

## LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y LOS FACTORES QUE DETERMINAN SU ÉXITO O FRACASO :UNA REVISIÓN DE PUBMED.

Javier González Almonacid (1), Martin Friedman Ramírez (1)

1. Interno, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

### Contacto:

Martin Friedman Ramírez,  
Santos Dumont #720, depto 809  
martin.friedman.r@gmail.com  
fono: (09)78561968

### Resumen

La comprensión por parte del paciente de la información que le entrega el médico es un factor importante para conseguir buenos resultados en salud. Un elevado porcentaje de la información que el médico entrega al paciente es olvidado por este, y de lo que recuerda, cerca de la mitad es incorrecto<sup>2,3</sup>. Este trabajo intenta hacer una breve revisión de los factores que influyen en este proceso, con énfasis en los factores relacionados al paciente, usando la base de datos PubMed. Se revisan además algunas herramientas que el clínico puede aplicar en situaciones de comunicación difícil.

global de consultas respiratorias, siendo superior este aumento en lo que respecta a controles con Kinesiólogo, sin realizar una asociación causal con los datos aportados.

Palabras clave: Comunicación médico-paciente, información médica.

## FACTORS THAT DETERMINE SUCCESSFUL OR FAILURES DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION: A REVIEW OF PUBMED DATABASE ABSTRACT.

### Abstract

Understanding the information presented by the doctor to the patient is an important factor in obtaining favorable health outcomes. A significant percentage of the information provided by the doctor is forgotten, and of what is remembered, close to half is mistaken<sup>2,3</sup>. This paper attempts to briefly review the factors that impact in this process, focusing on patient-dependent factors, using the PubMed search engine. We will also mention some of the ways the clinician can approach situations with challenging doctor-patient communication.

Key-words: Doctor-patient communication, medical information.

## Marco Teórico.

Las habilidades comunicativas son una herramienta básica que todo médico debe tener; ellas influyen en la calidad de la relación médico-paciente y benefician tanto a pacientes como a médicos<sup>4</sup>. En el contexto de esta comunicación médico-paciente cabe hacerse la pregunta cuánto está entendiendo realmente el paciente de la información que el clínico desea entregarle. Algunas fuentes muestran que entre el 40 a 80% de la información médica que el paciente recibe es olvidada inmediatamente<sup>2</sup>, mientras que de la información que recuerda, cerca del 50% es incorrecta<sup>3</sup>. Esto hace relevante investigar cuales son los factores que participan en este proceso, y de qué manera puede enfrentarlo el profesional.

En la comunicación inefectiva influyen diversos factores, tanto del paciente como del médico. Un concepto relevante para el análisis de los factores que son mediados por el paciente es el llamado “alfabetismo en salud”<sup>5, 6, 7</sup>. Un bajo alfabetismo en salud puede afectar el estado de salud de una persona, los resultados de salud, el cuidado de las enfermedades y los costos que él o ella representan para el sistema de salud<sup>1</sup>.

Hay algunos indicadores que sirven al médico para sospechar que el paciente tiene un bajo alfabetismo en salud: inasistencias repetidas a citas médicas, baja adherencia e inconformidad con el tratamiento<sup>7, 8</sup>. Existen así mismo maneras para mejorar la comprensión de estos pacientes<sup>7</sup>, incluyendo el darse el tiempo de evaluar la alfabetización en salud que tenga

el paciente, usar un lenguaje menos técnico con el paciente y usar una “actividad demostrativa”<sup>7</sup> para confirmar que el paciente comprendió la información entregada. La actividad demostrativa consiste en que el paciente explica al médico con sus propias palabras lo que entendió, o bien el “Ask me 3”<sup>9</sup>, un método en el que el paciente debe responder 3 preguntas simples. De lograrlo, demostraría que ha entendido correctamente la información entregada<sup>9</sup>.

## Materiales y métodos.

Se buscó artículos en la base de datos pubmed “<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>” con las siguientes palabras clave “patient memory of medical information” y “patient understand medical information health literacy”, obteniéndose 19 resultados, con los cuáles se elaboró esta revisión.

## Resultados.

En base a la literatura revisada, podemos afirmar que existen tres ejes principales sobre los cuáles descansa la comunicación médico-paciente inefectiva: Primero, factores relacionados con el médico, como el uso de terminología médica compleja, pobres habilidades comunicativas o entrega de información poco relevante a la consulta actual. Segundo, el modo de entregar la información, en el sentido del uso o no de apoyo audio-visual, el escribir claramente la información y el tener un tiempo adecuado para su entrega. Tercero, factores relacionados con el paciente, como baja nivel educacional o expectativas específicas que escapan del contexto de la

consulta actual<sup>10</sup>. Es interesante notar cómo los factores descritos en la literatura revisada son homologables al modelo comunicacional clásico de emisor-mensaje-receptor.

Entre los factores relacionados al paciente el alfabetismo limitado es un fuerte predictor de malos resultados de salud<sup>11,12</sup>. Pacientes con bajo nivel de lectura tienen menos conocimientos acerca de su patología, son peores en el cuidado de su enfermedad<sup>13</sup> y es menos probable que tomen medidas preventivas para su salud<sup>14</sup>. En efecto, el sistema de salud descansa en la presunción de que los pacientes pueden entender de forma completa la información oral y escrita<sup>8</sup>; si el paciente no entiende la información de salud no podrá tomar las acciones necesarias para su salud o tomar las decisiones de salud adecuadas<sup>8</sup>. Por ejemplo, pacientes con problemas de alfabetización tienen dificultad para usar las instrucciones de una receta para determinar en qué momento tomar qué medicación<sup>15</sup>. Así es como un limitado nivel de alfabetismo conduce a una falta de adherencia a los regímenes de medicación, pérdida de citas con el médico en atención primaria o la toma de exámenes, y falta de un adecuado autocuidado en salud<sup>8</sup>.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que aún personas con un adecuado nivel de alfabetismo pueden tener problemas para entender la información de salud oral y escrita, siendo uno los principales obstáculos la terminología médica que se acostumbra usar en el entorno de atención de salud<sup>8</sup>. El término adecuado para referirse a este factor del paciente es “alfabetismo en salud”. Éste puede definirse como la habilidad de un individuo de leer, entender y usar la información necesaria para obtener un adecuado cuidado de su salud<sup>5, 6, 7</sup>. Un bajo alfabetismo en salud

puede afectar el estado de salud del paciente, los resultados de salud, el cuidado de las enfermedades y los costos en salud<sup>1</sup>.

Puede ser difícil reconocer a pacientes con dificultades para la comprensión de la información relacionada a la salud, pues la mayoría de las personas con bajo alfabetismo se avergüenzan de ello y tratan de ocultarlo<sup>15</sup>. Algunos indicadores de que el paciente tiene una alfabetización en salud limitada son que no complete totalmente los formularios, que pierda frecuentemente las citas con el médico, inconformidad con la medicación, baja adherencia a las intervenciones recomendadas, posponer la toma de decisiones, incapacidad de identificar el nombre, propósito u horario de una medicación y que no haga ninguna pregunta durante la atención médica<sup>8,7</sup>. Así mismo, la reacción del paciente ante los materiales escritos podría hablar acerca de su alfabetismo. Un paciente con bajo alfabetismo podría excusarse diciendo que dejó sus lentes en casa y pedirle al médico que lea la instrucción, o podría decir que lo va a llevar a su casa para mostrárselo a su esposa o hijo<sup>16</sup>.

La sugerencia de la literatura revisada es comprobar activamente si el paciente comprendió o no la información entregada, mediante una llamada “actividad demostrativa”; por ejemplo, solicitarle que vuelva a explicar la información entregada, o que responda preguntas de ella<sup>8, 17</sup>. El National Quality Forum recomienda la actividad demostrativa por parte del paciente como una excelente práctica de seguridad para el paciente<sup>15</sup> y su uso se ha asociado a mejores resultados en salud<sup>16</sup>.

Algunas recomendaciones de la literatura revisada para mejorar la comprensión de los pacientes con bajo alfabetismo en salud son:

1. Darse el tiempo de evaluar la alfabetización en salud que tenga el paciente.
2. Usar un lenguaje más amigable con el paciente, con menos terminología médica.
3. Usar la “actividad demostrativa” para confirmar que el paciente entendió.
4. El material escrito debe hacerse de una manera amigable para el paciente. Esto quiere decir usar palabras simples, frases cortas en formato de viñeta y mucho espacio en blanco<sup>7</sup>. Se debe evitar la jerga médica y se puede ayudar de imágenes simples. El énfasis debe estar en lo que el paciente debe hacer.

5. Cuando se entrega la información verbalmente el médico se debe comunicar en puntos clave, evitando la información excesiva o innecesaria. La mayoría de los pacientes no recuerda más de tres mensajes de la información que le entregó el médico<sup>9</sup>.

6. Otras herramientas de ayuda son: leer folletos junto al paciente, resaltar lo más importante y estimular al paciente a que haga preguntas. Los pacientes se benefician de un entorno psicológicamente seguro de manera de que no se sientan avergonzados. Un componente importante para crear un ambiente psicológicamente seguro es fomentar una atmósfera en que las preguntas son bienvenidas<sup>9</sup>.

Una herramienta de ayuda tanto para médicos como para pacientes es el “Ask me 3”<sup>9</sup>, creado por National Patient Safety Foundation. Consta de tres preguntas esenciales las cuales el paciente debe poder responder después de cualquier cita con un profesional de la salud:

- ¿Cuál es el problema principal?
- ¿Qué necesito hacer?
- ¿Por qué es importante para mí hacer esto?

Si el paciente es incapaz de responder alguna de estas tres preguntas, significa que el médico debería mejorar su abordaje, de manera de que la entrega de información sea efectiva.

*Figura 1. Al encontrarse con un paciente que presente signos que hagan sospechar bajo alfabetismo en salud (Cuadro A), se recomienda evaluar la comprensión del paciente mediante la actividad demostrativa o el sistema propuesto “Ask me 3”; si se pesquisa que el paciente no está comprendiendo bien, corregir la manera de entregar la información al paciente (cuadro B).*



**Fig. 1.** Abordaje de pacientes con bajo alfabetismo en salud

## Conclusiones.

La comunicación médico-paciente efectiva depende de varios factores, uno de ellos son las características del paciente. Un bajo alfabetismo en salud traduce una mayor dificultad del paciente para entender la información entregada, problemas para seguir la indicación médica y peores resultados de salud. Es labor del médico identificar el grado de alfabetismo en salud de su paciente, adecuar la forma de entrega de información, y emplear herramientas para detectar qué tanto entiende el paciente la información entregada, y así desarrollar una estrategia de comunicación

más efectiva. Dentro de las herramientas a emplear está la “actividad demostrativa” en que el paciente explica al médico con sus propias palabras lo que entendió o el “Ask me 3” un método en el que el paciente debe responder 3 preguntas simples. De lograrlo, demostraría que ha entendido correctamente la información entregada. La aplicación de estas simples herramientas podría mejorar sustancialmente los resultados de salud en poblaciones con bajo nivel de alfabetismo de salud.

## Bibliografía

1. Weiss BD. Health literacy: Can your patients understand you? 2nd ed. Chicago: American Medical Association and AMA Foundation; 2007.
2. Kessels R. Patients' memory for medical information. J R Soc Med. 2003 May; 96[5]: 219-222.
3. Anderson JL, Dodman S, Kopelman M, Fleming A. Patient information recall in a rheumatology clinic. Rheumatol Rehabil 1979;18:245-55.
4. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chile 2010; 138: 1047-1054.
5. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
6. Weiss BD. Health literacy: an important issue for communicating health information to patients. Zhonghua Yi Xue Za Zhi [Taipei]. 2001 Nov;64[11]:603-8.
7. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. Am Fam Physician. 2005 Aug 1;72[3]:463-8.
8. Graham S, Brookey J. Do Patients Understand? The Permanente Journal 2008. 12[3] 67 - 69.
9. Partnership for Clear Health Communication. Ask Me 3 [Web page on the Internet]. North Adams [MA]: National Patient Safety Foundation [cited 2007 Jun 27]. Available from: www.npsf.org/pchc/index.php.
10. Ley P. Memory for medical information. Br J Soc Clin Psychol 1979;18:245-55.
11. Weiss BD, Hart G, McGee D, D'Estelle S. Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. J Am Board Fam Pract 1992 May-Jun;5[3]:257-64.
12. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. Am J Public Health 1997 Jun;87[6]:1027-30.
13. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. Patient Educ Couns 2003 Nov;51[3]:267-75.
14. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventative health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Med Care 2002 May;40[5]:395-404.
15. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. Patient Educ Couns 1996 Jan;27[1]:33-9.
16. American Medical Association, Health literacy: help your patients understand, faculty guide. Chicago: AMA Foundation and AMA; 2006.
17. National Quality Forum. Safe practices for better healthcare: a consensus report. Summary [monograph on the Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003 [cited 2008 Mar 10]. Available from: www.ahrq.gov/qual/nqfpract.htm.
18. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy [monograph on the Internet]. NCEES 2006-483. Washington, DC: National Center for Education Statistics, US Department of Education; 2006 [cited 2008 Mar 10]. Available from: http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf.
19. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med 2003 Jan 13;163[1]:83-90.