

Editorial

Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo

Viviana Paola Forguione-Pérez*

*Estudiante de Medicina XI Nivel. Editora Asociada y Miembro del Consejo Editorial de la Revista MÉDICAS UIS. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Srta. Viviana Paola Forguione-Pérez. Carrera 28 # 51-47 Apartamento 404. Bucaramanga. Santander. Colombia. Correo electrónico: vivi_9116@hotmail.com

¿Cómo citar este artículo?: Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. 2015;28(1):7-13.

*“Quien no comprende una mirada, tampoco comprenderá una larga explicación”
Proverbio árabe*

Mantener una adecuada relación médico-paciente a través de la formación e información del paciente, incentiva la prevención en salud y adherencia al tratamiento. En esta relación hay dos grandes actores, el médico quien tiene el conocimiento técnico y científico, y el paciente quien por ayuda. Para que esta relación funcione adecuadamente es necesaria la confianza mutua¹. Así pues, la actuación del médico ha sido resaltada por poseer el conocimiento de la enfermedad y la forma de tratarla; sin embargo, esta confianza se ve alterada

cuando los médicos brindan poca información a sus pacientes y lo hacen usando un lenguaje técnico que ellos poco entienden, llevando a que se generen dudas, que serán resueltas en muchos casos por personas poco capacitadas en el tema como son los vendedores de farmacias, que si bien no cuentan con el conocimiento, sí cuentan con la disposición y tiempo de escuchar a sus usuarios. Otras críticas contra el actuar médico son enlistadas en la tabla 1^{1,2}. Sin embargo, esta conducta errónea del médico es justificada por los pacientes con el pretexto que los médicos son personas que cuentan con muy poco tiempo, convirtiéndose en un ciclo vicioso de ignorancia³.

Tabla 1. Críticas contra la actuación del médico

-Desinterés por el bienestar del paciente	-Tiempo corto de la consulta
-Prisa en brindar la atención	-Desmotivado por su trabajo
-Trato deshumanizado	-No cumple con sus obligaciones
-Falta de confianza	-Da poca información sobre la enfermedad y el tratamiento
-Mala praxis	-Ganancias secundarias por las farmacéuticas
-Falta de vocación de servicio	

Fuente: autor. Adaptado de: Ramos-Rodríguez, C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008;69(1):12-6.

Por otra parte, bajo la percepción del médico muchos pacientes brindan un mal trato al galeno a causa de sus construcciones sociales y expectativas irreales en cuanto a su recuperación y las obligaciones del clínico, desconociendo que en ocasiones el sistema de salud no brinda las herramientas y suministros necesarios para prestar un buen servicio. Es así como la relación médico-paciente en Colombia se basa en los modelos de confrontación y negociación,

en los que los pacientes buscan tener mayor participación sin ser engañados y los médicos imponer su conocimiento para el restablecimiento del bienestar del paciente pero sin ser manipulado⁴. Adicionalmente, los médicos sienten que han perdido el respeto y autonomía en su profesión, pues están obligados a tener encuentros esporádicos con los pacientes, muchas veces sin poderles hacer un adecuado seguimiento, ni contando con tiempo

para despejar sus dudas⁴. Esta situación también predispone al paciente a actitudes agresivas y no adecuadas, acudiendo al médico simplemente a exigir tratamientos o procedimientos que han funcionado en personas que cursan con su misma enfermedad; esto es a menudo debido a la falta de educación del paciente sobre temas médicos.

Las creencias divergentes entre el paciente y el médico afectan negativamente la atención en salud, influyendo en los resultados del paciente a pesar de los adecuados tratamientos⁵. Reflejo de estas diferencias de percepción es el hecho que los médicos sobreestiman sus habilidades de comunicación, como muestra un estudio realizado por la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos, en el que el 75% de los 700 ortopedistas encuestados calificaron su comunicación como satisfactoria, mientras solo 21% de 807 pacientes calificaron igual. Es por esto, que actualmente se aplica el modelo de toma de decisiones compartidas y comunicación centrada en el paciente⁵. Conocer factores personales y socioculturales como la edad, el nivel de educación, estado civil, situación laboral y conocimientos tecnológicos permite mejorar el aprendizaje del paciente, al ser este enfocado en sus características particulares⁶. La principal herramienta es el empoderamiento, cuyo propósito es el pensamiento crítico y actuación autónoma de los pacientes; por tanto, situaciones conductuales y psicosociales deben ser integradas con situaciones clínicas, a fin de lograr que el paciente reflexione sobre su experiencia y se planteé objetivos que modifiquen su comportamiento. Se debe comunicar de forma activa para lograr que el paciente se involucre con su enfermedad, pues en un rol pasivo el paciente no tomará control de la misma⁷.

Como consecuencia de una mala relación entre el médico y el paciente se observan mayores tasas de no adherencia al tratamiento médico, automedicación y asistencia tardía a los centros de salud. Todo esto acarrea consigo un aumento en la morbilidad, resistencia medicamentosa, seguimientos inadecuados de las enfermedades y altos costos de los tratamientos. Sin embargo, estas actividades no solo son promovidas por una mala relación médico-paciente, sino que intervienen otros factores, tales como: farmaceutas dispuestos a vender medicamentos sin restricción, información errónea en internet, creencias y tradiciones de los pacientes, trámites administrativos que generan costos en tiempo y dinero a los pacientes, y falta de credibilidad en los médicos, las aseguradoras y el sistema de salud causada por las limitaciones que

resultan de tener gran cobertura pero baja calidad del servicio⁴.

BENEFICIOS

“El gran objetivo de la educación no es el conocimiento sino la acción”

Herbert Spencer

Una adecuada comunicación trae dos importantes beneficios: compartir información clínica apropiadamente y una buena relación médico-paciente. Los pacientes que están informados y educados sobre su salud y cómo mejorar su estado de bienestar se recuperan más rápido que quienes no lo están. Además, los pacientes se benefician de médicos con buena comunicación interpersonal pues logran una mejor comprensión de la información médica, se adaptan mejor psicológicamente, están más satisfechos con la atención, se adhieren mejor al tratamiento y confían más en sus médicos. También se beneficia el médico quien gana como profesional y persona, pues se estresa menos, maneja mejor las malas noticias y la ira, establece mejores relaciones con sus colegas, vive más satisfecho con su trabajo, identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión, mejora la percepción del paciente con respecto a su competencia y es menos probable que reciba denuncias formales por mala praxis. Asimismo, el sistema de salud se beneficia porque una buena relación médico-paciente disminuye la estancia hospitalaria, genera un menor número de referencias e interconsultas y aminora los costos al promover un enfoque preventivo de la salud^{1,5,8}.

PROBLEMAS

“El hombre de ciencia parece ser el único que tiene hoy algo que decir, y el único que no sabe cómo decirlo”

Sir James M. Barrie

Hay muchas barreras para una buena comunicación en la relación médico-paciente que dificultan la educación. Las principales quejas de los médicos son poco tiempo de consulta, carga de trabajo, ansiedad y miedo del paciente, miedo al abuso físico o verbal, expectativas poco realistas de los pacientes, temor a las demandas, resistencia del paciente al cambio y falta de entrenamiento en esta área⁵. Por tanto, la empatía es clave para la relación médico-paciente, pues un médico con conducta evitativa hará que el paciente se niegue a contarle sus problemas retrasando el proceso de recuperación. Aún más, la

mayoría de las demandas contra los médicos citan como principal agravio la falta de comunicación con el paciente^{5,8}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adherencia terapéutica es “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Esta adherencia en los países desarrollados es del 50% y es aún menor en los países en desarrollo debido a la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención en salud⁹. Las barreras de acceso hacen que las personas acudan a los servicios de salud solo cuando su salud está desmejorada, volviendo así a una visión curativa y dificultando el desarrollo de programas preventivos. Algunos de los problemas que tienen los pacientes cuando acuden a los servicios de salud son la dificultad para conseguir citas, las demoras en las autorizaciones por parte de las aseguradoras, no proporcionar servicios en sitios geográficamente

remotos, y la negación de los servicios sobre todo por los altos costos de los tratamientos⁴.

La OMS resalta como determinantes de la adherencia terapéutica factores socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, el paciente, la enfermedad y el sistema o equipo de asistencia sanitaria; estos se detallan en la gráfica 1⁹. Las personas que tienen mayor riesgo a una adherencia deficiente son quienes presentan falencias en estos factores. También se ha visto que las mujeres se adhieren más al tratamiento que los hombres. Por otra parte, el nivel de educación se ha relacionado positivamente con el mejoramiento de la adherencia al tratamiento, pues 67% de los casos cumplidores cuentan con educación superior y 41% con educación básica¹⁰. Las deficiencias cognitivas y funcionales afectan negativamente la adherencia de los ancianos. Ahora bien, lo que se busca con lograr la adherencia es que estos pacientes participen activamente en su tratamiento, cumplan con las citas de control y realicen cambios en su estilo de vida¹¹.

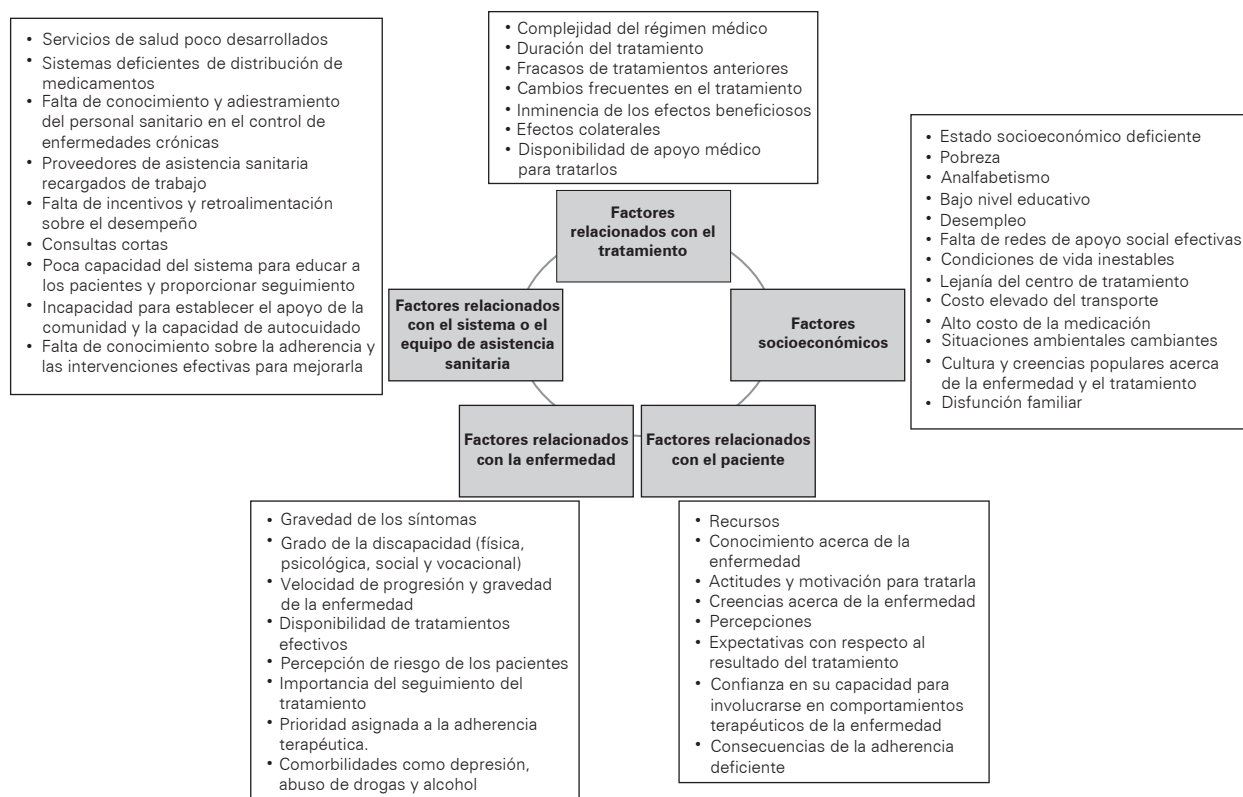


Figura 1. Determinantes de la adherencia terapéutica

Fuente: autor. Adaptado de: Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004.

Según un estudio realizado en Cartagena, Colombia, el riesgo moderado de no adherencia está dado por falta de orientación sobre cómo ajustar los horarios

de los medicamentos, falta de recomendaciones por escrito sobre el tratamiento, no comprensión de los motivos de las fallas terapéuticas por parte del

personal de salud, preocupación por equivocarse en la toma de varios medicamentos, confusión por el cambio constante de médicos y la percepción de la enfermedad. La falta de adherencia a tratamientos médicos, especialmente en enfermedades crónicas, causa complicaciones tanto médicas como psicosociales, reduce la productividad y calidad de vida; además de desperdiciar los recursos y aumentar los costos de la atención en salud^{9,11}.

La educación a los pacientes no se debe limitar a brindar información, sino que deben ser intervenciones integrales, en las que se combinen componentes cognoscitivos, comportamentales y afectivos, las cuales han demostrado ser más efectivas. Asimismo, la probabilidad de adherencia será baja si la confianza en el personal de salud es baja, por lo que debe haber una adecuada interacción entre el personal de salud y el paciente; entendiendo que cada paciente tiene derecho a conocer sobre sus problemas de salud y decidir lo que mejor le parezca. Sin embargo, es responsabilidad del médico compartir la información pertinente para asesorar esa toma de decisiones y lograr que los objetivos establecidos sean congruentes tanto para el médico como el paciente¹¹. El consentimiento informado es un buen ejemplo del proceso comunicativo que se debe entablar entre el médico y el paciente, dado que se debe explicar concienzudamente al paciente su enfermedad y los posibles tratamientos para que él tome una decisión responsable. Además, la información clínica no es lo único que el paciente espera recibir, ellos sienten la necesidad de ser conocidos y reconocidos por los profesionales de la salud y creen que su vulnerabilidad debe ser respetada¹².

HERRAMIENTAS

“La educación es algo que la mayoría recibe, que muchos transmiten y que pocos tienen”

Karl Kraus

Las estrategias usadas por los médicos colombianos para que sus pacientes cumplan sus recomendaciones son: exageración de las consecuencias negativas si no se cumplen las mismas, regañar como manifestación de su preocupación y brindar explicaciones a sus pacientes. Sin embargo, los primeros dos mecanismos no contribuyen al mejoramiento de la salud, pues predisponen al paciente a mentir al médico sobre el cumplimiento de las recomendaciones, afirmando un correcto uso de los medicamentos, lo que lleva a polimedicación, resistencia medicamentosa y mayores gastos. Esto también se observa en pacientes quienes creen con certeza que los medicamentos que están en el Plan Obligatorio de Salud colombiano son de mala calidad por lo que mienten para conseguir otro tipo de medicamentos⁴.

Las preguntas hacia los pacientes deben ser abiertas para que puedan exponer sus inquietudes y opiniones, mejorando su percepción hacia el médico. Estas preguntas no sólo deben ser sobre el área médica sino también sobre las áreas emocional, comportamental y social. El lenguaje no verbal demuestra interés hacia el paciente y lo satisface. Algunas de las actitudes que deben ser promovidas se describen en la tabla 2². Sin embargo, los pacientes también deben conocer cómo tener una mejor comunicación con su médico. En este sentido, los psicólogos clínicos juegan un papel importante pues pueden enseñar cómo lidiar con el estrés, el dolor, las falsas expectativas y las debilidades psicosociales¹³.

Tabla 2. Actitudes en pro de la relación médico-paciente

-Vestimenta adecuada	-Disponibilidad de escucha
-Buena higiene	-Dejar que el paciente exponga sus molestias sin interrupciones
-Consultorio pulcro y privado	-Intercambiar puntos de vista con el paciente
-Saludar al paciente por su nombre	-Resolver dudas
-Extender la mano al paciente	-Hacer al paciente partícipe de las decisiones terapéuticas
-Presentarse y dar a conocer su cargo	-Ser veraz, educador y alentador
-Sentarse frente al paciente, mirarle a los ojos	-Respeto
-Vocabulario sencillo y respetuoso	-Vocación de servicio
-Ser empático	-Tener conocimientos y estar actualizado
-Expresar humanidad	-Individualizar la atención médica
-Dar sensación de seguridad	
-Brindar confianza como persona y profesional	
-Calmar la ansiedad del paciente	

Fuente: autor. Adaptado de: Ramos-Rodríguez, C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008;69(1):12-6.

Actualmente el uso de Internet ofrece un acceso más fácil a la información, por lo que la navegación debe ser orientada. Una encuesta realizada por Harris, reveló que el número de personas que realizan búsquedas sobre temas de salud en internet se ha triplicado, pasando de 50 a 175 millones, entre 1998 y 2010⁶. Un buen método para integrar esta forma de educación es por medio de folletos con listas de páginas web autorizadas e instrucciones sobre cómo evaluar la validez de la página, evitando la charlatanería que solo lleva a prácticas erróneas y genera miedo entre los pacientes. Usar folletos por grupos de edad brinda una educación más dirigida e integral. A saber, la importancia de folletos que

resuman la información fundamental es que el paciente se enfrenta a información nueva, en grandes cantidades y corto tiempo lo que resulta abrumador; hablar en términos sencillos, de forma coherente y usando metáforas mejora la retención⁶. El contenido se debe limitar a uno o dos objetivos clave y debe ser redactado en lenguaje para personas con nivel de básica primaria, acompañado de imágenes y gráficos. Otras opciones incluyen: cintas de audio o vídeo, discos compactos, programas interactivos, aplicaciones para dispositivos móviles y sitios web interactivos¹⁴. En la tabla 3 se resumen algunas estrategias efectivas en el mejoramiento de la adherencia del paciente.

Tabla 3. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica

ESTRATEGIA	EJEMPLOS	CARACTERÍSTICAS
Técnicas	-Simplificación del régimen farmacéutico -Dosis menos frecuentes -Fórmula de liberación controlada -Combinación de fármacos	-Útiles en pacientes polimedicados -No es posible en todas las patologías o medicamentos -Pocas combinaciones -Reiteración en el tiempo
Educativas	-Información en la consulta -Dispensación informada -Información sanitaria	-Fáciles de ejecutar -No costos adicionales -Tiempo extra del profesional de la salud -Se debe individualizar -Se debe combinar con otras estrategias
Conductuales	-Sistemas personalizados de dosificación -Sistemas de recuerdo horario (de la toma, de la pauta, de las instrucciones básicas) -Apps para móviles o <i>tablets</i>	-Útil en polimedicados -Tiempo extra del profesional de la salud -Puede requerir conocimientos tecnológicos -Puede requerir aparatos electrónicos
Tratamiento con observación directa	-Mal cumplimiento previo -Usuario de sustancias psicoactivas -Personas con trastornos mentales o psíquicos	-Útil en tuberculosis y SIDA -Seguimiento de protocolo -Manejo multidisciplinario
Técnicas de apoyo social	-Ayuda domiciliar -Terapia familiar -Grupos de apoyo	Reiteración en el tiempo
Técnicas dirigidas a profesionales	-Información -Cursos -Recordatorios -Propio control y seguimiento por parte de los profesionales	Reiteración en el tiempo
Recuerdo de las estrategias	-Pacientes incumplidores	Reiteración en el tiempo

Fuente: autor. Adaptado de: Rodríguez M, Pérez E, García E, Rodríguez A, Martínez F, Faus M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp.* 2014;16(3):110-20.

Los grupos de apoyo son una buena herramienta para las personas que no tienen conocimientos sobre tecnología o prefieren mayor interacción persona-persona. Las ventajas de estos grupos son que asisten personas con situaciones similares, permitiendo llevar un mensaje con mayor aceptación; no sólo al paciente sino también a sus familiares¹². El apoyo social y familiar juega un papel importante en el mejoramiento de las condiciones de salud de los pacientes. Por ejemplo, este tipo de acompañamiento no solo mejora la adherencia al tratamiento, sino también los comportamientos, actitudes y tiempo dedicado por el médico en la atención de estos pacientes¹¹.

Se debe verificar si la información dada a los pacientes ha sido asimilada de la manera correcta. Una buena técnica basada en la evidencia es *teach-back*, que consiste en que el paciente repita con sus propias palabras lo que ha entendido de las indicaciones médicas, lo cual permite corregir errores o resolver dudas de los pacientes. Con este método el paciente debe poder definir su enfermedad, el tratamiento, los posibles problemas y las formas de solucionarlos¹⁴.

Mediante la educación del paciente se pretende alcanzar alfabetización en salud, que es la capacidad de recibir y comprender información para tomar decisiones en salud apropiadas. La falta de esta habilidad le cuesta al sistema de salud de Estados Unidos entre 50 y 73 millones por año. Sin embargo, múltiples factores afectan la alfabetización, como son: vergüenza, estrés, vulnerabilidad, jerga médica, información excesiva y pobres habilidades de lectura. La alfabetización se debe brindar no sólo al paciente sino también a su familia, evaluando cuál método es el más indicado en cada caso. Finalmente, es importante realizar un óptimo seguimiento con cada paciente para reforzar el conocimiento y asegurar la consecución de los objetivos previamente planteados¹⁴. A pesar de ello, resulta difícil educar a una población que solo se preocupa por la salud cuando la ven alterada, es decir, una cultura de curación y no de prevención.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y PENSUM DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA

“Las personas inteligentes tienen un derecho sobre las ignorantes: el derecho a instruírlas”
Ralph Waldo Emerson

Los médicos pueden ser más competentes y efectivos en su comunicación con el paciente si reciben

entrenamiento temprano en su plan de estudios en el pregrado¹³. Se ha encontrado que los estudiantes no se sienten seguros sobre sus habilidades comunicativas lo que disminuye la satisfacción del paciente. Además, la mala formación durante la escuela de medicina se refleja en malos resultados en las prácticas. También se ha observado que estas habilidades disminuyen a medida que se avanza en la carrera y con el tiempo los médicos en formación pierden el enfoque de atención integral⁵.

Se presentan situaciones especiales donde tener buenas habilidades comunicativas resulta imprescindible, como son el fin de la vida, dar malas noticias, la salud sexual y reproductiva, atención a las minorías, dolor crónico y pacientes geriátricos. Algunas de las estrategias interactivas en este campo son demostraciones mediante video, juego de roles y realimentación de los videos. Sin embargo, los métodos experienciales son sin duda los más eficaces y preferidos por los estudiantes¹³.

En cuanto a las capacitaciones en comunicación, estas son más eficaces cuando se realizan en los años clínicos que en los preclínicos, y dan mejores resultados cuando hay formación y participación de los docentes. Este entrenamiento es rentable pues aumenta el desempeño de los profesionales médicos, mejorando la salud general de los pacientes⁸. Los docentes tienen un rol significativo en la práctica docente-asistencial pues deben inculcar el respeto hacia los pacientes y educar mediante su ejemplo; además, son los encargados de inspirar el amor a la profesión, que es el principal determinante del cambio¹⁶.

En conclusión, dado que una buena comunicación mejora la relación médico-paciente, es necesario formar al estudiante de medicina en esta competencia. Es fundamental conocer la percepción de los médicos y pacientes en Colombia sobre esta relación bidireccional, mediante la realización de nuevos estudios. No obstante, se debe investigar sobre cuáles estrategias educativas son más efectivas en la población colombiana.

AGRADECIMIENTOS

La familia MÉDICAS UIS demuestra que el trabajo en equipo logra grandes éxitos y satisfacciones. Estoy muy agradecida por haber sido parte de este maravilloso grupo de trabajo. Departamento de Posibilidades Editoriales, me gustaría darles las gracias por los buenos recuerdos y la amistad que me

brindaron. Recuerden mis queridos futuros médicos: “ustedes pueden lograr todo lo que se propongan”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo PA. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. *MÉD.UIS*. 2012;25(1):64-9.
2. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An. Fac. med.* 2008;69(1):12-6.
3. Jaramillo LG, Pinilla CA, Duque MI, González L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index Enferm.* 2004;13(46):29-33.
4. Herrera N, Gutierrez-Malaver M, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo A, Sánchez-Martínez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2010;12(3):343-55.
5. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 2010;10(1):38-43.
6. Garfinkel Weiss, G. Cómo adaptar la formación de los pacientes al estilo de aprendizaje, la propensión a la tecnología y demás características para obtener resultados óptimos. *MedicalEconomics.es*. 2011;(126):27-32.
7. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*. 2010;79(3):277-82.
8. Ali AA. Communication skills training of undergraduates. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013;23(1):10-5.
9. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C: OPS/OMS 2004.
10. Rodríguez M, García-Jiménez E, Rodríguez A, Pérez EM, Amariles P, Martínez-Martínez F, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. *Pharm Care Esp*. 2012;14(4):138-45.
11. Flórez Torres IE. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2009;27(2):25-32.
12. Wiesner C, Contreras A, Castro J. El Centro de Educación de pacientes con cáncer y sus familias: la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología. *Rev Colomb Cancerol*. 2011;15(2):59-66.
13. Neo F. Working toward the best doctor-patient communication. *Singapore Med J*. 2011;52(10):720.
14. Tamura-Lis, W. Teach-Back for Quality Education And Patient Safety. *Urol Nurs*. 2013;33(6):267-71.
15. Rodríguez M, Pérez E, García E, Rodríguez A, Martínez F, Faus M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp*. 2014;16(3):110-20.
16. Alonso M, Ruiz I, Ricardo O. Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (segunda parte). *Rev. Med. Electrón.* 2011;33(1):89-95.

Editorial

Communication between doctor and patient: Beyond a query, an educational process

Viviana Paola Forguione-Pérez*

*Medical student, XI level. Faculty of Health. Industrial University of Santander. Intern. University Hospital of Santander. Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondence: Ms. Viviana Paola Forguione-Pérez. Address: Carrera 28 # 51-47, apartment 404. Bucaramanga. Santander. Colombia. E-mail: vivi_9116@hotmail.com

¿Cómo citar este artículo?: Forguione-Pérez VP. Communication between doctor and patient: Beyond a query, an educational process. MÉD.UIS. 2015;28(1):15-21.

*“Whoever doesn’t understand a look will hardly understand a long explanation”
Arabian Proverb*

Maintaining a proper doctor-patient relationship through training and information of the patient encourages health prevention and treatment adherence. In this regard, there are two big players: the doctor, who has the technical and scientific knowledge, and the patient, who comes looking for help. For this relationship to work properly, mutual trust is needed¹. Thus, medical performance has been highlighted for having the knowledge about

the disease and how to treat it; however, this trust disappears when doctors provide little information to their patients and when they use a language which is not understood by patients, leading to doubts that will be solved, in many cases, by people with little training in the subject, such as pharmacists sellers, who lack of medical knowledge, but have the willingness and time to listen to their customers. Other criticisms of the medical act are listed in Table 1¹⁻². Nonetheless, this erroneous behavior is justified by patients under the pretext that physicians are people who have very little time, thus creating a vicious cycle of ignorance³.

Table 1. Criticisms of medical performance

<ul style="list-style-type: none">- Disregard for the welfare of the patient- Hurrying to provide care- Dehumanized treatment- Lack of trust- Malpractice- Lack of dedication to service	<ul style="list-style-type: none">- Short time available for the medical appointment- Lack of motivation for his work- Not fulfilling his obligations- Giving little information about diseases and treatments- Secondary gains by pharmaceuticals
---	--

Source: Autor. Adapted from: Ramos-Rodríguez, C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008;69(1):12-6.

Moreover, on physician’s perspective, many patients mistreat doctors because of their social constructs and unrealistic expectations for recovery and physician’s obligations, not knowing that sometimes the healthcare system does not provide the tools and supplies needed to offer a good service. Doctor-patient relationship in Colombia is based on models of confrontation and negotiation, in which patients seek to have greater participation without being deceived, and doctors impose their knowledge to the restoration of patient welfare without being

manipulated⁴. Additionally, physicians feel they have lost respect and autonomy in their work, as they are forced to have sporadic encounters with patients, often being unable to provide adequate follow-up, or not having enough time to solve their doubts⁴. This situation also predisposes patients to having aggressive and rude attitudes, going to the doctor merely to demand treatments or procedures that have worked in people they know who suffer from the same disease; this is often due to lack of education of patients about medical subjects.

Divergent beliefs between patient and physician negatively affect healthcare by influencing patient outcomes despite adequate treatment⁵. A clear example of this difference in perception is the fact that doctors tend to overestimate their communication skills, as shown in a study conducted by the American Academy of Orthopaedic Surgeons, on which 75% of the 700 polled orthopedists rated their communication as satisfactory, while only 21% of 807 patients rated them equally. That is why nowadays the model of shared decision-making and patient-centered communication is employed⁵. Knowing personal and sociocultural factors such as age, education level, marital status, employment status and technological knowledge allows improving patient's learning, as it focuses on their particular characteristics⁶. The main tool is empowerment, which aims for critical thinking and independent action of patients; therefore, behavioral and psychosocial situations must be integrated with clinical situations, in order to get patients to reflect their experience and to propose goals to change their behavior. Communication should be given actively in order to get the patient involved with his illness, otherwise if he plays a passive role he will not take control over it⁷.

As result of a bad relationship between doctor and patient, higher rates of non-adherence to medical treatment, self-medication and late attendance at healthcare centers are observed. All this leads to an increase in morbidity, drug resistance, inadequate monitoring of diseases and high costs of treatments. Nevertheless, these activities are not only promoted by a bad doctor-patient relationship, but by other factors such as: pharmacists willing to sell drugs without restriction, misinformation on the internet, beliefs and traditions of patients, administrative procedures that generate costs in time and money to patients, and lack of credibility of doctors, health insurers and the healthcare system, caused by the limitations resulting from having great coverage but low quality of service⁴.

BENEFITS

“The great aim of education is not knowledge, but action”

Herbert Spencer

Good communication brings two major benefits: sharing clinical information appropriately and a good doctor-patient relationship. Patients who are

informed and educated about their health and how to improve their status, recover faster than those who are not. In addition, patients benefit from physicians with good interpersonal communication skills, because they achieve better understanding of medical information, adapt better psychologically, get more satisfied with their care, adhere better to treatment and trust their doctors. The doctor benefits as well, because he wins as a professional and as a person, as he becomes less stressed, copes better with bad news and anger, establishes better relationships with colleagues, lives more satisfied with his job, identifies the problems of their patients more accurately, improves patient perception regarding his competence, and is less likely to receive formal complaints of malpractice. Moreover, the healthcare system also benefits because a good doctor-patient relationship decreases hospital stay, generates fewer referrals and consultations, and reduces costs when a preventive approach to health is promoted^{1,5,8}.

PROBLEMS

“The man of science appears to be the only man who has something to say, just now — and the only man who does not know how to say it”

Sir James M. Barrie

There are many barriers to good communication in the doctor-patient relationship that hinder education. The main complaints by doctors are: short times for medical appointments, workload, patient anxiety and fear, fear of physical or verbal abuse, unrealistic patient expectations, fear of lawsuits, patient resistance to change, and lack of training in this area⁵. Therefore, empathy is crucial to doctor-patient relationship, because a physician's avoidance behavior will make the patient refuse to tell him their problems, thus delaying the recovery process. Furthermore, most lawsuits against doctors cite as main grievance the lack of communication with the patient^{5,8}.

According to World Health Organization (WHO), medication adherence is “the degree to which the person's behavior corresponds with the agreed recommendations from a health care provider”. This adherence in developed countries is 50% and it is even lower in developing countries, because of the scarcity of resources and inequities in access to health care⁹. Access barriers cause people to seek health services only when their health is deteriorated;

thus returning to a healing vision and hindering the development of preventive programs. Some of the problems that patients have when attending health services are: difficulty in getting appointments, delays in approvals by health insurers, failing to provide services in geographically remote sites, and denial of services mostly because of high treatment costs⁴.

The WHO highlights as determinants of adherence socioeconomic factors related to the treatment, the patient, the disease and the system or healthcare team; these are detailed in Figure 1⁹.

People who are at increased risk for poor adherence are those with deficiencies in these factors. It has also been observed that women adhere more to treatment than men. Moreover, the level of education is positively associated with improved adherence, because 67% of cases achievers have higher education and 41% have basic education¹⁰. Cognitive and functional impairments adversely affect adhesion of the elderly. What is sought in order to achieve adhesion is that these patients actively participate in their treatment, attend their control appointments, and make changes in their lifestyle¹¹.

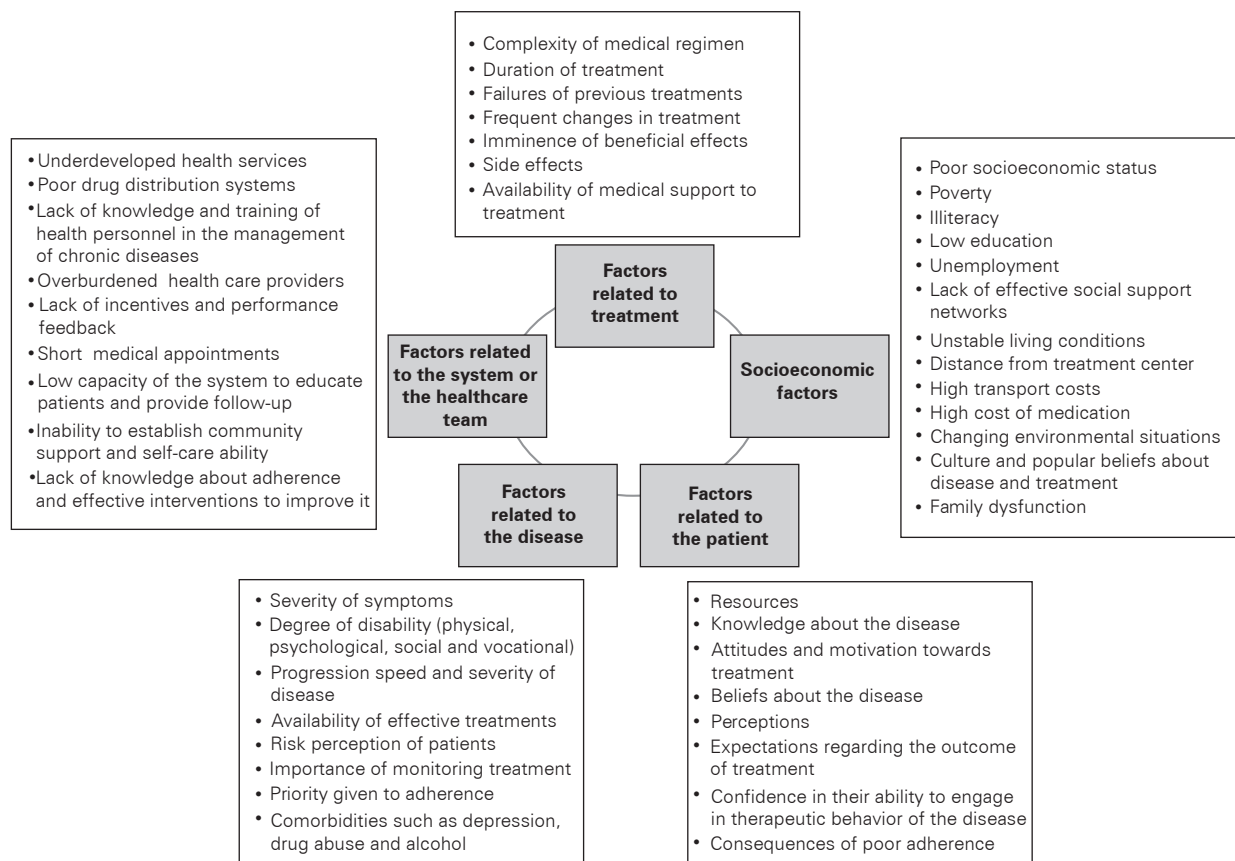


Figura 1. Determinants of medical adherence

Source: Autor. Adapted from: Organización Mundial de la Salud. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004.

According to a study conducted in Cartagena, Colombia, moderate risk of nonadherence is given by lack of guidance on how to adjust medication schedules, lack of written recommendations about treatment, no understanding of the reasons for treatment, failures on the part of health personnel, concern for mistakes in taking multiple medications,

confusion by constant changing physicians, and perception of the disease. Lack of adherence to medical treatments, especially in chronic diseases, causes both medical and psychosocial complications, reduces productivity and quality of life; besides wasting resources and increasing health care costs^{9,11}.

Patient education should not be limited to providing information, it must have comprehensive interventions in which cognitive, behavioral and affective components are combined, which have proved to be more effective. Also, the likelihood of adherence will be low if trust in health personnel is low, so there must be adequate interaction between health personnel and patients; understanding that every patient has the right to know about their health problems and to decide what best suits him. However, it is the responsibility of the physician to share relevant information to advise that decision-making and to achieve that the established goals are congruent for both physician and patient¹¹. Informed consent is a good example of the communication process that must be established between doctor and patient, given that it should thoroughly explain the patient’s condition and possible treatments for him to make a responsible decision. Besides, clinical information is not the only thing the patient expects to receive, they feel the need to be known and recognized by health professionals and believe that their vulnerability should be respected¹².

Tools

“Education is what most people receive, many pass on, and few have”
Karl Kraus

The strategies used by Colombian physicians for their patients to follow their recommendations are: exaggeration of negative consequences if these are not known, scold as a manifestation of concern, and providing explanations to their patients. However, the first two mechanisms do not contribute to improving health, because they predispose the patient to lie to the doctor about the implementation of their recommendations, claiming to have been using their medicines correctly and leading to polypharmacy, drug resistance and higher expenses. This is also observed in patients who believe with certainty that the drugs in the Colombian Mandatory Health Plan have poor quality, so they lie to get another sort of medication⁴.

Questions asked to patients should be open, so they can express their concerns and opinions, enhancing their perception toward the physician. These questions should not only be about the medical area, but also about emotional, behavioral and social areas. Nonverbal language shows interest towards the patient and satisfies him. Some of the attitudes that must be promoted are described in table 2². However, patients must also know how to have better communication with their doctor. In this regard, clinical psychologists play an important role because they can teach how to deal with stress, pain, false expectations, and psychosocial weaknesses¹³.

Table 2. Attitudes towards doctor-patient relationship

<ul style="list-style-type: none"> - Proper attire - Good hygiene - Neat and private practice - Greeting the patient by name - Reaching out to the patient - Presenting and disclosing their title - Sitting facing the patient, looking into his eyes - Simple and respectful vocabulary - Being empathetic - Expressing humanity - Giving sense of security - Providing confidence as a person and professional 	<ul style="list-style-type: none"> - Allaying patient anxiety - Availability to listen - Letting patients expose their discomfort without interruption - Exchanging points of view with the patient - Answering questions - Getting patients to participate in treatment decisions - Being truthful, educator and encouraging - Respect - Commitment to service - Having knowledge and being updated - Individualized care
---	---

Source: autor. Adapted from: Ramos-Rodríguez, C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2008;69(1):12-6.

Currently, the use of Internet provides easier access to information, whereby navigation should be directed. A poll conducted by Harris, revealed that the number of people searching about health issues on the Internet has tripled, going from 50 to 175 million, between 1998 and 2010⁶. A good

method to integrate this form of education is through brochures with lists of authorized websites and instructions on how to assess the validity of the page, avoiding quackery that only leads to bad practices and creates fear among patients. Using brochures by age group provides a more targeted

and comprehensive education. Namely, the importance of leaflets summarizing key information is that the patient is facing new information, in large quantities and short time, which is overwhelming; speaking in simple terms, being consistent and using metaphors improves retention⁶. The content should be limited to one or two key objectives,

and should be written in language for people with basic primary level, accompanied by pictures and graphics. Other options include audio or video tapes, compact discs, interactive programs, applications for mobile devices, and interactive websites¹⁴. Table 3 summarizes some effective strategies for improving patient adherence.

Table 3. Strategies to improve adherence

TOOLS	EXAMPLES	FEATURES
Techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Simplification of the pharmaceutical regimen - Less frequent dosing - Release-controlled medications - Drug combination 	<ul style="list-style-type: none"> - Useful in patients with polypharmacy - It is not possible in all pathologies or medications - Few combinations - Reiteration in time
Educative	<ul style="list-style-type: none"> - Information in consultation - Informed dispensation - Health information 	<ul style="list-style-type: none"> - Easy to run - No additional costs - Overtime of healthcare providers - Should be individualized - Must be combined with other strategies
Behavioral	<ul style="list-style-type: none"> - Custom dosing systems - Schedule reminder systems (for taking, pattern and basic instructions) - Apps for phones or tablets 	<ul style="list-style-type: none"> - Useful in patients with polypharmacy - Overtime of healthcare - May require technological knowledge - May require electronic devices
Directly observed treatment	<ul style="list-style-type: none"> - Mal prior compliance - Psychoactive substances user - People with mental or psychological disorders 	<ul style="list-style-type: none"> - Useful in tuberculosis and AIDS - Monitoring protocol - Multidisciplinary management
Techniques social support	<ul style="list-style-type: none"> - Domiciliary help - Family therapy - Support groups 	<ul style="list-style-type: none"> - Reiteration in time
Techniques for professionals	<ul style="list-style-type: none"> - Information - Courses - Reminders - Own control and monitoring by professionals 	<ul style="list-style-type: none"> - Reiteration in time
Remembering strategies	<ul style="list-style-type: none"> - Noncompliant patients 	<ul style="list-style-type: none"> - Reiteration in time

Source: Autor. Adapted from: Rodríguez M, Pérez E, García E, Rodríguez A, Martínez F, Faus M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp.* 2014;16(3): 110-20.

Support groups are a good tool for people who have no knowledge about technology or who prefer more person-person interaction. The advantages of these groups are that they are attended by people with similar situations, allowing carrying a more widely accepted message; not only to the patients but also to their families¹². Social and family support plays an important role in improving health

conditions of patients. For example, this type of support not only improves adherence, but also the behavior, attitudes and time spent by physicians in the care of these patients¹¹.

It should be verified as well if the information given to patients has been assimilated in the right way. A good technique based on evidence is teach-back, which

consists on the patient repeating in his own words what he has understood about medical indications, which allows to correct errors or to answer questions from patients. With this method, the patient must be able to define their disease, treatment, the potential problems and ways to solve them¹⁴.

Through patient education, it is expected to achieve health literacy, which is the ability to receive and understand information to make appropriate health decisions. The lack of this ability costs the health system in the United States between 50 and 73 million per year. However, multiple factors affect literacy, such as: shame, stress, vulnerability, medical jargon, excessive information, and poor reading skills. Literacy should be given not only to the patient, but also to his family, assessing which method is most appropriate in each case. Finally, it is important to identify an optimal follow-up with each patient to fortify the knowledge and to ensure the achievement of the objectives previously set¹⁴. Nevertheless, it is difficult to educate a population who only cares about health when they see it altered, namely, a culture of curation rather than prevention.

PATIENT COMMUNICATION AND CURRICULUM OF MEDICAL SCHOOLS

“The intelligent have a right over the ignorant; namely, the right of instructing them”
Ralph Waldo Emerson

Doctors may be more relevant and effective in their communication with the patient if they receive early training in their curriculum at the undergraduate level¹³. It has been found that students do not feel confident about their communication skills, which decreases patient satisfaction. Furthermore, poor training during medical school is reflected in poor results in practice. It has also been observed that these skills diminish as they progress through the career and eventually doctors in training lose focus of comprehensive care⁵.

There are special situations where having good communication skills is essential, such as: end of life, giving bad news, sexual and reproductive health, care of minorities, chronic pain and geriatric patients. Some of the interactive strategies in this area are demonstrations by video, role play and feedback from videos. However, experiential methods are certainly the most effective and preferred by students¹³.

As for the training in communication, it is more effective when performed in the clinical years than in preclinical years, and have better results when there is teacher training and participation. This training is profitable because it increases the performance of medical professionals, improving the overall health of patients⁸. Teachers play a significant role in teacher-care practice because they must instill respect for patients and educate by example; also they are responsible for inspiring love to the profession, which is the main determinant of change¹⁶.

In conclusion, understanding that good communication improves the doctor-patient relationship, it is necessary to train medical students in this competence. It is essential to study the perceptions of both doctors and patients in Colombia about this two-way relationship, by conducting new studies. In addition, it should be investigated about what educational strategies are most effective in the Colombian population.

ACKNOWLEDGEMENTS

MÉDICAS UIS Family shows that teamwork achieves great successes and satisfactions. I am grateful for being part of this wonderful working group. Department of Editorial Possibilities, I would like to say thank you for the good memories and friendships that you gave me. Remember, my lovely future physicians: “you can achieve anything you want”.

REFERENCES

1. Restrepo PA. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. MÉD.UIS. 2012;25(1):64-9.
2. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An. Fac. med. 2008;69(1):12-6.
3. Jaramillo LG, Pinilla CA, Duque MI, González L. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). Index Enferm. 2004;13(46):29-33.
4. Herrera N, Gutierrez-Malaver M, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet R, Gómez-Sotelo A, Sánchez-Martínez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(3):343-55.
5. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A Review. The Ochsner Journal. 2010;10(1):38-43.
6. Garfinkel Weiss, G. Cómo adaptar la formación de los pacientes al estilo de aprendizaje, la propensión a la tecnología y demás características para obtener resultados óptimos. MedicalEconomics.es. 2011;(126):27-32.
7. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. Patient Educ Couns. 2010;79(3):277-82.
8. Ali AA. Communication skills training of undergraduates. J Coll Physicians Surg Pak. 2013;23(1):10-5.

ENERO-ABRIL

9. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, D.C: OPS/OMS 2004.
10. Rodríguez M, García-Jiménez E, Rodríguez A, Pérez EM, Amariles P, Martínez-Martínez F, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. *Pharm Care Esp.* 2012;14(4):138-45.
11. Flórez Torres IE. Adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Av. Enferm.* 2009;27(2):25-32.
12. Wiesner C, Contreras A, Castro J. El Centro de Educación de pacientes con cáncer y sus familias: la experiencia del Instituto

COMMUNICATION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT: BEYOND A QUERY, AN EDUCATIONAL PROCESS

- Nacional de Cancerología. *Rev Colomb Cancerol.* 2011;15(2):59-66.
13. Neo F. Working toward the best doctor-patient communication. *Singapore Med J.* 2011;52(10):720.
14. Tamura-Lis, W. Teach-Back for Quality Education And Patient Safety. *Urol Nurs.* 2013;33(6):267-71.
15. Rodríguez M, Pérez E, García E, Rodríguez A, Martínez F, Faus M. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp.* 2014;16(3):110-20.
16. Alonso M, Ruiz I, Ricardo O. Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (segunda parte). *Rev. Med. Electrón.* 2011;33(1):89-95.