

BARRERAS A LA COMUNICACIÓN VERBAL Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL

Felipe Aizpuru Barandiarán
Consejería de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz

Resumen

Con el objetivo de conocer las barreras a la comunicación verbal experimentadas por los usuarios de Medicina General, y su satisfacción con la información recibida, se entrevistó a una muestra de 1553 adultos (mayores de 14 años), usuarios de la red de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Se administró un cuestionario de 13 preguntas a la salida de la consulta.

La barrera más frecuentemente experimentada fue la falta de información escrita, que afectó al 77,7% de los encuestados, porcentaje que es mayor ($p < 0,005$) entre los que acuden a consultas tradicionales de dos horas y media (81,9%) que entre los adscritos a equipos de atención primaria (72,4%) o a médicos rurales (70,0%). Los que recibieron la información por escrito salieron de la consulta más satisfechos que el resto ($p < 0,001$).

La provisión de información escrita parece estar ligada a la satisfacción del usuario. Es aconsejable modificar la actitud de los médicos respecto al proceso comunicativo con sus pacientes.

Palabras clave: Relación médico-paciente. Satisfacción del usuario. Comunicación verbal. Medicina general.

BARRIERS TO VERBAL COMMUNICATION AND USER'S SATISFACTION WITH GENERAL PRACTICE CONSULTATIONS

Summary

With the objective of knowing the barriers to verbal communication experienced by General Practice users, and their satisfaction with the information received, a sample of 1553 adults (> 14 years old), users of the Basque Health Service general practice services, was interviewed. A questionnaire of 13 questions, administered after the consultation, was employed.

The most frequently experienced barrier was the lack of written information, that affected to a 77.7% of those interviewed. This percentage is greater ($p < 0.005$) among those visiting traditional doctors (81.9%), than among those enrolled with Primary Care Teams (72.4%) or rural doctors (70.0%). Those who were given written information left the consultation more satisfied than the others ($p < 0.001$).

The provision of written information seems to be related to the user's satisfaction. It is advised to modify the doctors' attitude towards the communicative process with their patients.

Key words: Doctor-patient relationship. User's satisfaction. Verbal communication. General practice.

Introducción

De entre el conjunto de circunstancias y condicionantes que determinan la satisfacción del usuario, la comunicación verbal entre el médico y el paciente es el más frecuentemente encontrado en la literatura como fuente de insatisfacción¹⁻⁵. Se ha sugerido que los tres agentes que interactúan en el encuentro médico-paciente (el médico, el paciente, y la situación

ambiental concreta) aportan su parte de responsabilidad en el éxito o fracaso del proceso comunicativo⁶.

Por otro lado, está suficientemente constatada la asociación existente entre la provisión de información adecuada al paciente y la satisfacción de éste, y de ambas con el correcto cumplimiento del consejo dado^{7,8}, lo que hace de este aspecto de la asistencia un importante regulador de la eficiencia con que se administran algunos recursos, como los medica-

Correspondencia: F. Aizpuru Barandiarán C/ Beato T. de Zumárraga 1, 1º 01008 Vitoria-Gasteiz.
Este artículo fue recibido el 2 de marzo de 1992 y fue aceptado tras revisión, el 21 de octubre de 1992.

Tabla 1. Correlaciones ítem-escala para cada uno de los índices elaborados

Pregunta	Escala	
	Índice de satisfacción	Índice de barreras
6	r= 0,44+	r= 0,28+
7	r= 0,58+	r= 0,38+
9	r= 0,51+	r= 0,33+
11	r= 0,49+	r= 0,34+
5	r= 0,23+	r= 0,19+
13	r= 0,26+	r= 0,26+
14	r= 0,16+	r= 0,16+
15	r= 0,12+	r= 0,06, NS*
16	r= 0,01, NS	r= 0,06, NS*
17	r= 0,47+	r= 0,22+

+ p<0,001

* preguntas excluidas de la escala

mentos⁹, y del propio resultado de la asistencia en términos tanto clínicos como psicológicos.

El objetivo del presente trabajo es estudiar las barreras a la comunicación que perciben los usuarios en las consultas de medicina general, el grado en que las expectativas de los usuarios se satisfacen durante la consulta, así como la satisfacción percibida por los mismos en dicho proceso.

Material y métodos

Se trata de un estudio transversal sobre una muestra de la población de usuarios mayores de 14 años de los servicios de medicina general de Osakidetza.

Se agruparon todos los centros en los que se imparte medicina general en nueve conglomerados, en función del área sanitaria y del modelo asistencial (tradicional, equipo de atención primaria (EAP) o rural), se aplicó un muestreo multietápico. A partir del tamaño inicialmente previsto (n= 1200), se determinó el tamaño de cada grupo proporcionalmente a su población, y se estimó el número de médicos necesario para aportar un número suficiente de individuos a la muestra. Esta estimación preveía diez encuestas completas por consulta urbana y cinco por consulta rural (aquellos que acudían exclusivamente por recetas u otros procedimientos administrativos fueron excluidos del estudio). Para evitar dispersar en exceso la muestra, en la primera etapa se seleccionaron los centros de cada de cada conglomerado a incluir en la muestra, y en

la segunda, los médicos de cada centro (la mitad de cada centro) cuyos pacientes iban a ser encuestados. Esta selección se hizo aleatoriamente a partir de una relación nominal de todos los elementos de cada conglomerado (centros en la primera etapa y médicos en la segunda). Por fin, la muestra definitiva de usuarios se formó con todos los pacientes que acudieron un día determinado a la consulta, y que no incurrieran en ningún criterio de exclusión.

La recogida de información se realizó entre enero y marzo de 1990 mediante un cuestionario (ver anexo) de 13 preguntas cerradas, administrado por dos grupos de dos encuestadores bilingües (euskera/castellano) a la salida de la consulta.

El cuestionario se completaba con ocho preguntas para recoger la información sociodemográfica básica y otras relacionadas con la duración del problema médico actual y el tiempo de relación con el médico. La categoría socioeconómica se asignó a partir de la última ocupación, según una adaptación española de la clasificación del British Registrar General¹⁰.

Las barreras percibidas a la comunicación se categorizaron en base a las preguntas 5, 13, 14 y 17 del cuestionario. La satisfacción se caracterizó en cuatro grupos, desde «Muy satisfechos» hasta «Muy insatisfechos» a partir de las preguntas 6, 7, 9 y 11. Las expectativas, a partir de las preguntas 8, 10 y 12. Con cada uno de estos tres bloques se construyó un índice aditivo en el que los valores menores son más favorables que los valores altos. Las preguntas 15 y 16 no se incluyeron en el índice de barreras al comprobarse en el estudio piloto que sus respuestas no se correlacionaban con el resto.

Las variables categóricas descritas en el párrafo anterior se utilizaron para lograr una presentación más eficaz de los resultados brutos. Para el análisis estadístico, se elaboró un indicador aditivo por cada uno de los bloques (satisfacción (IS), barreras (IB) y expectativas).

La consistencia interna de los indicadores de satisfacción y barreras fue examinada mediante las correlaciones puntuación de cada ítem-puntuación total de la escala correspondiente. Este análisis también establece la validez discriminante de cada ítem. El criterio para determinar el valor discriminante de un ítem se satisface si su correlación con la propia escala es mayor que su correlación con el resto de las escalas¹¹.

El análisis de estos indicadores en función de las variables independientes consideradas por el estudio, se hizo analizando la varianza de sus medias con el procedimiento «Oneway», del pa-

Tabla 2. Índice de satisfacción. Comparación del índice de satisfacción medio en función de distintas variables sociodemográficas

	IS medio	Análisis de la varianza/Scheffé ⁽¹⁾				
		E.A.P.	Tradicional	rural		
Total muestra	4,91					
<i>Modelo asistencial</i>						
E.A.P.	4,65					
Tradicional	5,11	*			+	
Rural	4,58					
<i>Edad</i>						
		14-22	23-30	31-45	46-60	> 60
14-22 años	5,86			*	*	*
23-30 años	5,16					*
31-45 años	4,81					
46-60 años	4,81					
> 60 años	4,50					
<i>Sexo:</i>						
		T-test				
Hombres	4,85	T= 1,06, NS				
Mujeres	4,94					

(1) Sólo se señala el resultado de la prueba de Scheffé cuando el análisis de la varianza fue significativo.

* p < 0,01

+ p < 0,05

Tabla 4. Distribución porcentual de los usuarios según las barreras experimentadas

	Porcentaje (intervalo de confianza 95%) (n=1399)*	
No barreras	80,1	(78,0-82,2)
Barreras moderadas	17,0	(15,0-17,0)
Barreras severas	2,9	(2,0-3,7)

* 154 encuestas no respondieron a una o más de las preguntas incluidas en el IB

quete estadístico «SPSS/PC+», previa comprobación de la pertinencia de esta prueba mediante la χ^2 de Cochran de homogeneidad de las varianzas. Cuando el análisis de la varianza fue significativo, se usó la prueba de Scheffé para identificar el origen de la diferencia. En los casos en que la variable era dicotómica, se usó la prueba de la t de Student¹².

Resultados

De los 1803 usuarios a quien se ofreció participar respondió un 86,1%.

La tabla 1 muestra que si bien los ítems incluidos

Tabla 3. Respuestas a las preguntas incluidas en el índice de satisfacción, y asociación con las variables independientes

P.6. ¿Cree vd. que el médico le ha atendido?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Con mucha atención	1319	(84,9)	Modelo P < 0,005
Con alguna/no atención	227	(14,6)	Edad P < 0,0001
P. 7 ¿Respecto de su problema médico, cree vd. que el médico le ha dicho?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Suficiente	1302	(83,8)	Modelo P < 0,005
Casi suficiente	149	(9,6)	Edad P < 0,0005
Muy poco	77	(5,0)	
P. 9. Respecto de su tratamiento, ¿cree vd. que el médico le ha dicho?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Suficiente	1208	(77,8)	Modelo P < 0,005
Casi suficiente	111	(7,1)	Edad P < 0,0001
Muy poco	130	(8,4)	
P. 11 ¿Respecto de la evolución, cree vd. que el médico le ha dicho?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Suficiente	1175	(75,7)	Modelo P < 0,001
Casi suficiente	125	(8,0)	Edad P < 0,0001
Muy poco	187	(12,0)	Sexo P < 0,1

* Algunas categorías con pocos efectivos se han unido a otras a la hora del análisis. Asimismo, se han eliminado de las tablas las cifras correspondientes a «No sabe/no contesta» para hacerlas más legibles. De ahí que la suma de porcentajes sea siempre algo inferior a 100

en la escala de satisfacción tienen un alto valor discriminativo, los incluidos en la escala barreras para la comunicación se superponen en gran medida con aquéllos.

Un 63,7% de los encuestados fueron etiquetados como «Muy satisfechos», 23,3% como «Moderadamente satisfechos», 10,3% como «Moderadamente insatisfechos», y 2,7% como «Muy insatisfechos».

El valor medio del índice de satisfacción en toda la muestra fue de 4,91, siendo significativamente superior (menos satisfacción) entre los usuarios jóvenes que entre los mayores y entre los adscritos a médicos tradicionales (IS= 5,11), que entre los adscritos a médicos de E.A.P. (IS= 4,65), o rurales (IS=4,57) (tabla 2). Este patrón se repitió con cada uno de los ítems que formaron parte de este índice (tabla 3).

Uno de cada cinco encuestados experimentó alguna de las barreras incluidas en el índice de barreras (tabla 4). La más frecuente fue el uso de palabras técnicas por parte del médico. Menos fueron los que manifestaron haber salido con dudas de la consulta, haber tenido dificultades para explicar el problema o haber entendido mal las instrucciones recibidas (tabla 5).

Tabla 5. Respuestas a las preguntas incluidas en el índice de barreras, y asociación con las variables independientes

P. 5 ¿Explicar al médico su problema, le ha resultado a vd?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Fácil	1482	(95,4)	
Regular	57	(3,7)	Edad P < 0,025 ⁽¹⁾
Difícil	11	(0,7)	

P. 13 Si el médico le ha indicado algún consejo o tratamiento para su enfermedad, ¿ha atendido vd. sus instrucciones?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Bien	1375	(88,5)	No asociada con ninguna de las variables
Regular/Mal	35	(2,3)	

P. 14 ¿Ha usado el médico palabras técnicas o difíciles, que vd. no haya entendido?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Nunca	1366	(88,0)	
Algunas veces	163	(10,5)	Modelo P < 0,05 ⁽²⁾
Muchas veces	9	(0,6)	

P. 11 ¿Se ha quedado vd con dudas que le habría gustado aclarar con el médico?			
	N	%	Asociada con (χ^2):
Sí	118	(7,6)	
No	1422	(91,6)	Edad P < 0,0001 ⁽³⁾

- (1) Aumenta la dificultad al aumentar la edad
 (2) Menos en rural, más en tradicional
 (3) A más edad, más dudas

Más de tres cuartas partes de aquellos pacientes a quien se aconsejó tomar medicinas como parte de su tratamiento, no recibieron instrucciones escritas para hacerlo correctamente (tabla 6). Esta proporción fue mayor entre los usuarios del modelo tradicional ($p < 0,0005$).

Aquellos que recibieron las instrucciones por escrito, salieron de la consulta más satisfechos que aquellos que no ($p < 0,001$).

El 22,0% de los encuestados manifestaron querer saber más respecto de su problema después de la consulta. Porcentajes similares manifestaron querer saber más al respecto del tratamiento y de la evolución.

Según las respuestas a estas preguntas, el 19,9% de los encuestados no vio satisfechas las expectativas con que fue a la consulta, 12,5% las satisfizo parcialmente, y un 67,7% la satisfizo completamente.

Ninguna de las asociaciones estudiadas entre barreras y satisfacción, y duración del problema y de la relación con el médico fueron significativas.

Tabla 6. La provisión de información por escrito, y su asociación con las variables independientes

P. 15 ¿Le ha dado el médico instrucciones escritas para tomar las medicinas que le ha recetado?				
	N	%	Asociada con (χ^2):	
Sí	285	(22,3)	Modelo P < 0,0005 ⁽¹⁾	
No	991	(77,7)	Edad P < 0,025 ⁽²⁾	
No aplicable	277			

P. 16 ¿Si el médico le ha dado algún otro consejo, le ha dado instrucciones escritas para seguirlo?				
	N	%	Asociada con (χ^2):	
Sí	75	(4,8)	No asociada con ninguna de las variables	
No	97	(6,2)		
No aplicable	1381	(88,9)		

- (1) Más instrucciones escritas en EAP que en rural o en tradicional
 (2) Más instrucciones escritas al aumentar la edad

Discusión

La principal limitación del estudio es que no se encontró una fórmula satisfactoria para valorar el tiempo medio disponible por consulta, importante determinante de la satisfacción¹³. Esto fue debido a la heterogeneidad, que impidieron distinguir, dentro del tiempo total de asistencia, la actividad programada de la actividad administrativa o de la demanda espontánea.

Por otro lado, el análisis efectuado revela que las preguntas incluidas en el índice de satisfacción no discriminan mejor según la variable satisfacción que las incluidas en el índice de barreras, por lo que se podría haber construido un índice más sensitivo agrupando ambos.

Las barreras más frecuentemente detectadas fueron el lenguaje usado por los médicos y la persistencia de dudas en el paciente al finalizar la consulta.

La desaparición de estas barreras depende en parte de un cambio de actitud de los médicos, que les conduzca a dar voluntariamente toda la información disponible⁶, y de un mayor conocimiento de los recursos comunicativos a su alcance¹³.

Uno de los hallazgos más llamativos de este estudio es la constatación de que más de tres cuartas partes de aquellos a quien se prescribe medicinas como parte de su tratamiento, no reciben información escrita para seguir correctamente las indicaciones. Si bien son los médicos tradicionales quienes menos frecuentemente dan esta información (quizá por la presión del tiempo¹⁴), se trata de un fenómeno generalizado en toda la red asistencial

pública vasca. Este hecho puede ocasionar graves consecuencias, derivadas del mal uso o desuso de medicamentos.

Los resultados de este estudio apuntan a la necesidad de que los profesionales médicos reciban formación específica en técnicas de comunicación en algún momento de su formación pre o postgraduada. La implantación de un instrumento sencillo para la provisión rutinaria de información escrita también puede ser una medida administrativa efectiva. Sin embargo, es necesario obtener más información sobre el efecto que el tiempo de consulta puede tener sobre las variables objeto de este estudio y, sobre todo, conocer la opinión de los propios médicos sobre este mismo problema, para poder ofrecer alternativas consensuadas que posibiliten la puesta en marcha de estas u otras medidas.

Agradecimientos

A Isabel Izarzugaza, quien por un lado posibilitó este trabajo desde la antigua Dirección de Información Sanitaria y Evaluación del Gobierno Vasco, y por otro lo enriqueció revisando críticamente varios borradores previos del mismo.

Bibliografía

1. Locker D. Communications in medical practice. En: Patrick J, Scambler G, eds. *Sociology as applied to medicine*. 2 ed. Eastbourne: Bailliere Tindall, 1986.
2. Ley P. Patient's understanding and recall in clinical communication failure. En: Pendleton D, Hasler J, eds. *Doctor patient communication*. London: Academic Press, 1983.
3. Pendleton D, Bochner S. The communication of medical information in general practice consultations as function of patients social class. *Soc Sci & Med* 1980; 14: 669-73.
4. Cartwright A, Anderson R. *General practice revisited: a study of patients and their doctors*. London: Routledge and Kegan Paul, 1981.
5. Jefferys M, Sachs H. *Rethinking general practice*. London: Tavistock, 1983.
6. Waitzkin H, Stoeckle JD. Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. *Soc Sci & Med* 1976; 10: 263-76.
7. Kincey J, Bradshaw P, Ley P. Patients' satisfaction and

Anexo. Preguntas de opinión incluidas en el cuestionario

5. Vd. ha acudido a la consulta debido a un problema médico. Explicar al médico su problema, ¿le ha resultado a ud? (fácil; regular; difícil)
6. Al explicar vd. su problema, ¿cree que el médico le ha escuchado? (con mucha; con alguna; con ninguna atención)
7. ¿Respecto de su problema médico, cree vd. que el médico le ha dicho? (suficiente; casi suficiente; muy poco)
8. ¿Después de la consulta, vd.? (quiere saber más; sabe suficiente; no necesita saber)
9. ¿Respecto de su tratamiento, cree vd. que el médico le ha dicho? (suficiente; casi suficiente; muy poco)
10. ¿Después de la consulta, vd.? (quiere saber más; sabe suficiente; no necesita saber)
11. ¿Respecto de la evolución de su problema, cree vd. que el médico le ha dicho? (suficiente; casi suficiente; muy poco)
12. ¿Después de la consulta, vd.? (quiere saber más; sabe suficiente; no necesita saber)
13. Si el médico le ha indicado algún consejo o tratamiento para su enfermedad, ¿ha entendido vd. sus instrucciones? (bien; regular; mal; no me ha indicado consejo ni tratamiento)
14. El lenguaje de los médicos es a veces difícil de entender. Cuando el médico le ha hablado a vd., ¿ha usado palabras técnicas o difíciles, que no haya entendido? (muchas veces; algunas veces; nunca)
15. ¿Le ha dado el médico instrucciones escritas para tomar las medicinas que le ha recetado? (sí; no; no aplicable)
16. Si el médico le ha dado algún otro consejo (seguir una dieta, hacer gimnasia, acudir a otro servicio), ¿le ha dado instrucciones escritas para seguirlo? (sí; no; no aplicable)
17. ¿Se ha quedado vd. con dudas que le habría gustado aclarar con el médico? (sí; no)

- reported acceptance of advice in general practice. *JR Coll Gen Pract* 1975; 25: 558-66.
8. Ley P, Whitworth MA, Skilbeck CE et al. Improving doctor patient communication in general practice. *JR Coll Gen Pract* 1976; 26: 720-4.
 9. Walton J, Duncan A, Fletcher C, et al. *Talking with patients, a teaching approach*. Nuffiel Provincial Hospitals Trust, 1980.
 10. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-6.
 11. McCusker J. Development of scales to measure satisfaction and preferences regarding long-term and terminal care. *Med Care* 1984; 22: 476-93.
 12. SPSS Inc. Getting started with SPSS/PC+. Chicago: SPSS Inc 1987; B153-63.
 13. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br Med J* 1986; 292: 870-3.
 14. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJF, Morris RW, Morrell DC. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986; 292: 874-6.

