería la siguiente. 0: no hace resúmenes totales o parciales a lo largo de la fase de obtener información. Generalmente no indagará otras posibles causas de demanda. Sin embargo, puede hacer esto y decir: ¿Algo más, María?, ¿Sólo viene por esto hoy? Obsérvese que aquí no hay resumen; 1: independientemente de indagar o no las causas que han llevado al paciente a la consulta, hace alguna comprobación parcial o de alguna de las demandas del paciente; 2: comprueba todas las demandas del paciente (y que no hay más) antes de pasar a otras tareas, haciéndolas explícitas, y permite que el paciente le corrija si se equivoca (comprueba que

está en lo cierto), M: “entonces hoy quiere que le vea la tensión y le recete estas pastillas sólo ¿no?”. P: “¡Eso es!” Punto de máxima atención: al final de la fase de obtención de información de la entrevista.

4.3. Procedimiento

La investigación se llevó a cabo, mediante videograbaciones en condiciones de trabajo habitual de los médicos que participaron en el estudio. Acudiendo el investigador a la consulta del médico participante durante su horario de trabajo normal, el día de la grabación no se pactó de antemano. El profesional que participaba sólo tenía conocimiento de la semana en la que realizaríamos la grabación.

Para llevar a cabo las grabaciones, el investigador se persona en la consulta del médico participante. Antes de iniciar éste su labor diaria, se procedía a la organización de la grabación con la colocación de la cámara de vídeo en un lugar de la consulta que permitiera la visualización del profesional y del paciente de forma simultánea, además de que no dificultara la labor profesional en ningún momento. Una vez comprobado por parte del médico y del investigador que la colocación de la cámara era adecuada, se iniciaba la consulta diaria como cualquier otra jornada. Por su parte el investigador abordaba a los pacientes tal y como iban llegando a la sala de espera, explicando el motivo de su presencia en el centro, explicando el consentimiento informado y obteniendo su autorización mediante firma del impreso, además de administrar una encuesta de satisfacción anónima que era rellenada por los pacientes antes de la consulta, teniendo en cuenta que las preguntas se refieren a la atención habitual del médico, no a la consulta de este día en concreto. En el caso de que fuera la primera visita, se hace constar expresamente en la encuesta, y no podrá ser valorada. También con este fin hemos de señalar que en la encuesta se recoge el tiempo aproximado que el paciente conoce al profesional.

La cámara era puesta en funcionamiento y el investigador, en ese momento abandonaba la consulta, no estando presente durante las entrevistas y sólo entrando entre pacientes en caso de que la persona se negara a ser grabada, para parar la función de la cámara. Una vez finalizada la consulta de

este paciente se volvía a poner en marcha la cámara y se repetía el proceso. Sólo se grabaron las entrevistas clínicas, nunca la exploración física.

El periodo de grabaciones se realizó durante los meses de abril y mayo de 2010.

El modelo de consentimiento informado se expone en el anexo 1.

Tras el trabajo de campo realizado en los centros de salud, las grabaciones obtenidas fueron visualizadas y valoradas mediante el instrumento de medida CICAA, y los resultados volcados a una base de datos SPSS 20, para su posterior análisis por el autor del presente trabajo. El autor cuenta ya con experiencia en la valoración de entrevistas clínicas mediante el cuestionario CICAA, puesto que cada año en el centro de salud, se realizan videograbaciones a los residentes de 4º año de MFyC que son analizadas mediante un cuestionario CICAA Docente, por parte del tutor del residente y del autor del trabajo como experto.

También se realizó con anterioridad a la tesis un trabajo de investigación piloto, donde se valoraron entrevistas clínicas de dos médicos de atención primaria mediante la aplicación del cuestionario CICAA, y se compararon los resultados obtenidos en las valoraciones entre un profesional con experiencia en entrevista clínica y el autor de esta tesis, obteniéndose un grado de concordancia aceptable, situándose los índices Kappa entre 0,39 y 0,58. El resumen del trabajo mencionado se encuentra en el anexo 3.

4.4. Análisis Estadísticos.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS-20. En el abordaje estadístico se han realizado distintos análisis en función de las variables analizadas en cada momento.

En primer lugar se han realizado los análisis de la frecuencia del conjunto de todos los ítems del cuestionario CICAA e individualmente de cada uno de ellos. También hemos obtenido la media, mediana y desviación típica del total de los ítems y de cada uno en particular, lo que nos da una idea

general del grado de utilización de la escucha activa por parte de los profesionales.

Se han analizado también las frecuencias del total de la encuesta de satisfacción y de cada uno de los supuestos que se proponían por separado, para obtener una visión general sobre la satisfacción del paciente y en particular la satisfacción con cada uno de los supuestos que se le proponían.

Por otro lado, hemos realizado análisis diferenciales de los distintos ítems del cuestionario en función de las características del profesional (sexo del médico), utilizando la prueba de χ^2 (teniendo en cuenta la naturaleza nominal de algunos datos) para comparar la puntuación obtenida tanto en el total del cuestionario como para cada uno de los ítems. También se realizaron análisis de χ^2 para comparar los resultados en los distintos ítems del cuestionario en función del lugar de trabajo del profesional (Rural/Urbano).

Del mismo modo, se han realizado estos análisis en las respuestas a los ítems del cuestionario en función de las características de los pacientes. Se realiza entonces una prueba χ^2 comparando puntuación a los ítems CICAA en función del sexo del paciente, así como del nivel de estudios declarado por los pacientes.

Se realizó también un análisis de ANOVA comparando las puntuaciones en los distintos ítems en función de la edad de los pacientes, así como correlaciones de Pearson y de Spearman.

Se analizó asimismo el coeficiente de correlación de Pearson, para medir la relación entre la puntuación total CICAA y la satisfacción del paciente (grado de relación de dos variables, ambas cuantitativas).

Para apreciar la relación entre los distintos ítems del cuestionario y la satisfacción del usuario utilizamos la prueba de coeficiente de correlación de Spearman (por la naturaleza ordinal de las respuestas a los ítems). También realizamos sendas pruebas t para analizar las diferencias en la satisfacción del paciente en función de variables como el sexo y lugar de trabajo (rural, urbano) del médico

Finalmente con el fin de conocer la capacidad explicativa que todas las variables estudiadas tenían sobre la satisfacción de los pacientes realizamos dos análisis de regresión lineal múltiple siguiendo el método *stepwise* o de

paso a paso. Uno primero incluyendo todas las variables analizadas en este estudio y la puntuación total del CICAA como medida de las habilidades de entrevista; y un segundo introduciendo como variables independientes solo los ítems del CICAA por separado.

4.5. Aspectos éticos relacionados con la investigación

Para la realización de esta tesis, se ha seguido el protocolo del Grupo de Comunicación y Salud para la grabación de entrevistas clínicas (consenso sobre ética de las grabaciones, Zaragoza 1998).

Así, se obtuvo el permiso de todos los profesionales que participaron. Por otro lado, todos los pacientes grabados expresaron su consentimiento por escrito, asegurándoles, previo al acto clínico, que su negación no implicaba deterioro de su atención.

El documento de consentimiento informado (ver anexo 1) es el que elaboró en su día para este fin el grupo programa Comunicación y salud de la semFyC. (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). Como podemos leer en su web: *“La misión del Grupo Comunicación y Salud es ayudar a desarrollar las capacidades y herramientas necesarias que sirvan a los profesionales sanitarios para humanizar la asistencia sanitaria y mejorar la comunicación asistencial. En el 2009 hemos cumplido 20 años desde la fundación del grupo por Francesc Borrell. Somos un grupo de profesionales sanitarios, en su mayoría provenientes del mundo de la Atención Primaria, con un particular interés en los aspectos de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. El grupo comunicación y salud lleva años desarrollando actividades de autoformación en Docencia en Comunicación así como investigaciones conocidas en algunos ámbitos profesionales y sociales. La transformación del grupo comunicación y salud en programa de la semFYC, supone un avance en la vocación de servicio del grupo, en el que los recursos de información, los equipos de trabajo del propio grupo comunicación y salud y las infraestructuras de semFYC se integran directamente en un proceso de difusión de contenidos, noticias, actividades, contactos, enseñanza/aprendizaje y materiales educativos sobre comunicación asistencial que posibilitan el desarrollo curricular de la misma entre los interesados que contacten con el Grupo o la Sociedad Científica directamente, tanto a nivel nacional como Autonómico e Internacional, interesados en la Comunicación asistencial.”*⁸⁰

Finalmente se estableció el compromiso de que las conclusiones del estudio serían expuestas con posterioridad a todos los participantes en el mismo.

La escucha activa en atención primaria.

Capítulo 5

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La escucha activa en atención primaria.

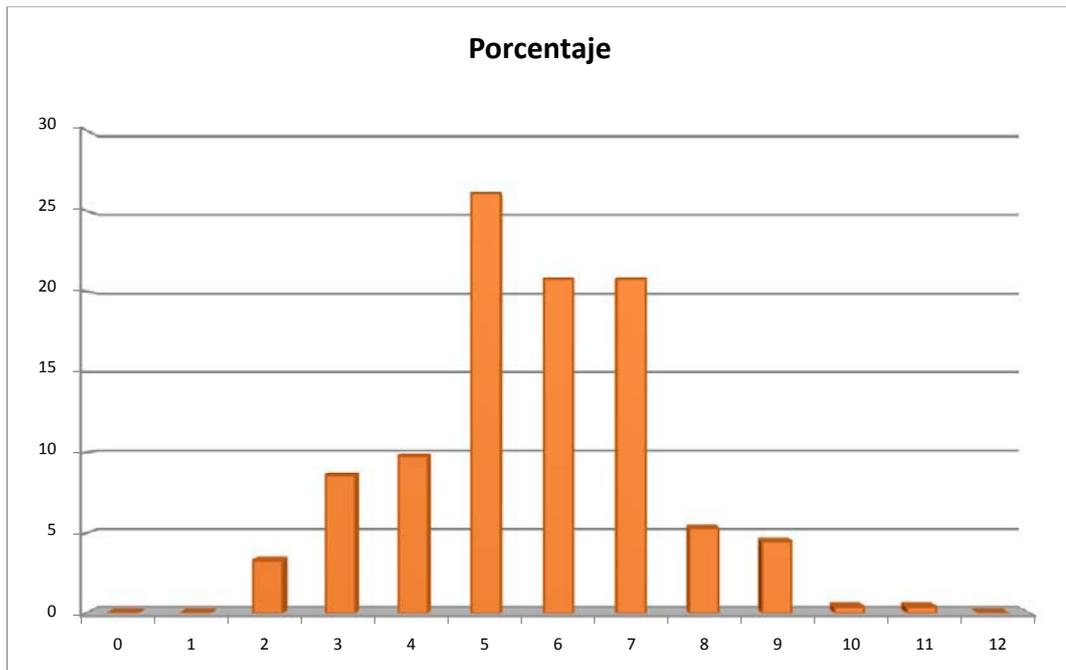
Los resultados de esta tesis sobre escucha activa en atención primaria, y su relación con las distintas variables que afectan a los profesionales y los usuarios así como la posible relación con la satisfacción de éstos los podemos dividir en los siguientes subepígrafes.

5.1. Resultados sobre el uso en general de la escucha activa que hacen los profesionales.

Los primeros análisis están dirigidos a proporcionarnos una visión general y de conjunto respecto al grado de utilización de la escucha activa en Atención Primaria. Intentamos dar respuesta con este análisis, al objetivo principal del trabajo, que pretendía valorar la utilización de la escucha activa en consultas de Atención Primaria, utilizando como herramienta de medida el cuestionario CICAA. Los primeros resultados aparecen reflejados en la tabla 13 y figura 8.

Tabla 13: Frecuencias de la puntuación total (0-12) de los Ítems del CICAA

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------------|--------------------|----------------------|
| 2,00 | 8 | 3,3 | 3,3 |
| 3,00 | 21 | 8,6 | 11,8 |
| 4,00 | 24 | 9,8 | 21,6 |
| <u>5,00</u> | <u>64</u> | <u>26,1</u> | <u>47,8</u> |
| <u>6,00</u> | <u>51</u> | <u>20,8</u> | <u>68,6</u> |
| <u>7,00</u> | <u>51</u> | <u>20,8</u> | <u>89,4</u> |
| 8,00 | 13 | 5,3 | 94,7 |
| 9,00 | 11 | 4,5 | 99,2 |
| 10,00 | 1 | ,4 | 99,6 |
| 11,00 | 1 | ,4 | 100,0 |
| Total | 245 | 100,0 | 100,0 |

Figura 8: Porcentajes de la puntuación total (0-12) de los Ítems del CICAA

Como se puede observar, en la tabla 13, figura 8 y teniendo en cuenta que la puntuación máxima que era posible obtener era de 12, la mayoría de los profesionales se encuentran entre 5 y 7, siendo la media de 5,64 puntos (DT= 1,68) y la mediana de 6.0

La idea que nos sugiere este resultado, apunta a una utilización, medida por el cuestionario, que se mueve entre los valores centrales. Los autores del trabajo consideramos que, aunque lo deseable aquí sería que la puntuación fuera lo más alta posible, estos resultados se pueden considerar aceptables, aunque posiblemente mejorables.

5.2. Resultados sobre el uso de la escucha activa en cada uno de los supuestos que valora el cuestionario CICAA en particular

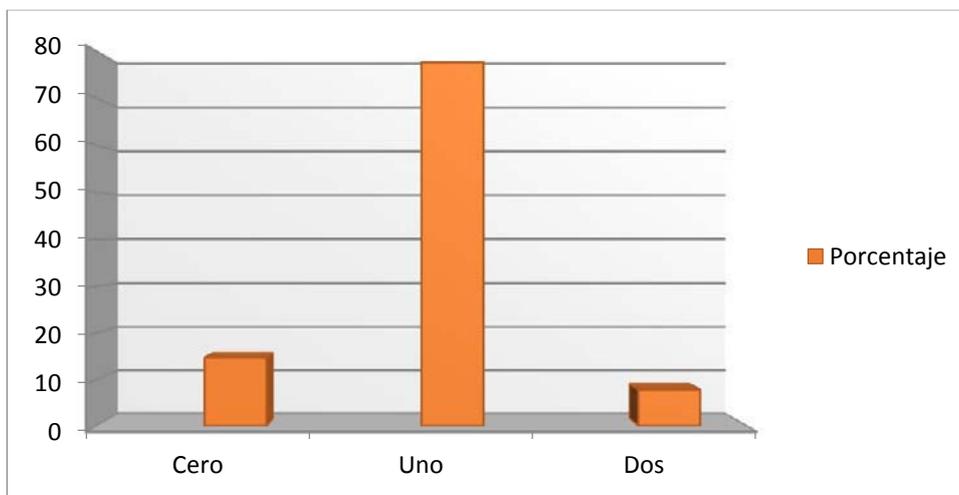
Observemos ahora los resultados obtenidos tras el análisis estadístico, del uso de la escucha activa, en cada uno de los supuestos que valora el cuestionario CICAA en particular, lo que nos dará una visión mucho más precisa y en detalle de los aspectos concretos que interpretados uno a uno permiten un análisis más preciso de dónde están las fortalezas y las debilidades de los profesionales. Esto al final permitirá si así se considera,

proponer medios que ayuden a corregir dichas debilidades. En la tabla 14 y figura 9 se presentan los resultados referidos al ítem 2.

Tabla 14: Frecuencias del Ítem 2: ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|
| Puntuación | | | |
| cero | 36 | 14,7 | 14,7 |
| uno | 190 | 77,6 | 92,2 |
| dos | 19 | 7,8 | 100,0 |
| Total | 245 | 100,0 | 100,0 |

Figura 9. Porcentajes de respuesta al Ítem 2: ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación?



Recordemos que la puntuación máxima que permite el cuestionario es de dos. Si repasamos la interpretación del cuestionario vemos que simplificando la interpretación, una puntuación de 2 sería aquella en la que el profesional maneja el ordenador de manera que no interfiere para nada en la relación. Incluso la potencia utilizándolo para reforzar sus afirmaciones, enseñarle pruebas, imágenes etc. Se puntuaría 0 a aquellas conductas en las que el ordenador tiene consecuencias negativas en la relación, creando silencios disfuncionales, intranquilidad o indiferencia al paciente. La puntuación

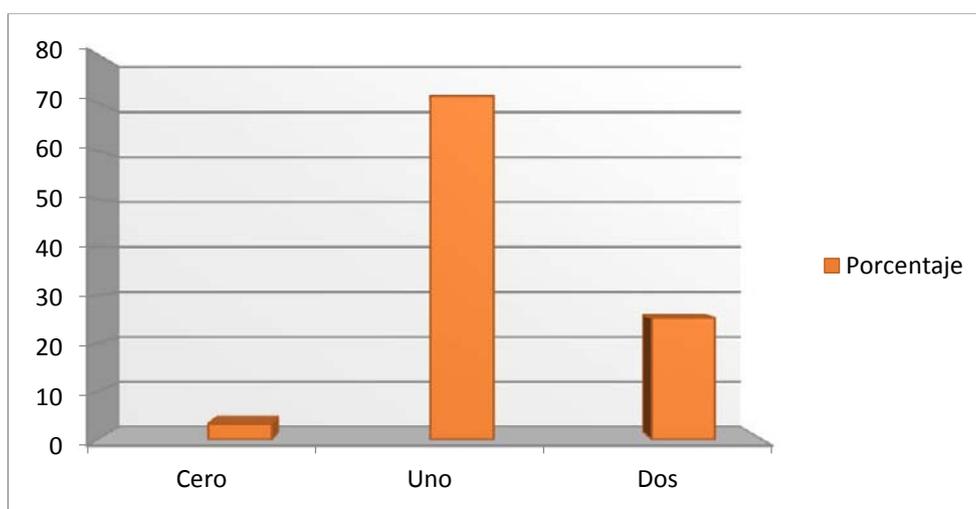
intermedia 1, se aplicaría a aquellas veces donde apreciamos esfuerzos a veces infructuosos de manejar bien los recursos, en los que a veces se consigue y en otras ocasiones no. Pues bien la mayoría de los profesionales obtienen una puntuación en este ítem de 1 (77,6%), siendo la media de 0,93 (DT=0,47).

Para analizar los resultados que refleja el **ítem 4** (ver tabla 15 y figura 10), recordemos como haremos en todas las ocasiones las instrucciones de interpretación. Es importante el aspecto global del profesional, indumentaria, expresión facial, presencia física, paralenguaje etc.

Tabla 15: Frecuencias del Ítem 4: ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|
| Puntuación | | | |
| cero | 8 | 3,3 | 3,3 |
| uno | 175 | 71,4 | 74,7 |
| dos | 62 | 25,3 | 100,0 |
| Total | 245 | 100,0 | 100,0 |

Figura 10. Porcentajes de respuestas al Ítem 4: ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado?



La escucha activa en atención primaria.

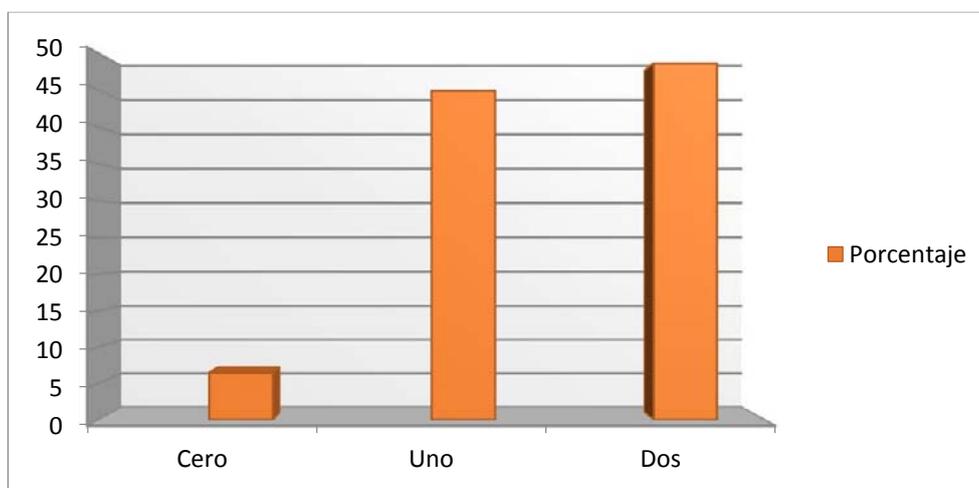
La mayoría de los profesionales obtienen una puntuación de 1 (71,4%), siendo más las entrevistas en las que se obtiene una puntuación alta (25,3%) que lo contrario (3,3%). La media es de 1,22 (DT=0,49).

Veamos ahora los resultados obtenidos en el **ítem 7** (ver tabla 16 y figura 11) del cuestionario CICAA. Puntuaremos como 0 un ritmo rápido de la consulta con preguntas que el profesional hace una tras otra, sin apenas tiempo para responder, el paciente no acaba de completar sus frases, se suceden las interrupciones; o silencios muy disfuncionales mientras el profesional se centra en registros; 2: ritmo pausado donde tienen lugar los silencios funcionales, y los discursos del paciente y el médico no se solapan; 1: intermedio.

Tabla 16: Frecuencias del Ítem 7: ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Puntuación | | | | |
| cero | 16 | 6,5 | 6,5 | 6,5 |
| uno | 110 | 44,9 | 44,9 | 51,4 |
| dos | 119 | 48,6 | 48,6 | 100,0 |
| Total | 245 | 100,0 | 100,0 | |

Figura 11. Porcentajes de respuestas al Ítem 7: ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?



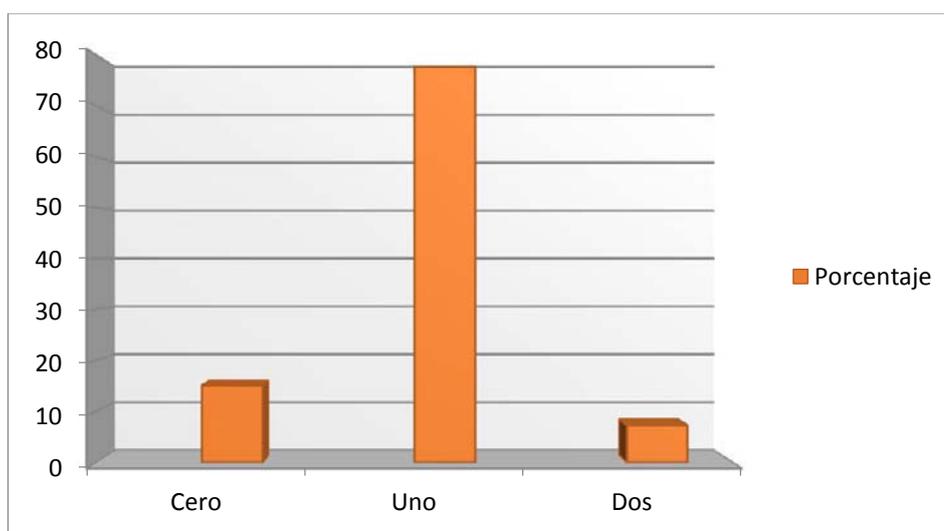
La mayoría de los profesionales demuestran una reactividad baja o adecuada con un ritmo de consulta pausado o intermedio, puntuación 2, representando un 48,6% del total si bien otro 44,9% obtiene una puntuación intermedia. La media de este ítem es de 1,42 (DT= 0,61).

Tabla 17: Frecuencias del Ítem 8: ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|
| Puntuación | | | |
| cero | 37 | 15,1 | 15,1 |
| uno | 190 | 77,6 | 92,7 |
| dos | 18 | 7,3 | 100,0 |
| Total | 245 | 100,0 | 100,0 |

Pasemos ahora a ver los resultados obtenidos con el **Ítem 8** (ver tabla 17 y figura 12). Se valorará, 0 si no emplea ninguno de los facilitadores, 1: si usa los no verbales, 2 si además usa los facilitadores verbales.

Figura 12. Porcentajes de respuestas al Ítem 8: ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?



La escucha activa en atención primaria.

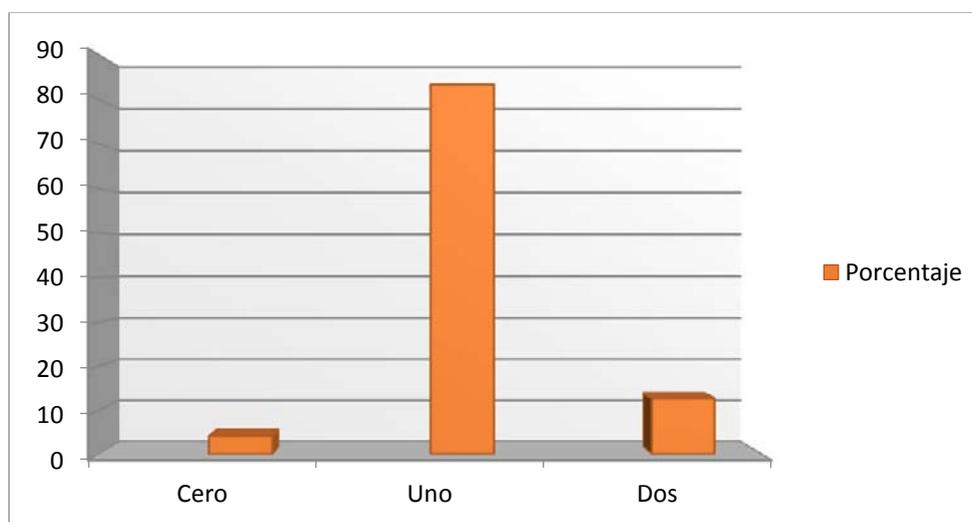
La mayoría de los profesionales obtienen una puntuación de 1 (77,6%), si bien un 15,1% obtienen un cero, siendo la media del ítem de 0,922 (DT=0,47)

Respecto a los resultados obtenidos en el **ítem 9** (ver tabla 18 y figura 13) es un ítem de los más sencillos de evaluar: valorar la atención del profesional durante toda la entrevista, al paciente, a sus opiniones y a sus reacciones verbales o no verbales, manteniendo un adecuado contacto visual-facial. Un profesional que mira preferentemente a otros objetos o sujetos (historia clínica, analítica, acompañante,...) durante el discurso del paciente merecerá una valoración baja (0).

Tabla 18. Frecuencias del Ítem 9: ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado?

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|----------------------|
| Puntuación | | | |
| cero | 10 | 4,1 | 4,1 |
| uno | 204 | 83,3 | 87,3 |
| dos | 31 | 12,7 | 100,0 |
| Total | 245 | 100,0 | 100,0 |

Figura 13. Porcentajes de respuestas al Ítem 9: ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado?



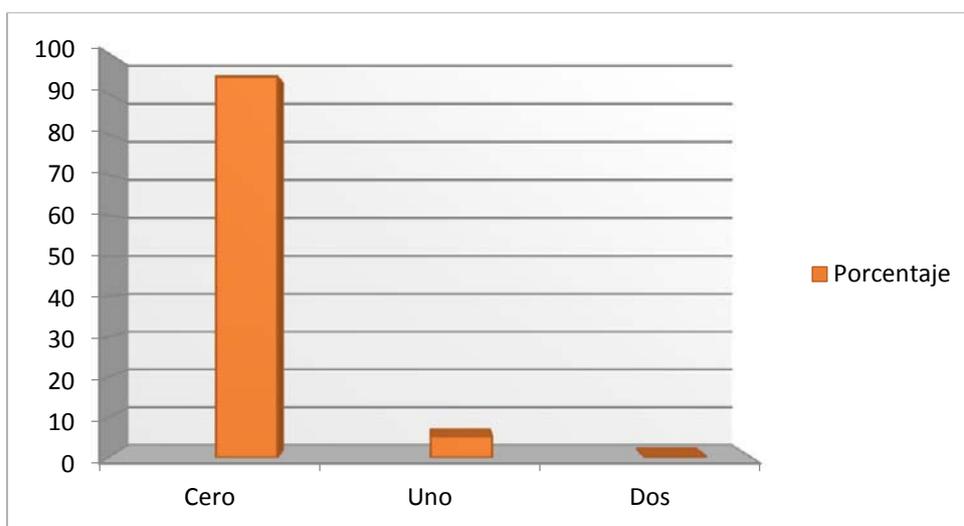
La gran mayoría (83,3%) de los profesionales obtienen una puntuación intermedia de 1 y un 12,7% obtiene la máxima puntuación, siendo la media de la puntuación del ítem de 1,085 (DT=0,40).

Finalmente veremos también la tabla de frecuencias del ítem 20 (ver tabla 19 y figura 14). Puntuaremos con 0 si no hace resúmenes totales o parciales a lo largo de la fase de obtener información. Generalmente no indagará otras posibles causas de demanda. Puntuaremos 1 si, independientemente de indagar o no las causas que han llevado al paciente a la consulta, hace alguna comprobación parcial o de alguna de las demandas del paciente; y la puntuación máxima 2: comprueba todas las demandas del paciente.

Tabla 19. Frecuencias del Ítem 20: ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|------------|-------|------------|------------|----------------------|
| Puntuación | cero | 231 | 94,3 | 94,3 |
| | uno | 13 | 5,3 | 99,6 |
| | dos | 1 | ,4 | 100,0 |
| | Total | 245 | 100,0 | 100,0 |

Figura 14. Porcentajes de respuesta al Ítem 20: ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?



En este caso la gran mayoría de los profesionales (94%) son puntuados con la mínima puntuación 0 y sólo un 0,4% alcanza la máxima. La media es de 0,061 (DT=0,26)

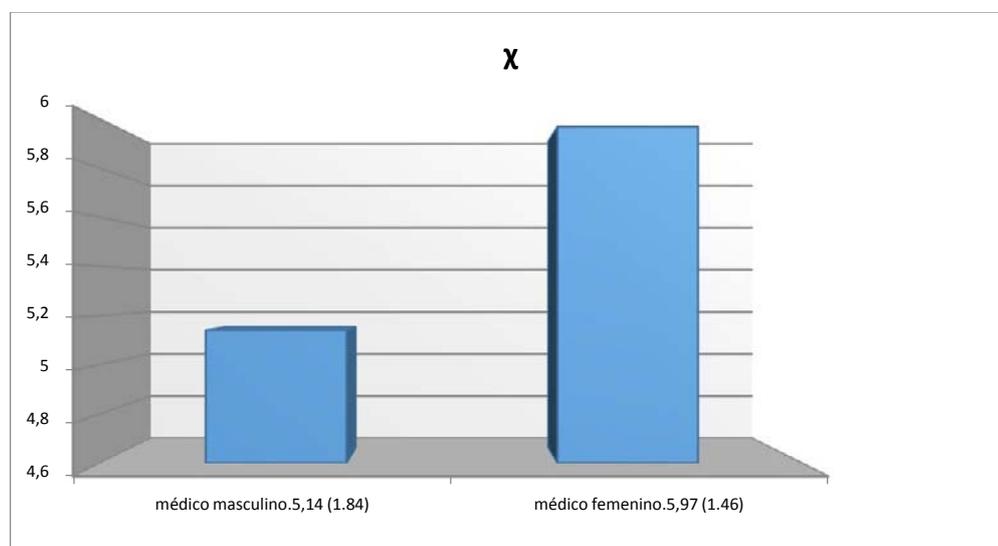
5.3. Análisis diferenciales de los distintos ítems que componen el cuestionario CICAA en función de distintas variables sobre el profesional (sexo del médico y lugar de trabajo).

En primer lugar comparamos los resultados obtenidos en función del sexo del médico. Respecto a la puntuación total, las diferencias son estadísticamente significativas aplicando la prueba t de Student como se puede apreciar en la tabla 20 y figura 15 con una media superior en las médicas mujeres que en los hombres.

Tabla 20. Puntuación Total del CICAA según el sexo del médico

| $\bar{x}_{(DT)}$ | t (gl) | p |
|---|-----------------------|-------|
| Médico Masculino 5,14 _(1,84) | 3,95 ₍₂₄₃₎ | 0,000 |
| Médico Femenino 5,97 _(1,46) | | |

Figura 15. Puntuación Total del CICAA según el sexo del médico



Si analizamos cada uno de los ítems por separado (ver tabla 21), comprobamos al realizar la prueba Chi Cuadrado que las diferencias se dan en los ítems referidos al uso del ordenador, el lenguaje no verbal, la facilitación del discurso del paciente y el contacto visual. Sólo considerando los porcentajes de quienes alcanzan la máxima puntuación en estos ítems vemos cómo para el uso del ordenador, en los hombres es del 7,1% y en las mujeres del 8,2%. En el lenguaje no verbal, un 15,2% en los hombres frente a un 32,2% en las mujeres. En la facilitación del discurso del paciente, un 5,1 % de los hombres frente a un 8,9% de las mujeres. Y en el contacto visual, un 10,1% de los hombres y un 14,4% de las mujeres.

Tabla 21. Puntuación del Cuestionario CICAA comparando los distintos ítems en función del sexo del médico.

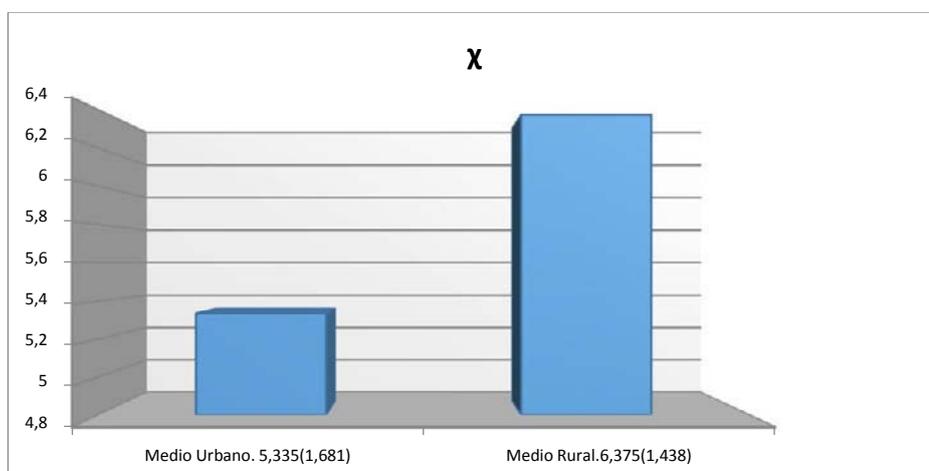
| | Médico Masculino % | | | Médico Femenino % | | | $\chi^2_{(g)}$ | p |
|---|--------------------|------|------|-------------------|------|------|-----------------------|--------------|
| | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | | |
| ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación? | 30,3 | 62,6 | 7,1 | 4,1 | 87,7 | 8,2 | 32,419 ₍₂₎ | 0,000 |
| ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado? | 8,1 | 76,8 | 15,2 | 0 | 68,7 | 32,2 | 19,230 ₍₂₎ | 0,000 |
| ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? | 6,1 | 45,5 | 48,5 | 6,8 | 44,5 | 48,6 | 0,68 ₍₂₎ | 0,967 |
| ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? | 26,3 | 68,7 | 5,1 | 7,5 | 83,6 | 8,9 | 16,758 ₍₂₎ | 0,000 |
| ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado? | 10,1 | 79,8 | 10,1 | 0 | 85,6 | 14,4 | 15,842 ₍₂₎ | 0,000 |
| ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? | 91,9 | 7,1 | 1,0 | 95,9 | 4,1 | 0 | 2,548 ₍₂₎ | 0,280 |

Analizaremos ahora los obtenidos en función del lugar de trabajo del médico. Respecto a la puntuación total, las diferencias son estadísticamente significativas aplicando la prueba t de Student como se puede apreciar en la tabla 22 y figura 16, con una media superior en las médicos que trabajan en medio rural respecto a los que trabajan en medio urbano

Tabla 22. Puntuación Total de los Ítems CICAA según el Lugar de Trabajo

| $\bar{x}_{(DT)}$ | t (gl) | p |
|---|------------------------|-------|
| Medio Urbano 5,335 _(1,681) | 4,592 ₍₂₄₃₎ | 0,000 |
| Medio Rural 6,375 _(1,438) | | |

Figura 16. Puntuación Total de los Ítems CICAA según el Lugar de Trabajo



Si analizamos cada uno de los items por separado (ver tabla 23), comprobamos al realizar la prueba Chi Cuadrado que las diferencias estadísticamente significativas se dan en los items referidos al lenguaje no verbal, la reactividad del profesional, la facilitación del discurso del paciente y la realización de resúmenes, quedando cerca de la significación el contacto visual. Sólo considerando los porcentajes de quienes alcanzan la máxima puntuación en estos ítems vemos cómo para el lenguaje no verbal, un 17,9% lo

utilizan adecuadamente en medio urbano frente a un 43,1% en medio rural. En el empleo de la reactividad adecuada encontramos un 40,5% en medio urbano y un 68,1% en medio rural. En la facilitación del discurso del paciente, nos aparece un 8,1% en medio urbano frente a un 5,6% en medio rural. Y en la realización de resúmenes, a pesar de que en los dos casos los porcentajes son muy bajos, en el medio urbano es del 0% frente al 1,4% del rural.

Tabla 23. Puntuación del Cuestionario CICAA comparando los distintos Ítems en función del lugar de trabajo

| | Puntuación: Medio Urbano% | | | Puntuación: Medio Rural% | | | $\chi^2_{(g)}$ | p |
|---|------------------------------|------|------|-----------------------------|------|------|-----------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | | |
| ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación? | 16,8 | 75,7 | 7,5 | 9,7 | 81,9 | 8,3 | 2,013 ₍₂₎ | 0,366 |
| ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado? | 4,6 | 77,5 | 17,9 | 0 | 56,9 | 43,1 | 19,018 ₍₂₎ | 0,000 |
| ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? | 7,5 | 52,0 | 40,5 | 4,2 | 27,8 | 68,1 | 15,499 ₍₂₎ | 0,000 |
| ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? | 20,2 | 71,7 | 8,1 | 2,8 | 91,7 | 5,6 | 13,320 ₍₂₎ | 0,001 |
| ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado? | 5,8 | 83,2 | 11,0 | 0 | 83,3 | 16,7 | 5,460 ₍₂₎ | 0,065 |
| ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? | 96,5 | 3,5 | 0 | 88,9 | 9,7 | 1,4 | 6,465 ₍₂₎ | 0,039 |

La escucha activa en atención primaria.

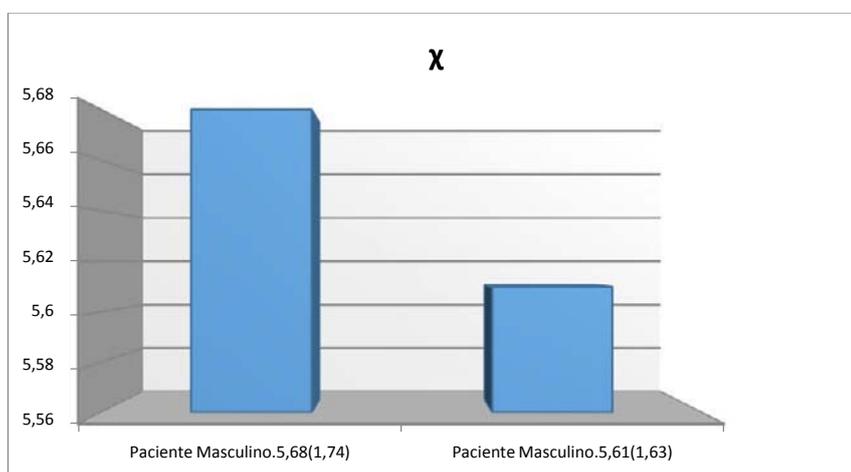
5.4. Análisis diferenciales de los distintos ítems que componen el cuestionario en función de distintas variables de los pacientes (sexo del paciente, edad y nivel de estudios).

Comparemos ahora los resultados obtenidos en función de las distintas variables del paciente. En primer lugar según el sexo del paciente, donde vemos que las diferencias no son estadísticamente significativas aplicando la prueba t de Student como se puede apreciar en la tabla 24 y figura 17

Tabla 24. Puntuación Total de los Ítems CICAA según el sexo del paciente

| $\bar{X}_{(DT)}$ | t (gl) | p |
|---|-----------------------|-------|
| Paciente Masculino 5,68 _(1,74) | 0,33 ₍₂₄₃₎ | 0,742 |
| Paciente Femenino 5,61 _(1,63) | | |

Figura 17. Puntuación Total de los Ítems CICAA según el sexo del paciente



Si analizamos cada uno de los ítems por separado (ver tabla 25), comprobamos al realizar la prueba Chi Cuadrado que las diferencias no son estadísticamente significativas en ninguno de los ítems. Es cierto que observamos un mayor uso adecuado del ordenador, ante los pacientes de sexo masculino (8,9%) que ante los de sexo femenino (6,9%); Un mayor uso del lenguaje no verbal (27,7% en masculino frente a un 23,6% en sexo femenino),

una reactividad menos adecuada (44,6% en sexo masculino y un 51,4% en el femenino); una menor facilitación del discurso del paciente (6,9% en sexo masculino frente a un 7,6% en sexo femenino); un mayor contacto visual (13,9% en masculino y un 11,8% en femenino); y una mayor realización de resúmenes de los que nos cuenta el paciente (para sexo masculino 1% como en el femenino que es 0); pero en ningún caso estas diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 25. Puntuación del Cuestionario CICAA comparando los distintos ítems y el sexo del paciente.

| | Puntuación: Paciente Masculino | | | Puntuación: Paciente Femenino | | | $\chi^2_{(g)}$ | p |
|---|-----------------------------------|------|------|----------------------------------|------|------|----------------------|-------|
| | % | | | % | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | | |
| ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación? | 9,9 | 81,2 | 8,9 | 18,1 | 75,0 | 6,9 | 3,276 ₍₂₎ | 0,194 |
| ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado? | 5,0 | 67,3 | 27,7 | 2,1 | 74,3 | 23,6 | 2,296 ₍₂₎ | 0,317 |
| ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? | 7,9 | 47,5 | 44,6 | 5,6 | 43,1 | 51,4 | 1,343 ₍₂₎ | 0,511 |
| ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? | 12,9 | 80,2 | 6,9 | 16,7 | 75,7 | 7,6 | 0,762 ₍₂₎ | 0,683 |
| ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado? | 5,9 | 80,2 | 13,9 | 2,8 | 85,4 | 11,8 | 1,847 ₍₂₎ | 0,397 |
| ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? | 93,1 | 5,9 | 1,0 | 95,1 | 4,9 | 0 | 1,583 ₍₂₎ | 0,453 |

Para la variable edad, como se puede apreciar en la tabla 26, los resultados del ANOVA nos indican que no existen tampoco diferencias en las edades de los pacientes, entre los médicos valorados con un 0, 1 o 2 en los distintos ítems del CICAA.

Tabla 26. Diferencias en la edad de los pacientes en función de las distintas valoraciones otorgadas a los médicos (ANOVA)

| | F _(g) | p |
|---|------------------------|-------|
| ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación? | 1,655 ₍₂₄₄₎ | 0,193 |
| ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado? | 0,619 ₍₂₄₄₎ | 0,540 |
| ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? | 1,128 ₍₂₄₄₎ | 0,325 |
| ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? | 0,389 ₍₂₄₄₎ | 0,678 |
| ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado? | 0,116 ₍₂₄₄₎ | 0,891 |
| ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? | 1,688 ₍₂₄₄₎ | 0,187 |

El mismo resultado se obtiene al realizar análisis de correlación de Pearson entre el total obtenido en el cuestionario y la edad de los pacientes ($r=0,063$, $p<0,326$). Y a través de correlaciones de Spearman entre la edad de los pacientes y cada uno de los ítems, obteniéndose una correlación de 0,008 ($p<0,898$) con el ítem 2; 0,002 ($p<0,969$) con el ítem 4; 0,087 ($p<0,173$) con el

item 7; 0,036 ($p < 0,573$) con el item 8; 0,021 ($p < 0,745$) con el item 9; y 0,085 ($p < 0,185$) con el item 20.

Lo mismo cabe decir cuando comparamos a través de un ANOVA el total obtenido en el CICAA en función del nivel de estudios de los pacientes. Se obtiene una F de 0,553₍₃₎ $p = 0,647$ por lo que las diferencias no son significativas estadísticamente. Y tampoco se obtiene cuando se compara cada uno de los items a través de una prueba Chi cuadrado como se puede ver en la tabla 27.

Tabla 27. Puntuación del Cuestionario CICAA comparando los distintos Ítems y el nivel de estudios.

| | Puntuación Sin estudios% | | | Puntuación: Primarios% | | | Puntuación Secundarios % | | | Puntuación: Superiores% | | | $\chi^2_{(g)}$ | p |
|---|--------------------------|----|---|------------------------|------|---|--------------------------|------|---|-------------------------|------|---|-----------------------|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | | |
| ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación? | 0 | 90 | | 13,3 | 80,8 | | 14,9 | 73 | | 24,2 | 63,6 | | 10,547 ₍₆₎ | 0,103 |
| | | 10 | | | 3,9 | | | 12,2 | | | 12,1 | | | |
| ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado? | 0 | 60 | | 3,1 | 71,1 | | 4,1 | 73 | | 3 | 72,7 | | 1,737 ₍₆₎ | 0,942 |
| | | 40 | | | 25,8 | | | 23 | | | 24,2 | | | |
| ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? | 0 | 60 | | 3,9 | 41,4 | | 10,8 | 52,7 | | 9,1 | 36,4 | | 10,410 ₍₆₎ | 0,108 |
| | | 40 | | | 54,7 | | | 36,5 | | | 54,5 | | | |
| ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? | 10 | 90 | | 14,1 | 78,1 | | 14,9 | 78,4 | | 21,2 | 69,7 | | 2,501 ₍₆₎ | 0,868 |
| | | 0 | | | 7,8 | | | 6,8 | | | 9,1 | | | |
| ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado? | 10 | 80 | | 2,3 | 85,9 | | 4,1 | 83,8 | | 9,1 | 72,7 | | 5,355 ₍₆₎ | 0,499 |
| | | 10 | | | 11,7 | | | 12,2 | | | 18,2 | | | |
| ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido | 80 | 20 | | 94,5 | 5,5 | | 97,3 | 1,4 | | 90,9 | 9,1 | | 9,787 ₍₆₎ | 0,134 |
| | | 0 | | | 0 | | | 1,4 | | | 0 | | | |

5.5. Resultados de la encuesta de satisfacción del usuario en conjunto, y desglosada por cada una de las preguntas que componen la encuesta: variables explicativas.

Tras la encuesta de satisfacción de los usuarios, realizada, antes de la entrevista, y recalando a los pacientes que les estábamos preguntando por su “relación habitual” con el médico, se completaron 217 encuestas validas, (lógicamente, los pacientes que acudían por primera vez, ese día, se excluyeron del análisis de la satisfacción). Recordemos también que la encuesta consistía en una escala de tipo *Likert*, compuesta por 8 preguntas cuya mínima puntuación total, era 0 y cuya máxima valoración eran 40 puntos. Pues bien, la puntuación mínima fue de 24 puntos y la máxima de 40 puntos con una media de 37,1 puntos, (36,3 para los pacientes de sexo masculino y 37,7 para los de sexo femenino) (Desviación típica=4,34), lo que nos hace pensar antes del análisis estadístico detallado, que en general existe un alto grado de satisfacción de los pacientes con sus médicos.

Si valoramos los distintos ítems de la encuesta de satisfacción en que la puntuación individual de cada uno sería de un mínimo de 0 y un máximo de 5 puntos, encontramos que, ante la pregunta sobre si su médico es amable la media sería de 4,71 (DT=0,568); a la pregunta sobre si considera que su médico es eficaz la media sería de 4,65 (DT=0,655); a la pregunta sobre si considera que su médico le dedica tiempo la media de puntuación sería de 4,520 (DT=0,850); ante la pregunta sobre si considera que su médico le escucha la media es de 4,58 (DT=0,734); en la pregunta sobre si su médico le explica las cosas, la media es de 4,67 (DT=0,598); cuando preguntamos sobre la exploración física cuando es necesaria la media es de 4,62 (DT=0,722); y ante la pregunta de que si su médico le explica cómo tomar la medicación la media de satisfacción es de 4,64 (DT=0,636). Finalmente y como resumen se le pregunta al paciente si “recomendaría este médico a otra persona” y en este ítem también se obtiene una media elevada, de 4,67 (DT=0,621). Considerando pues las medias podemos deducir que aun siendo todas las medias muy altas, los pacientes valoran sobre todo la amabilidad del profesional, que se les explique bien las cosas y por otra parte vemos que los ítems con menor puntuación, aunque como ya hemos dicho, siguen siendo muy altas, son los que hacen referencia a la escucha y al tiempo que les dedica el médico. En qué grado, esta satisfacción se debe, al empleo de la escucha activa que hacen los profesionales, lo conoceremos mediante los resultados estadísticos. También

conoceremos la relación que pueda existir entre la satisfacción del usuario y los distintos aspectos particulares que se evalúan en el cuestionario CICAA. Y finalmente estudiaremos la relación entre la satisfacción del paciente, el sexo del médico y el lugar de trabajo.

Respecto a la relación entre el uso de la escucha activa y el nivel de satisfacción, los resultados de los análisis de correlación de Pearson nos dan un coeficiente de 0,331 estadísticamente significativo ($p=0,000$) entre la puntuación total del CICAA y el índice de satisfacción. Como se puede ver en la tabla 28, esta significación se replica en los análisis de correlación de Spearman con cada uno de los ítems excepto para el último relacionado con la realización de resúmenes por parte del médico, probablemente por la escasa variabilidad que encontramos en este ítem. Parece por tanto que el uso de la escucha activa está relacionado positivamente con la satisfacción de los pacientes.

**Tabla 28. Correlación entre satisfacción y los ítems del CICAA.
Rho de Spearman**

| | |
|---|-----------------------|
| ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador y otros registros de forma que no altera la comunicación? | Ro 0,284** p 0,000 |
| ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es adecuado? | Ro 0,186** p 0,006 |
| ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada? | Ro 0,230** p 0,001 |
| ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente? | Ro 0,263** p 0,000 |
| ¿En qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado? | Ro 0,218** p 0,001 |
| ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? | Ro 0,004 p 0,957 |

La correlación es significativa a nivel 0,01 (bilateral)

Asimismo, el sexo del médico parece guardar una cierta relación con el nivel de satisfacción de los pacientes, siendo ésta significativamente superior ($t=2,43$, $gl=215$, $p=0,016$) cuando el médico es de sexo femenino (media=

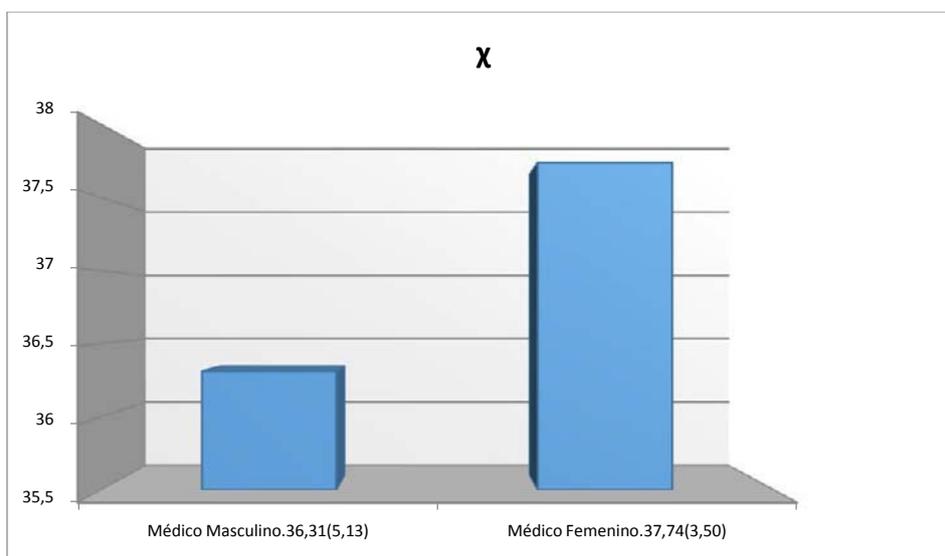
La escucha activa en atención primaria.

37,74, DT=3,50) que cuando es de sexo masculino (media 36,31, DT=5,13) (ver tabla 29 y figura 18).

Tabla 29. Comparación entre el nivel de satisfacción en función del sexo del médico

| $\bar{x}_{(DT)}$ | t (gl) | p |
|---|------------------------------|--------------|
| Médico Masculino 36,31 _(5,13) | 2,43 ₍₂₁₅₎ | 0,016 |
| Médico Femenino 37,74 _(3,50) | | |

Figura 18. Comparación entre el nivel de satisfacción en función del sexo del médico

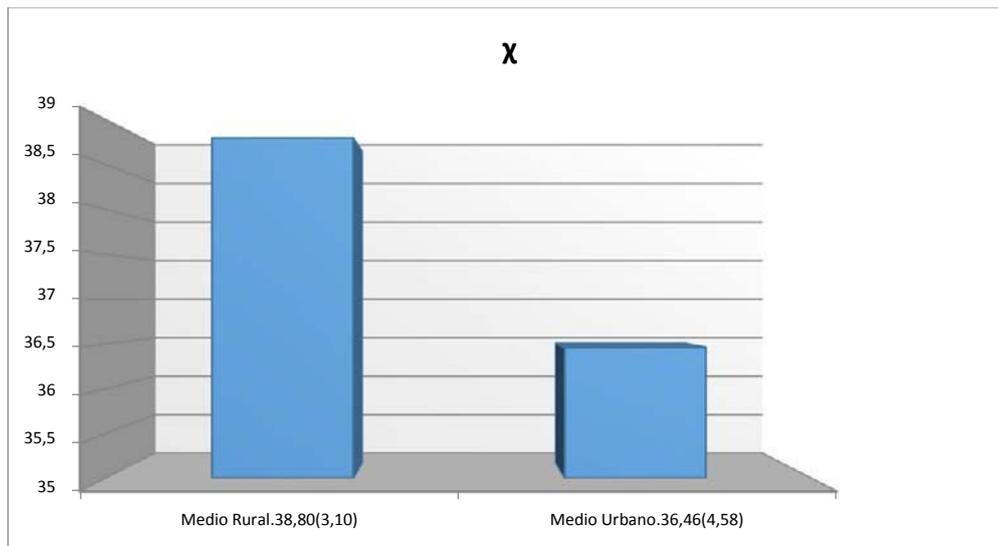


Y lo mismo sucede con el lugar de trabajo. Los resultados de la prueba t (t=3,67, gl=215) demuestran que el nivel de satisfacción es significativamente mayor (p=0,000) cuando el médico pertenece a un centro de entorno rural (media=38,80, DT=3,10) que cuando trabaja en un centro urbano (media=36,46, DT=4,58). Ver tabla 30 y figura 19

Tabla 30. Comparación entre el nivel de satisfacción/el lugar de trabajo

| $\bar{X}_{(DT)}$ | t (gl) | p |
|---|------------------------------|--------------|
| Medio rural 38,80 _(3,10) | 3,67 ₍₂₁₅₎ | 0,000 |
| Medio urbano 36,46 _(4,58) | | |

Figura 19. Comparación entre el nivel de satisfacción en función del lugar de trabajo



Para finalizar, quisimos conocer qué capacidad explicativa tenían todas las variables analizadas en este estudio sobre el grado de satisfacción del paciente. Para ello realizamos un análisis de regresión lineal múltiple en el que las variables independientes fueron el sexo y lugar de trabajo del médico, el sexo, edad y nivel de estudios del paciente y la puntuación total del CICAA. Los análisis resultaron en dos modelos, en el primero de los cuales tan sólo entró la variable puntuación total del CICAA, explicando un 10,5% de la varianza (R cuadrado corregida=0.105). En el segundo modelo se incorporó la variable

La escucha activa en atención primaria.

lugar de trabajo del médico, explicando entre ambas variables el 12,4% de la varianza (R^2 corregida=0,124). Por el principio de parsimonia decidimos quedarnos con la primera ecuación de regresión ($F=26,416$, $p<0,000$) con una única variable explicativa de la satisfacción del paciente, a saber, la puntuación total del CICAA ($\beta=0,331$) indicando que una mayor habilidad de escucha activa es capaz de explicar por sí sola un 10% de la satisfacción de los pacientes, El resto de variables fueron excluidas de la ecuación.

A continuación realizamos un segundo análisis en el que desglosamos la puntuación total del CICAA en sus diferentes items, esto es, introdujimos como variables independientes los seis items relacionados con la escucha activa del CICAA. Obtuvimos dos modelos. En un primer paso, apareció el item 2 del CICAA explicando el 7,5% de la varianza de la satisfacción del paciente (R^2 corregida=0,075). Y en el segundo paso, se incluyó también el item 8, pasando a ser la varianza explicada del 10,2% (R^2 corregida=0,102). Ambas contribuyeron positivamente ($\beta= 0,224$ y $0,187$ respectivamente) a la ecuación de regresión ($F=13,315$, $p<0,000$). Estos resultados implican que tan sólo dos items del CICAA se convierten en las principales variables explicativas de la satisfacción del paciente de entre las analizadas en este estudio, los que tienen que ver con en qué medida el profesional hace uso del ordenador o de otros registros de forma que no altere la comunicación y hasta qué punto facilita el discurso del paciente.

Capítulo 6

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Intentar conocer la realidad del día a día de las consultas de atención primaria es muy complicado, y lo es mucho más si pensamos en la gran variedad de situaciones que en ellas vivimos. Recientemente un querido amigo y compañero me comentaba hablando sobre el tema que la realidad de la consulta de atención primaria es la realidad de la vida misma, *“siéntate en la consulta un día y veras pasar ante tus ojos la vida misma, la tristeza, la miseria, el conformismo, la alegría”*. Tan difícil como querer abarcar esto, es querer valorar en un estudio científico algo tan personal, tan íntimo como llegar a saber si nos estamos esforzando por “escuchar” a nuestros pacientes y si ellos valoran el esfuerzo que esto supone y si en definitiva lo estamos consiguiendo. Hemos desarrollado herramientas de medida fiables y capaces de aproximarnos al estudio de la relación clínica⁷⁷. Si no, no estaríamos ahora en disposición de reflexionar y exponer conclusiones sobre este tema. Además disponemos de los medios tecnológicos necesarios para que lo que queremos medir sea medible con la claridad y el rigor de un estudio⁷¹. Pero ¿por qué y para qué, el esfuerzo que supone cientos de horas de grabación, visualización y análisis? Volver a hablar de la importancia de la relación médico-paciente tras todo lo que se ha apuntado ya en el estudio parece que puede estar de más en estas conclusiones, pero en realidad es el eje sobre el que gira nuestro trabajo. No vamos a repetir aquí lo importante que consideramos la escucha activa como parte del modelo de relación médica centrado en el paciente, con las ventajas que ya hemos expuesto, desde la mejora de la satisfacción⁷ hasta la mejora de la salud global del paciente⁸. Consideramos pues importante el conocimiento de primera mano *in situ* y de la forma más aproximada a la realidad de cómo se desarrolla la escucha y la relación entre los médicos de atención primaria y sus pacientes. Conocer esto, nos puede permitir planificar estrategias si fuera necesario, para mejorar este aspecto que constituye la base sobre la que se sustenta toda la relación clínica. Como resumen y colofón bien vale las frases de Daniel Goleman cuando afirma que *“La escucha verdadera, me obliga a sintonizar con sus sentimientos, permitiéndole expresar lo que tenga que decir, de un modo tal que la conversación sigue el rumbo que ambos decidimos. Y cuando este tipo de escucha se da en ambas direcciones, se establece un auténtico diálogo en el que los participantes adaptan sus comentarios a lo que el otro siente y dice”*⁸¹

Sin adelantar aun las conclusiones, sí diremos que, en la medida de nuestras posibilidades hemos conseguido entrar en lo más íntimo de la

consulta, hemos visto a muchos compañeros entablado su dialogo diario con los pacientes, todo un privilegio, si se nos permite la expresión. Utilizando una herramienta de medida sobre la realidad, nos hemos aproximado mucho a la realidad de la escucha activa. Es más, hemos podido desmenuzar algunos de los componentes que forman su entramado; esto nos ha permitido además ver de una forma objetiva los elementos que modifican la relación *in situ*; hemos podido tener en cuenta también, aspectos tan importantes como el tipo de consulta según el medio donde se desarrolla, rural, urbano, etc. y las características del paciente según su edad, sexo, nivel de estudios, para finalizar relacionando el grado de escucha activa medida, con la satisfacción del paciente.

Así pues, pensamos que hemos cumplido los objetivos que se plantearon al inicio del estudio empírico.

Para comenzar, como ya se ha comentado y siendo lo ideal que la puntuación fuera lo más alta posible, podemos concluir que muchos profesionales “aprueban” en la utilización de la escucha activa, pero los resultados obtenidos son muy mejorables. A nivel global, la mayoría (el 67,7%) de los profesionales se sitúan entre los 5 y los 7 puntos (recordemos que la mínima puntuación era 0 y la máxima era 12) siendo la media de 5,6 puntos. Pero sólo el 31,4% superó la puntuación de 6 puntos.

Para afinar más en nuestra afirmación, de que la utilización de la escucha activa en las consultas de atención primaria es muy mejorable, es conveniente analizar los distintos ítems que componen la escala de valoración para tener una imagen más precisa de dónde están situadas las fortalezas y las debilidades del profesional a la hora de implementar la escucha activa en las consultas diarias. Analizando el primer ítem, relacionado con el **uso del ordenador y otras formas de registro sin alterar la comunicación**, vimos que el 77% de los profesionales obtiene un puntuación de 1 lo que nos indica que a pesar de que el profesional se esfuerza por manejar el ordenador de manera que interfiera lo menos posible no consigue su objetivo en muchas ocasiones, convirtiéndose el ordenador en una barrera para la comunicación. En un estudio publicado en 2009 en el Journal of General Internal Medicine, sobre el uso del ordenador en la consultas de atención primaria se concluía que *“Hay un delicado equilibrio entre los beneficios y riesgos del uso del ordenador. El automatismo, especialmente en combinación con las*

*interrupciones, se demostró como el principal factor que contribuía a los errores. El uso del ordenador tuvo una influencia negativa en la comunicación*⁸²

No obstante, en el mismo artículo se ofrecían soluciones generales al problema, mejorando la organización del entorno de las consultas, y mejorando los conocimientos de los médicos respecto a informática y a comunicación.

En otras publicaciones recientes (2006) se han llegado a publicar 10 consejos para mejorar la relación médico-paciente o minimizar el impacto negativo que el uso del ordenador pueda tener en la consulta. Por su curiosidad y por su utilidad los reproducimos en este apartado, obviando su explicación más detallada.⁸³

“Utilice monitores de ordenador móviles, aprenda a escribir, y aprenda a escribir teniendo en cuenta las necesidades de sus pacientes, utilice las plantillas y las tablas solo para guardar documentos, no en el momento de la entrevista. Separe algunos problemas de mantenimiento de entrada de datos y de servicios de salud de rutina, de la entrevista con el paciente. (No rellene formularios de datos administrativos en la entrevista). Comience con las preocupaciones de sus pacientes. Dígale a sus pacientes lo que está haciendo y cómo lo está haciendo. Si quiere señalarle algo al paciente señálelo con un puntero, bolígrafo etc. Fomentar la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y finalmente y sobre todo: Mire a sus pacientes”.

En otros estudios recientes (2006) se ha llegado a sugerir que la presencia del ordenador en las consultas está cambiando la tradicional relación entre el médico y el paciente, convirtiéndose el ordenador en una parte más de la relación, lo que constituiría una relación tríadica, donde está cambiando la antigua relación de poder entre el médico y el paciente⁸⁴

Todo lo anteriormente dicho lleva a los autores de este estudio a considerar que tanto en la literatura consultada como en nuestro estudio, el ordenador en la consulta resultó una barrera para la comunicación y por ende para desarrollar una escucha activa de calidad. ¿Qué se podría hacer para mejorar estos inconvenientes? En los trabajos comentados anteriormente ya se apuntaban algunas soluciones y hemos encontrado un estudio publicado en 2011 en Israel⁸⁵ donde se desarrolló una intervención educativa basada en la simulación (mediante talleres) en el que participaron 12 residentes de medicina

de familia y donde se concluyó que *“El módulo desarrollado de una intervención educativa para mejorar habilidades en el entorno informatizado se ha experimentado con éxito. Las herramientas de simulación, evaluación e informativas desarrolladas para el estudio eran aceptables y factibles. El estudio proporciona un marco de conocimientos y herramientas de actualización de rendimiento, en el entorno informatizado. Estos puntos de vista y las herramientas tienen un potencial real para mejorar la calidad, la seguridad y la eficacia de la asistencia sanitaria. Este módulo está listo para, pruebas rigurosas finales, así como para servir como punto de referencia para futuras intervenciones”*

Este mismo autor, junto con otros compañeros, en una nueva publicación muy reciente (2013), reafirma los resultados de su estudio anterior y propone un modelo que tiene como objetivo capacitar a los médicos para permanecer centrados en el paciente, mientras hacen una utilización eficaz del ordenador en la consulta⁸⁶

Así pues y tras nuestro estudio podemos concluir que teniendo en cuenta los resultados obtenidos tras la valoración del ítem, sería muy interesante proponer una intervención educativa en la línea de las propuestas y adaptada a las peculiaridades de nuestro entorno.

Respecto al **uso del lenguaje no verbal**, el 71 % de los profesionales obtiene un 1, y la media se sitúa en 1,22 puntos. Este resultado para los autores del trabajo significa que la mayoría de los profesionales utiliza un lenguaje no verbal adecuado, aunque como en la conclusión general, muy mejorable. Prácticamente todos los profesionales, “miran” al paciente mientras hablan, excepción hecha de los que acusan más la intromisión del ordenador en la relación, pero en muchas ocasiones el ritmo y el tono del lenguaje no es del todo adecuado, se tiende a modular poco el tono de voz y a adecuarlo a la información, se tiende a utilizar siempre el mismo tono se esté diciendo lo que se esté diciendo, tanto para comunicar una mala noticia como para explicar un tratamiento, lo que resta empatía en muchas ocasiones. Finalmente la indumentaria (siempre bata) las posturas en la consulta etc. suelen ser casi siempre adecuadas.

En tercer lugar, los resultados muestran una **reactividad** que podríamos clasificar como de intermedia pero con tendencia a ser adecuada dado que el 48,6% puntuaron el máximo. En algunos estudios se observó que

interrumpimos el discurso del paciente de forma temprana, en uno a los 18 segundos⁸⁷ y en otro a los 12 segundos⁸⁸. En ambos estudios se concluyó, que la comunicación medico paciente se veía comprometida por la precipitación en interrumpir al paciente. Recordemos que la reactividad, se define como el tiempo que tardamos en interrumpir al paciente. En nuestro estudio no hemos medido el tiempo exacto que los profesionales tardaban en interrumpir al paciente (no está en nuestros objetivos) pero sí hemos valorado como componentes del ítem 7, la adecuada “reactividad”. Así pues, en nuestro caso y teniendo en cuenta los resultados de la valoración la calidad de la comunicación no se ve en exceso comprometida por este aspecto.

Por lo que se refiere al **empleo de los facilitadores**, el 77% de los médicos obtiene una puntuación de 1, indicando que se tiende a utilizar sobre todo los facilitadores no verbales. En la mayoría de los médicos los cabeceos, o gestos de la cara que indican al paciente que puede continuar su discurso. El empleo de los verbales se da en menos ocasiones. La impresión que obtenemos de este resultado es que posiblemente estemos más cómodos con los facilitadores no verbales y que es más trabajosa la utilización de los verbales.

Respecto al establecimiento de un **contacto visual-facial adecuado** el 88,3% de los profesionales obtiene un puntuación de 1, no se puntúa 2 porque el tiempo del contacto visual facial se ve en la mayoría de las ocasiones perjudicado por el tiempo que el profesional dedica al ordenador. Diríamos aquí que el elemento que hace que nuestros profesionales no obtengan una puntuación más alta son las interferencias del ordenador.

Finalmente en lo que se refiere a **hacer resúmenes de la información obtenida**, ya hemos comentado, que es de gran utilidad durante la entrevista porque aumenta la fiabilidad, realidad y validez de los datos obtenidos. El paciente se siente escuchado, y participa en la visualización final que se forma en nuestra cabeza sobre su problema⁹. Pues bien, el 94,3% de los profesionales no hacen ningún tipo de resumen sobre la información que obtienen del paciente. En realidad, en solo una de las 245 entrevistas analizadas, se hace un resumen de lo que el paciente ha expresado. Pensamos que este defecto en la comunicación puede ser fácilmente corregido mediante un entrenamiento adecuado.

Los resultados estadísticos tanto en general como ítem a ítem que analizan la utilización de la escucha activa en función de las variables derivadas del profesional, tanto su sexo como el lugar de trabajo según si se trata de un centro rural o urbano, nos permiten concluir que existe una diferencia estadísticamente significativa en la utilización de la escucha activa según el sexo del médico, existiendo diferencia a favor de los profesionales de sexo femenino, tanto en el conjunto del cuestionario como en las valoraciones ítem a ítem, en todos los ítems salvo en el que hace referencia a la reactividad y la utilización de resúmenes. En general las mujeres según nuestro estudio, gestionan mejor la barrera del ordenador, mantienen un lenguaje no verbal mejor, suelen facilitar más el discurso del paciente y mantienen mejor el contacto visual facial.

Estos resultados coinciden con los encontrados en la literatura. En varios estudios publicados, ya se hace referencia a esta circunstancia. En un metanálisis sobre el efecto del sexo del médico en la comunicación se dice textualmente que *“Los médicos de atención primaria de sexo femenino se involucran más en la comunicación centrada en el paciente que sus colegas masculinos”*.⁸⁹ En otro de los estudios, se afirma que el género se asoció al patrón de interrupciones en la entrevista, siendo menor en los médicos de sexo femenino.⁸⁸ Incluso en otro estudio se afirma que los pacientes se sienten más participativos ante los médicos mujeres.⁹⁰

Cuando se ha analizado la utilización de la escucha activa teniendo en cuenta si el médico trabaja en un medio rural, según la definición de “ruralidad” que habíamos definido en la primera parte del trabajo, podemos concluir que existe diferencia estadísticamente significativa entre los profesionales que ejercen su labor en medio rural y los que trabajan en medio urbano, a favor de los que la ejercen en medio rural. Menos en los ítems que se refieren al uso del ordenador, que sigue siendo el gran enemigo de la escucha activa tanto para hombres como mujeres y no respeta el medio urbano o rural, (la verdad es que las consultas rurales tampoco difieren tanto en su estructura como las urbanas). Tampoco existen diferencias en el ítem que hace referencia al mantenimiento del contacto visual facial (como ya apuntamos antes, posiblemente ligado a la interferencia del ordenador). En todos los demás sí existen diferencias. Podría de todas formas existir un sesgo involuntario en este punto del análisis y es que la mayoría de los médicos que hemos estudiado en zonas rurales son de sexo femenino. De los 5 profesionales que estaban en

poblaciones rurales 4 eran mujeres y solo uno hombre, inclinando por motivo de su sexo la balanza hacia el aspecto de la ruralidad. No hemos encontrado en la bibliografía ningún estudio que haga referencia al empleo de la escucha activa teniendo en cuenta si las consultas pertenecían a una localidad rural o urbana.

Los resultados estadísticos tanto en general como ítem a ítem que comparan la utilización de la escucha activa en función de las variables derivadas del paciente, tanto su sexo, como la edad y el nivel de estudios, permiten concluir que: No existen diferencias significativas en la utilización de la escucha activa por parte de los profesionales en función del sexo del paciente. Estudiados cada uno de los ítems que componen la herramienta de medida, no existe significación en ninguno de los apartados. Estos resultados coincidirían en parte con los encontrados en la literatura. Aunque ya antiguos, en uno de ellos se concluye que se estableció mayor empatía por parte del médico con los pacientes femeninos⁹¹. Pero en otros dos, con mayor validez externa, se concluyó que *“El análisis revela que la atención médica es a menudo similar para hombres y mujeres,”*⁹² y en otro *“Nos encontramos con que la atención médica es generalmente similar para hombres y mujeres.”*⁹³

Así pues y continuando con estas referencias, si existen diferencias entre el trato a hombres y mujeres, son de otra índole como el número de recetas que reciben, o las pruebas diagnósticas a las que someten, no al tipo de atención que reciben.

Analizando la relación que pueda existir, entre la utilización de la escucha activa y la edad del paciente, no hemos obtenido diferencia estadísticamente significativa para ninguno de los ítems evaluados en el cuestionario CICAA. En algunos estudios se apuntó que los médicos parecían ser más sensibles con los mayores de 30 años que con los menores⁹⁴. Pero no hemos encontrado ninguna otra referencia a pesar de que en general y en algunos estudios en particular refieren que: *“Los estudios de las interacciones de los médicos con los ancianos han demostrado que los pacientes se sienten incómodos e incapaces de hablar sobre los problemas psicosociales cuando notan precipitación y sienten que su médico no está interesado en lo que tienen que decir”*⁹⁵

Así pues, a pesar de que como en nuestro caso, no encontramos diferencia entre el uso de la escucha activa y la edad de los pacientes, la

comunicación entre el paciente de edad avanzada y su médico tiene una fuerte influencia sobre la satisfacción de los pacientes de mayor edad, la adherencia, y otros resultados relacionados con la salud⁹⁶

En definitiva, volvemos a confirmar que la buena comunicación médico-paciente y el empleo de la escucha activa como acción básica para conseguir esta buena comunicación, es fundamental en cualquier paciente y en cualquier circunstancia. Los datos que encontramos en la literatura así lo confirman, y además por lo reseñado anteriormente se revela de muy especial interés en los pacientes de edad avanzada que necesitan sentirse escuchados por sus médicos como apoyo adicional en su enfermedad.

Como parte de nuestro estudio se propuso también como uno de los objetivos secundarios y que estaría relacionado con las características de los pacientes, estudiar la posible relación o influencia del nivel de estudios de los pacientes sobre la utilización de la escucha activa en las consultas de atención primaria y en ese sentido no se obtiene una relación estadísticamente significativa. Si analizamos más detenidamente cada uno de los ítems del cuestionario y el nivel de estudios tampoco se obtiene en ninguno de los ítems un nivel de significación estadístico suficiente. Tras nuestra búsqueda bibliográfica no hemos encontrado ningún artículo que relacione el nivel de formación académica de los pacientes con ningún aspecto de la relación médico-paciente. Es un tema pues poco investigado, posiblemente se necesitarían más estudios para poder deducir conclusiones validas en este sentido.

Finalmente, hemos de hacer referencia a otro de nuestros objetivos, relacionar la utilización de la escucha activa con el grado de satisfacción de los pacientes. Encontramos un resultado estadísticamente significativo, entre la puntuación total del cuestionario CICAA y la satisfacción de los pacientes, es decir existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización de la escucha activa por parte de los profesionales y la satisfacción de los pacientes. Aplicando el análisis de regresión lineal múltiple encontramos que solo la escucha activa explicaría el 10% de la satisfacción de los pacientes. Si nos fijamos en cada uno de los ítems que componen el cuestionario CICAA y la satisfacción de los pacientes encontramos una relación significativa en todos los ítems menos en el que hace referencia a si los profesionales han resumido la información que transmitía el paciente. Pero es muy probable que en este

ítem las correlaciones no hayan sido significativas como consecuencia de que existe muy poca variabilidad en el uso de los resúmenes por parte de los profesionales. Aplicando un segundo análisis de regresión en el que desglosamos los ítems del CICAA, podemos observar que solo dos ítems se convierten en las principales variables explicativas de la satisfacción. Estos son los que hacen referencia a la utilización del ordenador por parte del profesional de manera que no interfiera con la relación clínica y en el que se observa en qué manera el profesional facilita el discurso del paciente.

Podemos afirmar, que a pesar de las limitadas habilidades de escucha activa, que parecen poner en juego los profesionales, los niveles de satisfacción son altos. No obstante, estas habilidades se configuran como uno de los factores explicativos de la satisfacción tras el análisis estadístico de los modelos de regresión lineal múltiple. Si bien es cierto que la cantidad de varianza explicada es limitada, indicando que existen otros factores en juego relacionados con la satisfacción, a pesar de que quizás este resultado esté influido por el alto grado de satisfacción valorado por todos los pacientes y la escasa variabilidad encontrada en esta variable.

También como era de esperar existe una relación estadísticamente significativa con el sexo del profesional y el lugar de trabajo, a favor de los profesionales de sexo femenino y los que trabajan en centros rurales.

Como ya se ha comentado en múltiples ocasiones a lo largo de este estudio, una buena relación médico paciente se establece a través de una comunicación efectiva y es difícil que exista una comunicación efectiva y satisfactoria sin una buena escucha activa. En nuestra última conclusión hemos establecido una relación positiva entre el nivel de utilización de la escucha activa y la satisfacción del paciente. La satisfacción del usuario depende de múltiples factores. Autores de la talla de Donabedian hace ya muchos años, describieron el valor de la satisfacción del paciente como un indicador importante del resultado de la atención médica⁹⁷ y de forma general, en la literatura se considera que los principales motivos de insatisfacción del paciente están relacionados con problemas de índole organizativa, “Las principales causas de insatisfacción se deben a problemas de accesibilidad, cita previa y tiempo de espera” mientras que “los usuarios tienen un alto nivel de satisfacción con los profesionales que les atienden”⁹⁸

Si intentamos estudiar esta satisfacción del paciente y relacionarla con estilo de entrevista del profesional, encontramos un estudio que concluyó que, los estilos de entrevista más centrada en el paciente se relacionaban con mayor satisfacción de este, y los estilos más directivos y centrados en el profesional con menor satisfacción.⁹⁹

Por otra parte también hemos encontrado estudios que podrían ir en contra de estas hipótesis como el que afirma que *“La satisfacción con los aspectos organizativos del servicio es la dimensión con más capacidad para explicar un aumento o descenso de la satisfacción global de los usuarios.”* Introduce pues, un factor dependiente del sistema, y hemos de tener en cuenta que cuando se mide la satisfacción, como en este estudio se hace referencia siempre a un modelo multifactorial que incluye todos los aspectos que componen la atención, es decir, no separa los aspectos que se deben a la atención médica y los que dependen de factores organizativos¹⁰⁰

Para finalizar nos gustaría citar uno de los más importantes y más recientes estudios sobre la satisfacción de usuarios en atención primaria y que se publicó en el Reino Unido en mayo de 2013 y que incluye datos de 2009-10 correspondientes a más de 2 millones de encuestas realizadas en atención primaria y en cuyos resultados los aspectos organizativos tuvieron poco peso en la satisfacción del paciente y *“la comunicación con el médico mostró la relación más fuerte con la satisfacción general”* y reproducimos las conclusiones más importantes: *“Para todos los grupos de pacientes, la comunicación con el médico es el piloto más importante de la satisfacción general con la atención primaria en Inglaterra, junto con la amabilidad de los recepcionistas. Por el contrario, y a pesar de ser una prioridad política para el gobierno, medidas de acceso, incluyendo la cita previa, están escasamente relacionadas con la satisfacción general.”*¹⁰¹

El presente trabajo tiene una serie de **limitaciones** que conviene tener en cuenta y que se derivan de dos tipos de cuestiones. En primer lugar podríamos tener un sesgo derivado del modo de selección de los profesionales implicados. Se trata de profesionales que colaboran voluntariamente en el estudio, contactados por el investigador y el resto, de forma indirecta a través de los contactos de los primeros. Posiblemente hubiera sido una elección aleatoria, la mejor manera de selección de los profesionales, pero dadas las características del estudio sin remuneración y la gran implicación personal que

supone, se prefirió un método indirecto de selección, en el que el observador solo interviene en la selección de un número reducido de participantes, y los demás son elegidos de forma que no tienen relación directa con el investigador, pero mantienen un compromiso indirecto con el proyecto. Aun así, nuestros resultados sólo podrían extrapolarse a profesionales que se correspondan con los criterios de selección usados.

En segundo lugar, podríamos encontrar algún sesgo derivado de la metodología de observación. En la medida en que el profesional pueda variar su práctica clínica al sentirse grabado en vídeo podríamos incluir un sesgo inevitable pero que según Pendelton sería mínimo⁶⁶

Como **conclusiones finales** a modo de resumen podemos destacar:

1. El grado de escucha activa, de los profesionales de atención primaria, medida mediante el cuestionario CICAA, sería aceptable pero claramente mejorable
 - El uso del ordenador en la consulta se ha revelado como una de las principales barreras en la escucha activa
 - El lenguaje no verbal de los profesionales es adecuado aunque también sería mejorable
 - La reactividad de los profesionales es adecuada, aunque también podría mejorar
 - La mayoría de los profesionales utilizan preferentemente los facilitadores no verbales
 - El contacto visual-facial es adecuado viéndose perjudicado en la mayoría de las ocasiones por el ordenador
 - A pesar de la demostrada utilidad de hacer resúmenes de lo que cuenta el paciente, para favorecer la escucha activa, prácticamente ningún profesional los realiza
2. Los profesionales médicos de sexo femenino, gestionan mejor la barrera del ordenador, mantienen un lenguaje no verbal mejor, suelen facilitar más el discurso del paciente y mantienen mejor el contacto visual facial. En general obtienen mejores resultados en el cuestionario CICAA de forma global.

3. Los profesionales que desarrollan su labor en centros rurales obtienen mejores puntuaciones en el cuestionario CICAA
4. No se pueden hallar diferencias significativas en la utilización de la escucha activa en función del sexo del paciente.
5. No se pueden hallar diferencias significativas en la utilización de la escucha activa en función de la edad del paciente.
6. No se pueden hallar diferencias significativas en la utilización de la escucha activa en función del nivel de estudios de los pacientes.
7. Existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de utilización de la escucha activa por parte de los profesionales y la satisfacción de los pacientes. Ello nos lleva a pensar que la utilización de una escucha activa adecuada aumenta la satisfacción de los pacientes. Posiblemente porque mejore la relación medio-paciente.
8. El uso del ordenador y la no facilitación del discurso del paciente son los principales comportamientos del médico relacionados con la escucha activa que actúan en detrimento de la satisfacción del paciente.

Como consecuencia de nuestras conclusiones, consideramos de interés mejorar la escucha activa de los profesionales de atención primaria y como consecuencia la relación médico-paciente, sería posible proponer una serie de medidas encaminadas a tal fin:

- Proponer una actividad formativa de tipo taller teórico-práctico (role-play, casos clínicos, pacientes simulados) y dirigido a profesionales sanitarios, sobre escucha activa.
- Proponer una actividad formativa de asesoramiento personal de tipo coaching, encaminada a lograr el máximo rendimiento en los aspectos de escucha activa que se detectaran con peor puntuación en el profesional, tratando sobre todo de modificar y obtener el máximo partido a la interacción con el ordenador. Este tipo de actividad se debería realizar en varias fases (siguiendo la metodología de coaching) y en el entorno habitual de trabajo del profesional.

La escucha activa en atención primaria.

- Proponer metodología de aprendizaje mediante video-grabaciones propias, en principio asesorado por compañeros con mayor experiencia y que se podría convertir a lo largo de la carrera profesional en un proceso de tipo self-audit.

Capítulo 7

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Borrell F. *Práctica Clínica centrada en el paciente*. Ed Triacastella. Madrid 2011.
- 2-Batson CD, Lishner DA, Cook J, Sawyer S. Similarity and Nurture: Two Possible Sources of Empathy for Strangers. 2005. *Basic and Applied Social Psychology*. 27: 15-25.
- 3-Borrell F. "Conocer a los compañeros" en: *Como trabajar en Equipo*, Barcelona Gestion. 2000
- 4-Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico. *Aten Prim*. 2011. doi:10.1016/j.aprim.2011.07.0145-
- 5-Borrell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry, *Annals of Family Medicine* 2004, 2 (6): 576-82
- 6-Epstein RM, Street RL. Patient-Centered Care for preferences, en: Summer Forum "From Rhetoric to Reality: Archiving Patient-Centered Care", Philadelphia, ABIM Foundation. 2008.
- 7-Mead N, Bower P. Patient Centered Consultations and outcomes in primary care: a review of the literature, *Patient Educ Couns*, 2002 48 (1):51-61
- 8-Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care, *BMJ*, 2000, 320 (7234): 526-7
- 9-Borrell F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*, Barcelona 2004. SemFyC.
- 10-Henbest RJ, Steward MA. Patient centeredness in the consultation. Does it really make a difference?, *Family Practice*, 1990. 7: 28-33
- 11-Starfield B, Wray C, Hess K. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *American Journal of Public Health*. 1981. 71:127-31
- 12-Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 1991. 32: 175-81
- 13-Epstein R, Franks P, Shields C. et al. Patient Centered Communication and Diagnostic Testing. *Ann Fam Med*. 2005. 3: 415-21

14-Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*. 1989. 27: s110-s127.

15-Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Expanding patient involvement in care. Effects in patient Outcomes. *Annals of Internal Medicine*. 1985.102 (4): 520-8

16-Moerman D, Jonas W. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Annals of Internal Medicine*. 2002. 136 (6):471-6

17-Hornberger J, Thom D, McCurdy T. Effects of a self administered previsit questionnaire to enhance awareness of patients concerns in primary care. *J Gen Intern Med*. 1997. 12(10):597-606.

18-Bartz R. Beyond the biopsychosocial model. New approaches to Doctor-patient interactions. *J Fam Practice*. 1999. 48(8):601-7

19-Epstein R, Siegel D, Silverman J. et al. Self-Monitoring in Clinical Practice: A Challenge for Medical Educators. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2008. 28(1) 5-13

20- Hipócrates. Citado por: Novack DH, Epstein RM, Pulsen RH. Toward creating physician healers: fostering medical Students' self awareness, personal growth, and well being. *Acad Med* 1999; 74:516–520.

21-Borrell F. La relación médico paciente en un mundo cambiante. *Humanitas; Humanidades Médicas*, tema del mes "on line". 15 de Mayo, 11-28, 2007 disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/tema0715/revista.html>

22- Rafols A, Valles M. Curs d'Entrevista Clínica en A.P.S. Accesible en <http://residentfamiliagirona.blogspot.com/>. Último acceso Abril 2013

23-Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D. et al. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. *Br Med J* (Ed. esp.) 1993; 8: 40-44.

24-Declaración de Alma Ata. OMS. ISBN: 9243541358. Disponible en internet en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>. Último acceso mayo 2013

25- Gervas J. Los Sistemas de registro en la atención primaria de salud. Equipo CESCA. Editorial Diaz de Santos, 1987. Madrid. ISBN: 8486251672

26-Starfield B. Primary care, Concept, evaluation and policy. Nueva York: Oxford University Press; 1992.

27- Barómetro Sanitario 2011, Instituto de Información Sanitaria. Estudios nº 2.862, 2.906 y 2.916, Febrero-October 2011 disponible en internet: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2011_total_marginales.pdf

28-Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. MSC. 2007. Disponible en internet en: http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf. Último acceso Noviembre 2012.

29-Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (supl.1):1 Disponible en internet en:<http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/volumen-26/numero-supl1> Último acceso noviembre de 2012.

30-García Armesto S, Abadía Taira B, Durán A, et al. España: análisis del sistema sanitario. Sistemas Sanitarios en Transición. 2010; 12:1-240.

31-Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. Madrid. Fundación Foessa; 2008.

32- Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York. Oxford University Press; 1998.

33- Dedeu A, Lapena C, Martí T, et al. Reflexiones sobre la atención primaria de salud. Fundación Alternativas. Nº: 172/2011 (Consultado el 18/01/2012.) Disponible en:<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/reflexiones-sobre-la-atencion-primaria-de-salud>.

34-Protocolos Organizativos. Centro de Salud Rafalafena. Castellón. Disponible en:http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=60. Ultimo acceso Agosto 2012.

35-Protocolos de Procedimientos. Centro de Salud Rafalafena. Castellón. http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=61. Ultimo acceso Agosto 2012.

- 36-Protocolos Clínicos. Centro de Salud Rafalafena. Castellón. Disponible en http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=62. Último acceso Agosto 2012.
- 37- Bartlett EE, Grayson M, Barker R. The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall and adherence. *F Chronic Dis* 1984;37:755-64.
- 38 Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-6.
- 39-Balint M. The doctor, his patient, and the illness. New York: International University Press, 1972.
- 40-Lipkin M Jr, Quill TE, Napedano RJ. The medical interview: a core curriculum. *Ann Intern Med* 1984;100:277-84
- 41-Turabian JL. Cuadernos de medicina de familia y comunitaria: una introducción a los principios de Medicina de Familia. Ed Diaz de Santos. Madrid 1995.
- 42-Pacual P, Indurain S. Como mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol 24,supl 2. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple3.html>
- 43- Muñoz Corvalán J. "Estrategias comunicativas", en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Mayo 2012, www.eumed.net/rev/cccss/20/
- 44-Marcuello García A. Habilidades de comunicación: Técnicas para Comunicación eficaz. Disponible en internet: http://www.psicologia-online.com/monografias/5/comunicacion_eficaz.shtml. Último acceso. Agosto 2012.
- 45-Ortiz Crespo R. Aprender a escuchar. Ed Lulu. 2007. Disponible en Internet en:http://www.aprenderaescuchar.es/imagenes/AprenderaEscuchar_Preview.pdf. Último acceso Agosto 2012
- 46-McGrath JM, Arar NH, Pugh JA. The influence of electronic medical record usage on nonverbal communication in the medical interview. *Health Informatics J*. 2007 Jun;13(2):105-18.

47-Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract.* 2002 Jan-Feb;15(1):25-38.

48-Harrigan J, Rosenthal R. Physicians head and body positions as determinants of perceived rapport. *J Applied Soc Psychol* 1983;13:496-509.

49-Harrigan J, Oxman T, Rosenthal R. Rapport expressed through non verbal behavior. *J Non verbal Behav* 1985;9:95-110.

50-Larsen KM, Smith CK. Assessment of non-verbal communication in the patient-physician interview. *J Fam Pract* 1981;12:481-8.

51-Harrigan JA. Self-touching as an indicator of underlying affect and language processes. *Soc Sci Med* 1985;20:1161-8.

52-Barreau B, Tastet S. Communicating the results in breast oncology: nonverbal and a verbal exchange. *J Radiol.* 2007 Feb;88(2):219-23

53-Reinoso Hermida S, Menendez Villalva C, Fernandez Alvarez R, et al. La Comunicación no verbal: ¿Qué interpretan nuestros pacientes? *Cad Aten Primaria.* 2009. Vol 16: 40-43.

54-Cibanal L, Arce M.C, Carballal M. Técnicas de Comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Ed Elsevier. Madrid 2010

55-Serrano del Rosal D, Loriente Arin N. Anatomía de la satisfacción del paciente *Salud pública de México*, vol 50, nº2, marzo-abril 2008, 162-172.

56-Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000;114 (Supl 3):26-33

57-Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Rodríguez-Marín J. "Not being satisfied" is not equivalent to "being unsatisfied". *Rev Clin Esp.* 2006 Apr;206(4):209-10.

58-Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966; 44: 166-202

59-Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) *Patient satisfaction in health and mental health services.* *Evaluation and Program Planning* 1983;6:185-210

60-Bowers MR, Swan JE, Kohler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. Health Care Manage Review 1994;4:49-55.

61-Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in Limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. Quality in Health Care 1999;8:16-21.

62-Sixma HJ, Spreeuwenberg P, van der Pasch M. Patient satisfaction with the general practitioner. Medical Care 1998;36:212-229.

63-Sixma HJ, Kerssens J, Van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. Health Expectations 1998;1:82-95.

64-Rost K. The influence of patient participation on satisfaction and compliance. Diabetes Educ 1989; 15: 139-143.

65-Canovaca Vega AM. Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario. Tesis Doctoral, presentada en la Universidad de Córdoba, 2006. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2010. SBN-13-978-84-693-2999-3

66-Pendelton D. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford University Press, Oxford 1984.

67-Análisis y Prospectiva. "Población y sociedad rural" Agroinfo nº12, Febrero de 2009. Publicaciones de la UAP. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. Disponible en:

http://www.coag.org/rep_ficheros_web/b930604ec8357cb3e78b977e637bdeedf.pdf. Último acceso noviembre 2012.

68-Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. BOE. <http://www.boe.es/boe/dias/2007/12/14/pdfs/A51339-51349.pdf> Disponible en internet. Último acceso noviembre 2012

69-Web oficial del Ayuntamiento de Castellón: <http://www.castello.es/inicio.php?id=cas>. Último acceso agosto 2012

70-Instituto Nacional de Estadística (INE) España (ed.): "Revisión del Padrón municipal 2010". Datos por municipios. Castellón: <http://www.ine.es/>

71-Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Family Practice* 2000; 17: 422–427.

72-Howe A. Detecting psychological distress: can general practitioners improve their own performance? *Br J Gen Pract* 1996; 46: 407–410.

73-Campbell LM, Sullivan F, Murray TS. Videotaping of general practice consultations: effect on patient satisfaction. *Br Med J* 1995; 311: 236.

74-Martin E, Martin PM. The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34: 607–610

75-Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract* 1990; 40: 455–458.

76-Encuesta de satisfacción del usuario en Atención Primaria 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en internet en: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/encuesta2001.pdf>

Último acceso noviembre de 2012

77-Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria*. 2006;37:320–4.

78-Ruiz Moral et al. Escala “CICAA” Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de Utilización. DL. B-9431-2007. http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Escala_cicaa_2.pdf Último acceso noviembre 2012.

79-Gavilan Moral E. Ruiz Moral R. Pérula de Torres LA et al. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Aten Primaria*. 2010; 42(3):162-168

80-Web del grupo-programa “Comunicación y salud de semFYC” disponible en: <http://comunicacionsalud.es/quienes-somos> ultimo acceso nov de 2012.

81-Goleman D. *Inteligencia Social*. pag (125-126). Ed Kairos. 2012.

82-Shachak A, Hadas-Dayagi M, Ziv A, Reis S. Primary care physicians' use of an electronic medical record system: a cognitive task analysis. *J Gen Intern Med*. 2009;24:341–348.

83-Ventres W, Kooienga S, Marlin R. Multnomah. EHRs in the exam room: tips on patient-centered care. *Fam Pract Manag*. 2006 Mar;13(3):45-7

84-Pearce C, Dwan K, Arnold M, Philips C. Analysing the doctor-patient-computer relationship: the use of video data. *Inform Prim Care* 2006;14:221-6.

85-Reis S, Cohen-Tamir H, Eger-Dreyfuss L, Eisenburg O, Shachak A, Hasson-Gilad D, & Ziv A. (2011). The Israeli Patient-Doctor-Computer communication study: an educational intervention pilot report and its implications for person-centered medicine. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1(4), 776-781.

86- Duke P, Frankel RM, Reis S. How to integrate the electronic health record and patient-centered communication into the medical visit: a skills-based approach. *Teach Learn Med*. 2013;25(4):358-65.

87-Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101:692-6

88-Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH, Johnson AO. Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med*. 2001 Jul-Aug;33(7):528-32.

89-Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review.. *JAMA*. 2002 Aug 14;288(6):756-64.

90-Roter D, Lipkin M Jr, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Med Care*. 1991 Nov;29(11):1083-93.

91-Hooper EM, Comstock LM, Goodwin JM, Goodwin JS. Patient characteristics that influence physician behavior. *Med Care*. 1982 Jun;20(6):630-8.

92-Verbrugge LM, Steiner RP. Physician treatment of men and women patients: sex bias or appropriate care? *Med Care*. 1981 Jun;19(6):609-32.

93-Armitage KJ, Schneiderman LJ, Bass, RA. Response of physician to medical complains in men and women. *JAMA* 1979; 241: 2186-2187.

94-Street RI, Buller DB. Patients' Characteristics Affecting Physician-Patient Nonverbal Communication, *Human Communication Research*. Volume 15, Issue 1, pages 60–90, September 1988

95-Greene MG, Adelman RD, Majerovitz DS. Physician and older patient support in the medical encounter. *Health Communication*. 1996; 8 (3):263–79.

96-Williams SL, Haskard KB, Di Matteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging*. 2007;2(3):453-67.

97-Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart* 1966; 44: 166-202.

98-Mago R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *Semergen*. 1998. 24 (9): 711-718

99-Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *The Journal of Family Practice*, Vol 32(2), Feb 1991, 175-181.

100-Serrano del Rosal R, Lorient-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud pública Méx*. 2008;50(2):162-172. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010&lng=es.

101-Paddison CA, Abel GA, Roland MO, Elliott MN, Lyratzopoulos G, Campbell JL. Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expect*. 2013 May 30. doi: 10.1111/hex.12081

Anexos

Anexo 1

Consentimiento informado para autorizar el videoregistro de la entrevista médica por parte del usuario.

Yo, _____

Declaro que el Dr./a _____

Me ha informado de los siguientes hechos:

1. La consulta médica de hoy será registrada mediante videograbación.
2. La finalidad del registro es únicamente el aprendizaje del profesional, y la investigación médica. En ningún caso será utilizado para otras finalidades.
3. El profesional que me atiende (Dr./a _____) podrá analizar el registro con otros profesionales y así poder mejorar sus habilidades comunicativas.
4. Sólo quedará grabada la conversación, no la exploración física.
5. El material registrado formará parte del fichero de datos de carácter personal llamado Registro de videograbaciones, de titularidad del Dr. M. Batalla. La identidad y dirección del órgano responsable de la custodia y tratamiento de este fichero es: (Nombre, dirección y teléfono de la persona responsable).
6. Podré poner de manifiesto en cualquier momento, ante el profesional que me atiende o ante el órgano responsable del tratamiento, la voluntad de revocar esta autorización, supuesto en el cual será destruido el material videograbado.
7. El registro será destruido en un plazo máximo de 10 años.
8. Obviamente, me puedo negar a ser grabado en vídeo y seré atendido como siempre, sin ningún tipo de falta de consideración.

Y por tanto, doy mi autorización a que se registre la consulta médica.

(Lugar), a _____ de _____ de 20 ____ .

Anexo 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Esta encuesta es TOTALMENTE ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL. En este documento no consta ningún dato que lo identifique ni ahora ni en el futuro, el hecho de contestar no le obliga a nada, ni beneficia o perjudica a su médico. Sólo se trata de conocer su opinión para intentar mejorar la atención que prestamos. Conteste sinceramente.

Muchas gracias.

Para contestar marque con una cruz sobre el número de la respuesta que desee.

Vamos a hablar de su médico de medicina de familia. Ud. ha de decir en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las proposiciones que se formulan.

▪ Su médico es amable

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

▪ Su médico es eficaz y resuelve bien sus problemas de salud

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

▪ Su médico le dedica todo el tiempo necesario

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

La escucha activa en atención primaria.

- Su médico le deja hablar y escucha todo lo que Ud. quiere decir

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

Ahora le voy a leer otras frases y quisiera que me dijera el grado en el que está Ud. de acuerdo con cada una de ellas:

- Su médico le explica todo lo que Ud. quiere saber sobre su salud

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

- Siempre que es necesario, su médico le explora (ausculta, palpa, mira) para conocer bien el problema

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

- Cuando su médico le receta medicamentos, le queda claro cómo debe tomarlos

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

- Recomendaría su médico a sus amigos

Estoy:

1. Totalmente de acuerdo
2. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

Anexo 3

EVALUACIÓN DE LA RELACION CLINICA EN ATENCION PRIMARIA MEDIANTE OBSERVACION DIRECTA. TEST DE CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES EN LA APLICACION DEL CUESTIONARIO C.I.C.A.A.

*M Batalla Sales*¹, *R Ballester Arnal*², *MJ Monedero Mira*¹, *MD Aicart Bort*¹, *JJ Safont Muñoz*¹. *1Agencia Valenciana de Salut, España; 2Universidad Jaime I, España.*

OBJETIVO: Estudio de la concordancia entre dos métodos de observación: observación directa versus a través de videgrabaciones, utilizando un cuestionario validado en España para medir la relación clínica, cuestionario CICAA y determinar su validez utilizado en observación directa.

DISEÑO: Estudio observacional, transversal.

EMPLAZAMIENTO: Atención Primaria. Centro de Salud urbano.

PARTICIPANTES: 2 Médicos de Atención primaria, Observador A (observación directa) y Observador B (videgrabación), valorando 20 contactos clínicos, procedentes de dos consultas, seleccionados aleatoriamente.

MEDICIONES: Resultados en las valoraciones del C.I.C.A.A. de los dos observadores. Índices de Kappa estratificados según los distintos ítems del cuestionario: Ítems 1-6 (conectar); Ítems 7-20 (Identificar y comprender); Ítems 21-29 (Acordar y ayudar a actuar); Índice de Kappa Total. (todos los ítems de los dos profesionales de todas las entrevistas)

RESULTADOS: 20 contactos clínicos: 7 mujeres, 13 varones, edad media 55,5 años. Resultados estratificados del cuestionario C.I.C.A.A.:

Ítems 01-06, Kappa= 0,4058 (moderado) (IC95% 0,2610-0,5506) p 0,00001

Ítems 07-20, Kappa= 0,5856 (moderado) (IC95% 0,4713-0,6998) p 0,00001

Ítems 21-29, Kappa= 0,3929 (aceptable) (IC95% 0,2600-0,5257) p 0,00001

Índice de Kappa Total. Kappa= 0,5144 (moderado) (IC95% 0,4423 – 0,5865) p 0,00001

CONCLUSIONES: Existe un buen nivel de concordancia entre observación directa (observador A) y la observación mediante videgrabación (observador B) como demuestra el resultado del índice de Kappa, por lo que el cuestionario C.I.C.A.A sería una herramienta aplicable mediante observación directa y útil para el estudio de la relación clínica.

Este trabajo fue aceptado como comunicación tipo panel en el congreso Internacional de la “European Association for Communication in Healthcare”. Que se celebró en Septiembre de 2010 en Verona. Italia.

La escucha activa en atención primaria.