

**CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN EN EL MANEJO
ACERTADO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL MÉDICO
CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA EL CANCER, EN
LA CIUDAD DE SANTA MARTA, COLOMBIA**

LIZETH MARCELA GARCIA QUIÑONES

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRIA EN COMUNICACIÓN
BARRANQUILLA**

2013

**CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN EN EL MANEJO
ACERTADO DE HABILIDADES COMUNICATIVAS DEL MÉDICO
CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA EL CANCER, EN
LA CIUDAD DE SANTA MARTA, COLOMBIA**

LIZETH MARCELA GARCIA QUIÑONES

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Magister en
Comunicación**

Director

JAIR VEGA

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRIA EN COMUNICACIÓN
BARRANQUILLA
2013**

**Dedico esta tesis a Dios; quien me ha dado el precioso don de la vida para
colocarla al servicio de los demás, a mis padres Ismael, Rosario por
impulsarme, a mis hermanos, Héctor y Malory por su apoyo, a mi esposo
Jaime por creer en mí, a mi hijo Kalev Josué por darme fuerzas, a mis
Pastores Javier y Mirna Luz; por guiarme y animarme.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo brindado por los centros cancerológicos de la ciudad de Santa Marta que apoyaron esta investigación, su respaldo y la confianza brindada fueron valiosos para el logro de los objetivos planteados con esta investigación.

A los pacientes oncológicos de cada uno de los centros cancerológicos visitados, cuya experiencia de vida enriqueció esta investigación.

A la Universidad del Norte y a su cuerpo de docentes de la maestría en comunicación por compartir sus conocimientos, especialmente a mi tutor JAIR VEGA por ayudarme a alcanzar la meta propuesta.

Gracias,

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	6-7
2. INTRODUCCION	8-11
3. PROBLEMA DE INVESTIGACION	
3.1 Planteamiento del problema.....	12-16
3.2 Formulación del problema.....	17
3.3 Objetivos.....	18
3.3.1 Objetivo general.....	18
3.3.2 Objetivos específicos.....	18
3.4 Justificación.....	19-22
4. MARCO TEORICO	
4.1 Antecedentes Investigativos. Estado del arte.....	23-37
5. MARCO METODOLÓGICO	
5.1 Metodología.....	38-44
6. RESULTADOS	45-56
7. DISCUSION	57-60
8. CONCLUSIONES	61
9. RECOMENDACIONES	62
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
10.1 Bibliografía.....	63-69
10.2 Anexos.....	70-74

1. RESUMEN

El presente estudio pretende fundamentalmente caracterizar el manejo acertado de las Habilidades Comunicativas del médico Oncólogo en la adherencia al tratamiento contra el cáncer; con el fin de lograr el éxito en el tratamiento del paciente, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo así el índice de mortalidad causada por esta patología.

Esta investigación de tipo cualitativa, consiste en hacer una interpretación subjetiva de las consultas realizadas por el médico oncólogo de 2 de los 4 centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta. Se conocerá qué tanto informa al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento, que tanto del componente afectivo logra impregnar en sus citas y descubrir que tanto conoce y aplica las HC en su relación con los pacientes.

En este estudio emplearemos como instrumento de medición el cuestionario GATHA –RES desarrollado para medir el perfil comunicacional de los médicos de familia. Estructurado en tres ejes o dimensiones: *a)* actitudes; *b)* tareas, y *c)* habilidades como resultado de estudiar las consultas de dos médicos, de sexo masculino, se observa que el género del médico no afecta la adherencia al tratamiento, así como tampoco el género del paciente, ni el tipo

de patologías, puesto que se muestran complacidos con sus médicos tanto los pacientes con enfermedades crónicas de buen pronóstico como aquellos que en poco tiempo tendrán un final nefasto.

Pese a que es muy escasa la data recolectada debido a la resistencia de algunos de los centros oncológicos de la ciudad, se pudo comprobar que los médicos de dos de los centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, desarrollan un buen uso de las habilidades comunicativas, afectando de manera positiva en la adherencia al tratamiento contra el cáncer.

Así mismo concluimos que la manifestación de interés por los miedos, preocupaciones y salud del paciente por parte del médico, la claridad con la que se le dé información al paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y/o situación del paciente y el contacto visual del médico con el paciente durante las narraciones del paciente influyen directamente en que el paciente se adhiera al tratamiento planteado por el médico tratante.

2. INTRODUCCIÓN

Entre las tareas que tiene un médico en su trabajo cotidiano, está la de comunicar un diagnóstico de una enfermedad, un tratamiento y un pronóstico. Este cometido no es fácil de realizar y tendrá unas consecuencias emocionalmente desestabilizadoras en la persona y la familia a la que se tiene que dirigir. ¿Cómo se puede realizar dicho cometido de manera que, a pesar de la crisis, el dolor y la incertidumbre que se genera en el paciente, éste pueda resituarse lo más positivamente posible ante la enfermedad? Diversos autores trabajan desde la perspectiva de enfatizar la importancia de la comunicación entre el médico y el paciente. Todos sus resultados están de acuerdo en señalar que, para mejorar todo el proceso oncológico y la calidad de vida del paciente, es esencial una buena comunicación entre oncólogo y paciente.

La comunicación humana es un sistema interactivo complejo de producción de sentido entre actores sociales, que se configura en niveles interdependientes.

La empatía es la capacidad de sintonizar con las emociones y sentimientos del otro; la capacidad de ponerse en su lugar y saber lo que siente. La capacidad de resonancia emocional es aquella competencia que nos permite no solo

identificar las emociones y sentimientos del otro, sino resonar, vibrar junto con él, aprobarlo y acogerlo.

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad. En estos tiempos de globalización, la medicina no escapa a tal fenómeno, por lo que entre otros aspectos, se debe tratar de vincular la formación del MF con los problemas que demanda la sociedad, de tal forma que se pueda dotar a este profesionista con un potencial en habilidades comunicativas que le permitan contender más eficientemente con la problemática que le plantea su profesión en los escenarios reales, complejos y dinámicos Collins S. (2005).

El propósito de este trabajo es presentar las Habilidades Comunicativas presentes en la comunicación y la relación médico paciente con la intención de contribuir a que el médico logre una comunicación más efectiva con su paciente, la familia y el equipo de salud.

Un razonamiento inicial para estimar la importancia de la comunicación en la relación médico paciente. Identifica que uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento Tates K. (2001).

Para responder al objetivo de este trabajo que se basan caracterizar la relación del buen manejo de las HC por parte de los médicos con la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer, se parte del análisis de la situación en los diferentes centros oncológicos, para ello se realizaron las siguientes actuaciones: primero se logro hacer grabaciones en estos centros en el cual se mostraban las interacciones entre el médico y el paciente y segundo se hicieron análisis del resultado de estas grabaciones para ver si los médicos tenían efectividad o deficiencias en el uso de sus Habilidades Comunicativas.

Es este trabajo se plasman, las Habilidades Comunicativas (HC) que poseen médicos oncólogos en dos centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, donde en uno de los centros se hizo mediante observaron directa y en el otro se hizo mediante grabaciones realizadas a un médico por cada centro

oncológico que atendieron pacientes con diferentes patologías, a estos se le aplicaron un test que contenían 27 ítems, donde se evalúan las HC del profesional de la salud hacia los pacientes, de los 27 ítems que conformaban el test el 96% (26 puntos) registraron respuestas positivas y solo el punto número 27 del test presento valores negativos.

Una de las cosas que llevo a la realización de este estudio fue por experiencia en la aplicación y adherencia a los tratamientos oncológicos, al momento en que la investigadora fue diagnosticada con una patología denominada (Leucemia), también por la necesidad de encontrar la relación existente entre las HC empleadas por el médico con el resultado positivo del tratamiento de una enfermedad que sin duda día tras día causa la muerte a un mayor número de la población en el departamento del Magdalena. En general, el escaso conocimiento existente sobre este tema en la región y en general en el país, la falta de publicaciones, ratifican la necesidad de realizar estudios de este tipo, que nos lleven a encontrar efectividad y deficiencias Habilidades Comunicativas del médico en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACION

3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La relación médico paciente es el pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica, Hojat M. (2009). Ha sido considerada por muchos autores como el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina, González R. (1998). Cabe pensar que esta relación, como todo proceso en el cual se ha involucrado el hombre, ha tenido una evolución histórica con la consecuente riqueza de antecedentes y disímiles condiciones que han caracterizado su devenir. En diferentes artículos se puede apreciar cómo las condiciones en que se desarrolla actualmente a nivel mundial la relación médico paciente, son sustancialmente diferentes a las que sirvieron de marco a las establecidas por el médico de familia de fines del siglo XIX y principios del XX, época que se caracterizó por el desarrollo del humanismo, la espiritualidad y la ética en el ejercicio de la medicina, González R. (1998).

El sistema de globalización económico-industrial, con el creciente aumento de las "empresas de salud" ha llevado a la inserción del profesional en ese sistema que regula y limita su accionar. En el polo opuesto de la relación, el paciente

experimenta este conflicto en la limitación que ofrece la obra social, prepagada o sistema médico público, y privada, en la elección del profesional a quien confiará el cuidado de su salud, así como a la restricción drástica de estudios o terapéuticos oportunos. Desgraciadamente, en un marco de descontento, desconfianza y presiones externas se desenvuelve hoy la relación médico paciente en estos países dominados por el neoliberalismo, Mainetti J. (2005).

En Cuba constituye un objetivo importante lograr lo propuesto en el perfil de salida de los egresados en la carrera de Medicina y contar con una adecuada formación para establecer una relación médico paciente eficiente y efectiva, Alonso-G. M. (2003).

El cáncer como enfermedad crónica cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo y causa un continuo deterioro físico, mental, o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte (Velasco y Sinibaldi, 2001), cada día cobra más vidas, y se constituye en un problema de proporciones epidémicas en el mundo.

En Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Cancerología (2003), en los últimos años se ha venido registrando un promedio de 26 mil muertes por cáncer y se estima en 61 mil los casos nuevos de esta enfermedad que se

presentarán anualmente en el país. El cáncer se ha convertido en la tercera causa de muerte en Colombia, después de la violencia y las enfermedades cardiovasculares.

En el departamento del Magdalena las estadísticas evidencian 1.722 muertes por cáncer en ese mismo período (INC e IGAC, 2003). En el distrito de Santa Marta (Magdalena), no se han encontrado datos oficiales al respecto, pero las repercusiones en la salud y el bienestar de la población son evidentes cuando se presenta el cáncer en alguno de los miembros de la familia.

El cáncer, es una enfermedad que no distingue edad, sexo o clase social y que además se puede presentar en cualquier parte del cuerpo.

Algunos pacientes dependiendo el tipo de cáncer, el tiempo en que haya sido detectado, o tipo de tratamiento aplicado logran vencerlo favorablemente, así como otros lamentablemente no logran sobrevivir a este tipo de enfermedad.

Los estudios revelan que esta patología es impredecible, en cuanto al resultado esperado a través del tratamiento y a los organismos de los pacientes que lo padecen, vemos entonces que el resultado positivo de su tratamiento no solo depende del tipo de terapias químicas que le sean suministradas al paciente, afecta también el estado del sistema inmune del paciente sometido a dichos

procedimientos.

Se conocen entonces casos en los que definitivamente al paciente diagnosticado con cáncer le queda muy poco tiempo de vida y puede decidir someterse o no al tratamiento, u otros a los que los avances científicos en los tratamientos o la simple naturaleza crónica de la enfermedad pueden lograr a través del tratamiento obtener un positivo pronóstico de vida sin llegar a perder la vida, logrando así, vivir muchos más años de los previstos por parte del médico en estas clases de patologías; sin embargo para ambos casos la actitud negativa o positiva que se tenga por parte del paciente al sometimiento no solo del tratamiento sino de todos aquellos padecimientos clínicos causados por la misma terapia química (exámenes, cirugías) sin duda afectará la calidad de vida que llevará emocional y físicamente dicho paciente.

Agrego a esto que los profesionales de la salud especialistas en este campo son formados específicamente en combatir clínicamente estas patologías, sin dedicarse a aprender y mucho menos practicar habilidades comunicativas para el momento de la consulta, no pretendiendo lograr la curación del paciente a través de estas conversaciones pero si haciendo menos dramático el momento de recibir la noticia del diagnóstico, y porque no logrando que el paciente se someta con mucho optimismo, voluntariamente y con esperanzas de vida a los

tratamientos clínicos.

El presente estudio nace de la necesidad que tiene la población afectada por el cáncer de tener un médico tratante con sentido humano y el uso de habilidades comunicativas con las que se pueda llegar a construir una relación entre el médico y el paciente basada en la confianza, sinceridad, y amabilidad al momento de cada consulta.

Pretendiendo entonces fundamentalmente con este estudio determinar la influencia de un manejo acertado de las habilidades comunicativas del médico Oncólogo en la adherencia al tratamiento contra el cáncer; con el fin de lograr el éxito en el tratamiento del paciente, mejorando la calidad de vida del paciente y disminuyendo así el índice de mortalidad causada por esta patología.

Otro de los factores determinantes que impulsan la realización de esta investigación es la ausencia del componente afectivo al momento de emplear las Habilidades Comunicativas por parte del médico en casos específicos como lo es el momento de dar la mala noticia acerca de un diagnóstico catastrófico al paciente.

3.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Caracterizar las Habilidades comunicativas del médico oncólogo para el buen uso de estas, aportará en la adherencia al tratamiento contra el cáncer?

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la relación del manejo acertado de las HC por parte de los médicos con la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer.

3.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Analizar el componente afectivo en las Habilidades Comunicativas del médico.
- 2) Identificar las deficiencias en las Habilidades comunicativas del médico para informar sobre el diagnóstico y el tratamiento a seguir de los paciente.
- 3) Relacionar la influencia de un manejo acertado de las HC del médico con la adherencia al tratamiento.

3.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Según las cifras publicadas por el Instituto Nacional de Cancerología, basadas en estudios realizados en los últimos 5 años, la cifra de mortalidad ocasionada por cáncer en Colombia equivale a 78.383 pacientes del género masculino y 80.442 pacientes del género femenino, lo cual arroja una mortalidad total de 158.825 personas. Teniendo en cuenta que Colombia posee 41.242.948 habitantes, según datos del censo 2005 del DANE, (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) el 0.38% de su población muere cada 5 años de cáncer, sin importar el lugar del cuerpo en el que se haya presentado.

Así mismo en el Departamento del Magdalena la cifra de mortalidad ocasionada por cáncer equivale a 1.697 pacientes del género masculino y 1.591 pacientes del género femenino, lo cual arroja una mortalidad total de 3.288 personas. Teniendo en cuenta que el Departamento del Magdalena posee 1.149.917 habitantes, según datos del censo 2005 del DANE, (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) el 0.28% de su población muere cada 5 años de cáncer, sin importar el lugar del cuerpo en el que se haya presentado. Así mismo la incidencia de cáncer en hombres llega a

ser de 639 y en las mujeres 701 para un total de 1.340 cada 5 años de los 1.149.917 habitantes que posee el departamento.

Estas patologías y diagnósticos, exigen al médico tanto en el tratamiento clínico como en el manejo una acertada aplicación de sus habilidades comunicativas con el paciente incurso en tan dramática situación, de tal manera que al momento de evidenciarse errores en dicha interacción comunicativa se ocasiona un deterioro tanto del estado emocional del paciente, su calidad de vida y las probabilidades de éxito del tratamiento, que de no corregirse incrementan los índices de mortalidad en pacientes con enfermedades ruinosas o catastróficas.

Si bien es cierto que algunos tipos de cáncer no se pueden prevenir y en otras tampoco se puede curar, lo que con este estudio se pretende es garantizar al paciente una mejor calidad de vida a través de la entrega de herramientas básicas de comunicación al médico tratante.

En el departamento del Magdalena, más específicamente, en la ciudad de Santa Marta existen cuatro centros Cancerológicos, en los cuales son atendidos no solo los pacientes oriundos de la ciudad de Santa Marta, sino también los que padecen dicha patología y se encuentran radicados en los municipios del departamento del Magdalena.

Indiscutiblemente, el desplazamiento de estos pacientes foráneos implica un desgaste físico y emocional, pues debe viajar por más de 2 horas en su mayoría para alcanzar una cita con su médico tratante, de no tener una actitud amable y un manejo acertado de las habilidades comunicativas el médico tratante, puede ocasionar en el paciente el peor de los días si además de esto debe dar la noticia de que la enfermedad sigue avanzando.

Desde hace 12 años el autor del presente estudio ha venido acumulando experiencia en la aplicación y adherencia a los tratamientos oncológicos, al momento de ser diagnosticada con una patología denominada (Leucemia), esta circunstancia condujo a que pudiese observar y experimentar cómo dependiendo del uso de una adecuada HC por parte del médico se logra la adherencia y progreso en el tratamiento médico pudiendo observar que inclusive en el evento de aplicarse una incorrecta o deficiente de las HC por parte del médico, se incrementa de manera irremediable la velocidad de los efectos causados por la patología y la consecuente mortalidad del paciente.

Con lo realización de este estudio se estaría aportando a la comunidad y a la salud del país herramientas que conllevan a mejorar la calidad de vida de un

paciente con cáncer, disminuyendo aún el número de muertes emocionales causadas por los médicos especialistas en esta patología desde el momento de informar el diagnóstico al paciente por un mal uso o en ocasiones ausencia total de HC.

Si bien es cierto que los estudios hallados sobre el tema fueron direccionados desde un punto de vista médico, con la excepción del Dr. Casasbuenas quien es un médico que realizó estudios en ciencias de la comunicación en la ciudad de España, los restantes estudios hallados, son realizados en su totalidad por personal de la salud, cabe entonces resaltar que desde el campo de la comunicación el presente estudio pretende entregar pautas a quienes forman profesionales de la salud para el uso adecuado del lenguaje verbal, corporal componente afectivo que le es de agrado al paciente oncológico en medio de esta crisis emocional que enfrenta cuando ha sido diagnosticado con una patología que en la mayoría de los casos ha sido declarada como incurable, logrando así que se someta al tratamiento que va a garantizarle una mejor calidad de vida y en algunos casos su curación total.

4. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS. ESTADO DEL ARTE

Los estudios encontrados en el presente siglo sobre las HC en el médico son en su mayoría a analizar 4 aspectos importantes.

Primeramente los estudios se basan en evaluar el componente afectivo en las HC del médico, lo cual incluye la formación de los estudiantes de medicina.

Las Dras. Maritza Alonso y Oksana Kraftchenko (2003) afirman que es “necesaria una adecuada comunicación entre el médico y el paciente centrada en la función afectiva, para el logro de una asistencia médica de calidad, que conlleven a estrechar vínculos que provoquen la satisfacción de la población”. En su estudio realizado en hospitales de la Habana Cuba, las Dras. Alonso y Kraftchenko utilizando un cuestionario aplicado a estudiantes de medicina con el cual se hizo un análisis de la comunicación médico-paciente como parte esencial en la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina, se caracterizó la influencia que tiene la relación del médico con sus pacientes en la formación de valores ético profesionales en los estudiantes de los grupos 3 y 4 del 2do año de la carrera de Medicina.

Por su parte Iris de Armas y otros (2011) con su análisis sobre el mismo aspecto en el mismo país, valoraron como “excelentes” la comunicación y la empatía dentro del desarrollo de los valores ético-profesionales en los estudiantes objeto de estudio, los valores humanismo y la solidaridad fueron los más notorios; a pesar de que el valor responsabilidad no fue reconocido con un alto grado de desarrollo.

Haydé Otero (2008) también en Cuba, una vez finalizada su investigación, hizo una entrega de herramientas básicas comunicativas para los profesionales de la salud que mejoran la relación con el paciente; caracterizando la empatía como la capacidad de sintonizar con las emociones y sentimientos del otro; la capacidad de ponerse en su lugar y saber lo que siente, y la capacidad de resonancia como la competencia que nos permite no solo identificar las emociones y sentimientos del otro, sino resonar, vibrar junto con él, aprobarlo, acogerlo y finalmente aplicando los conocimientos de la Inteligencia Emocional a la comunicación con personas sanas, personas enfermas y sus familiares, para recopilar elementos generales sobre la comunicación adaptarlos al ejercicio de los profesionales de la salud.

El presente estudio es impulsado por la necesidad de encontrar la relación existente entre las Habilidades Comunicativas empleadas por el médico con el resultado positivo del tratamiento de una enfermedad que sin duda día tras día causa la muerte a un mayor número de la población (el cáncer).

M. Moreno y Pedro Olivé (2007) a través de un estudio en un campo más específico, la interacción oncólogo-paciente analizando la comunicación tanto en el aspecto verbal como en el no verbal, entregan estrategias y formas comunicativas que pueden facilitar el éxito en la interacción oncólogo-paciente, entre estas:

- Explicar de manera clara y sencilla el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Hablar abiertamente de ello con el paciente, analizando los pros y los contras de las decisiones.
- Utilizar preguntas cerradas para conseguir una información precisa.
- Utilizar preguntas abiertas para permitir expresar la situación psicológica y social del paciente.

- Contestar a las preguntas de manera clara y adecuadamente. Procurar usar frases cortas.
- Usar el estilo adecuado a cada paciente y cada momento del proceso terapéutico o del seguimiento.
- Evitar la jerga y explicar el significado de los términos médicos empleados.
- No dar explicaciones abstractas ni demasiado teóricas.
- Escuchar receptivamente la información que el paciente voluntariamente quiere contar acerca de su conocimiento de la enfermedad, sus temores, etc.
- Permitir que el paciente cuente datos biográficos y cómo se encuentra anímicamente.
- Tolerar cosas que el paciente pueda decir y que pueden inquietar emocionalmente.
- Dar al paciente tiempo para responder.
- Usar el silencio con eficacia.
- Preservar la dignidad del paciente.

Sin duda estas recomendaciones no pueden dar buenos resultados ejecutadas por una persona que solo está sentada tras un escritorio atendiendo personas que entran y salen de un consultorio médico, es allí donde entonces surge el propósito de este estudio. Comprobar si existe alguna influencia en la adherencia al tratamiento del cáncer las el uso adecuado de HC del médico.

Si bien es cierto el cáncer es una enfermedad que afecta a personas sin distinción de raza, estrato social o edad, también sabemos que no se puede prevenir y en algunas ocasiones es incurable, entonces lo que este estudio pretende es llevar a los especialistas de la salud a que proporcionen a los pacientes que padecen este tipo de patologías una mejor calidad de vida, sin temores adicionales a los que ya trae implícito el conocer el diagnóstico, no solo con la aplicación del tratamiento sino con el empleo adecuado de HC a la hora de cada encuentro con su paciente.

El doctor Diego Saa (2008) Jefe de la Unidad de Neumología Pediátrica del Hospital Infantil en la ciudad de Cali, en Colombia, propone a través de su investigación empoderar al paciente de su capacidad autosanadora a través de la toma de conciencia, sobre su mente como instrumento no como ordenador, dejando claro que es el médico quien determina el tipo de relación, los beneficios que pueda tener para el tratamiento en el paciente; destaca que esto

es posible cuando los médicos son delicados, amorosos, comprensivos dan esperanza a la hora de comunicar un diagnóstico independiente de la gravedad de la enfermedad, concluye que la enfermedad física o mental es resultado de todo lo que la mente procesa a partir de las relaciones familiares, los amigos mundo exterior; por tanto no se puede enfocar un diagnóstico y su tratamiento, sólo apoyados en el resultado de las ayudas diagnósticas; es importante explorar el estado emocional y mental del enfermo. La esperanza, el propósito la determinación, no son simples estados mentales, tienen conexiones electroquímicas que desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema inmunitario.

En Europa encontramos estudios enfocados por los autores hacia detectar las deficiencias en las HC del médico para informar malas noticias.

Francisco García, F. (2006) define el término mala noticia como “aquella noticia drástica y negativa que altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro”, a través de su estudio que parte de experiencias y encuestas aplicadas a médicos y pacientes en Barcelona España, señala con exactitud los factores que dificultan la comunicación de estas, siendo estos provenientes del ambiente sociocultural, del paciente o del propio médico.

García se apoya en un protocolo práctico y dinámico de 6 pasos, descrito por Baile y Buckman, como herramienta práctica y esencial para cumplir con la tarea de comunicar malas noticias en medicina.

Paso 1: preparación de la entrevista.

Paso 2: descubriendo qué sabe el paciente.

Paso 3: reconociendo cuánto quiere saber el paciente.

Paso 4: comunicando la información al paciente.

Paso 5: respondiendo a las reacciones del paciente.

Paso 6: diseñando un plan terapéutico a seguir.

Y concluye que “Aunque la comunicación de malas noticias es un asunto difícil e incómodo para los médicos, existe evidencia de que la utilización de un enfoque humanístico y protocolizado, como el comentado de Baile-Buckman, y el aprendizaje de ciertas habilidades de comunicación, pueden mejorar significativamente esta tarea y como resultado, el modo en que el binomio paciente/familia se enfrentará al proceso morboso.

La Universidad, la Administración, las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Pacientes son todos agentes involucrados a colaborar en la

mejora de este aspecto crucial de la práctica médica. Los límites de la ciencia hacen que los pacientes no siempre puedan ser curados. Estos son los momentos en que un enfoque humanístico y profesionalizado puede proporcionar el efecto salutífero que los medicamentos ya no pueden dar, sin duda, queda mucho por hacer para la mejora de nuestras capacidades de comunicación. Además, los profesionales de la salud encontrarán una enorme gratificación al poder ayudar mejor a los pacientes en los momentos en que más lo necesitan. “No podemos defraudarlos, pongámonos ya a la tarea”.

Sin embargo, resulta sorprendente que en Santiago de Chile Mary Luz Bascuñan y otros (2007). A través de un estudio cualitativo y tres grupos focales establecen que los profesionales de este país no han sido capacitados para tener un procedimiento de comunicación de malas noticias, descubren que cada profesional ha desarrollado sus estrategias a partir de la experiencia y que lo hacen sin tener en cuenta como es recibido por el paciente en su interior, pues es deber ético del médico no ocultar nada.

Este paralelo entre los dos países me lleva a la necesidad de exigirme como profesional de la comunicación hacer un aporte a los médicos de Colombia, y porqué no de Latinoamérica empezando por la ciudad de Santa Marta, poniendo a su alcance el manejo de Habilidades Comunicativas, que

garanticen una mejor actitud en los pacientes con cáncer frente al tratamiento, partiendo de relaciones favorables entre el médico y el paciente.

Lo anteriormente expuesto, me lleva a confirmar que de alguna manera son determinantes en un paciente las habilidades comunicativas empleadas por el médico a la hora de informar un diagnóstico como el cáncer, surge una hipótesis en esta investigación:

El desconocimiento y el mal uso de ciertas Habilidades Comunicativas por parte de los médicos influyen negativamente en la adherencia al tratamiento por parte del paciente oncológico. Retomo la afirmación del doctor Diego Saa. “La esperanza, el propósito la determinación, no son simples estados mentales, tienen conexiones electroquímicas que desempeñan un papel importante en el funcionamiento del sistema inmunitario”.

Corroboran mi hipótesis los resultados de la investigación de Francisco Labrador y Emérita Bara (2004) con un estudio similar al de Javier Barbero (2006), demostrando las variables que pueden estar influyendo en un oncólogo a la hora de decidir si ha de informar a un paciente de cáncer sobre su diagnóstico de forma específica o inespecífica, sostiene que “el paciente mejor informado es aquel que sabe lo que quiere saber” especifican el

término “Verdad Tolerable”, como la información que se debe facilitar al paciente sobre su enfermedad tiene que ser la que el enfermo pueda admitir o tolerar sin crearle más problemas ni agravar los que ya tiene, sean psicológicos o somáticos expresa su tesis que los pacientes informados adecuadamente colaboran mejor en el tratamiento y también consiguen una mejor adaptación a su realidad, en especial a largo plazo, ayudando a mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.

Otro de los estudios que aportan a ésta investigación son los enfocados a detectar los errores más frecuentes de comunicación por parte de los médicos, autores como: Carmen Domínguez y otros. (2007) a través de la obtención de consensos y discrepancias los profesionales de los servicios de oncología perciben los problemas en la comunicación con los pacientes de cáncer y sus familiares, éstos concluyen que la calidad técnica es el pilar básico para lograr usuarios satisfechos. Finalmente los profesionales coinciden en que las dificultades de la comunicación con los pacientes y familiares son el resultado de la carencia de formación adecuada para resolver los problemas de comunicación más inmediatos, de ahí la necesidad de aportar a los

profesionales la formación que les permita poder captar y entender las expectativas y las necesidades de los pacientes de cáncer.

Héctor Rodríguez (2006) afirma que en los médicos de la Habana Cuba, la mayoría de los errores actuales inciden en el momento de la aplicación correcta del método clínico al no dedicar el suficiente tiempo al interrogatorio y al examen físico, violando los principios de la ética médica y olvidando la revisión de los distintos aspectos de las relaciones interpersonales con las particularidades específicas que tienen lugar entre el médico, el paciente y familiar y asegura que cada vez se dispone de nuevas técnicas para el diagnóstico y existe la tendencia a su utilización en forma injustificada sin conocer los sentimientos de los pacientes.

Un gran aporte realizado al tema, por J.A. Flórez, a través de fórmulas para evitar los errores de la comunicación como recomendaciones para mejorar la comunicación haciendo especial énfasis en que sin duda la situación anímica de los enfermos oncológicos interviene en la percepción de los mensajes y, al mismo tiempo, dicha percepción, simultáneamente, influye en la situación emocional y afectiva del enfermo o consigo mismo. Establece apreciaciones como resultado de su investigación: “El paciente oye lo que dice el médico

pero percibe lo que quiere oír” llevando a los profesionales de la medicina a reflexionar en el origen y las circunstancias de los errores en la comunicación. Publica el Manual práctico de cómo evitar errores en la comunicación con pacientes oncológicos basado en experiencias clínicas, concluyendo que con la paciencia, la preparación en HC y una exquisita sensibilidad se podrá mejorar la comunicación, disminuir los errores y mejorar la calidad asistencial al paciente.

José Expósito y Carmen Domínguez (2008) desde España, publican las pautas para elaborar un código de buenas prácticas, aplicable a los Servicios asistenciales, para la mejora de la comunicación con los pacientes con cáncer y sus familias, el cual es un instrumento de trabajo que facilita la reflexión en los Servicios asistenciales sobre cómo están realizando esa comunicación y propicie el debate entre todos los profesionales implicados, con el objetivo final de que cada servicio elabore su propio plan de comunicación, metodología de participación y debate entre un amplio colectivo de profesionales. Cada principio se acompaña de un comentario justificativo de su importancia y de una serie de recomendaciones que permiten su puesta en práctica.

Finalmente como aporte esencial al presente estudio, se tomaron los estudios centrados en conocer la influencia de un manejo acertado de las HC por el médico en la adherencia al tratamiento.

Dante Avila, 2004. Define adherencia al tratamiento como “El grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” menciona una diferencia importante: “adherencia no es lo mismo que cumplimiento o compliance, la adherencia requiere conformidad del paciente. También afirma que “la adherencia al tratamiento en los países desarrollados promedia 50%, y en los países en desarrollo, las tasas son aun menores”. Menciona 5 aspectos que afectan la adherencia al tratamiento, factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos, los factores relacionados con el paciente, así mismo menciona muy someramente deficiencias en la relación médico paciente, pero ningún aspecto destaca las HC del médico. Lo anterior anima más el propósito de esta investigación: caracterizar la influencia del uso adecuado de HC por el médico en dicha conformidad del paciente para el tratamiento.

Por otra parte los resultados arrojados por el estudio de María Ester Rincón y María Ángeles (2010) quienes analizan la satisfacción con los cuidados

médicos y búsqueda de información en pacientes con cáncer de mama , dicho estudio al pretender descubrir cuáles son los motivos para que estas mujeres acepten la reconstrucción mamaria. Demuestra que sin duda existe un misterio en la mejoría que ocasiona clínicamente la empatía entre el médico y el paciente, de igual forma logra determinar con su estudio a pacientes con cáncer de mama, que el nivel de información del que disponen las pacientes con cáncer de mama es un elemento relevante al analizar el grado de satisfacción con los cuidados médicos recibidos, así mismo la forma en que el médico transmita la información a la paciente, la oportunidad de tomar decisiones conjuntas entre ambos, así como la posibilidad de exponer las preocupaciones y las dudas existentes al especialista, constituyen factores cruciales para la adaptación psicológica de una paciente a su enfermedad, la relación entre el médico y la paciente con cáncer de mama es tan valiosa como la que puede establecer la enferma con otras personas relevantes de su entorno recibir información individualizada y comprensible; alcanzar una visión realista sobre las posibles consecuencias físicas y psicológicas de la reconstrucción mamaria; tiempo suficiente para obtener y asimilar toda la información que necesiten (según las capacidades individuales) antes de tomar una decisión sobre la cirugía mamaria a la que se someterán; que cuenten con

la posibilidad de una segunda opinión médica; o que obtengan información oral y escrita, especialmente material fotográfico sobre los resultados de los diferentes procedimientos quirúrgicos, en mujeres de distintas edades.

Los tratamientos para combatir el cáncer sin duda son agresivos, algunos afectan más la apariencia física del paciente al mismo tiempo que atacan la enfermedad, es por eso que para los médicos especialistas en esta patología debe ser un reto primeramente que con el uso de HC logre que el paciente sea consciente de la necesidad de un tratamiento y por ende esperar en todo tiempo una respuesta positiva de dicho tratamiento sin importar los resultados, solo así es como dichos pacientes lograr tener una mejor calidad de vida.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 METODOLOGIA

El método de investigación del presente estudio, se basó en el trabajo realizado por la Doctora Silvana Koch (2009) de la Universidad de los Andes de Venezuela, quien deja un camino abierto para la elaboración de esta investigación, con los resultados arrojados por su estudio sobre la influencia de la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento: Koch examinó la influencia de características demográficas, estilo relacional y satisfacción del paciente sobre la adherencia al tratamiento, con una muestra conformada por 37 médicos y sus respectivos pacientes (30 Diabéticos, de 49 años con problemas cardiovasculares, 18 con cáncer, 32 padecimientos respiratorios y 12 enfermedades gastro-intestinales), encontrando que entre la satisfacción del paciente y el trato médico no existe efecto alguno causado por la edad ni del género del médico, así como tampoco del número de horas de trabajo semanal, o del tiempo promedio en consulta. Obteniendo como resultado que desde la perspectiva del paciente los únicos aspectos predictores fueron el estilo relacional percibido por el paciente y la adhesión determinada por el médico a

través de el estilo relacional del médico con el paciente,concluye que la relación médico-paciente, y la satisfacción con la atención médica vistas desde la perspectiva del paciente afectan la adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, Se realizó este estudio cualitativo incluyendo unamuestra de dos médicos de distintas edades, del mismo sexo y diferentes especialidades ysectores de práctica profesional de la ciudad de Santa Marta.

Se utilizó una metodologíacualitativa, ver la influencia del uso de HC por los médicos oncólogos de los centros cancerológicos de la ciudad de Santa Marta, para la adherencia al tratamiento contra el cáncer.

Esta investigación, consiste en hacer una interpretación subjetiva de las consultas realizadas por los médicos oncólogos de los centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta.

La ciudad de Santa Marta, cuenta con cuatro centros oncológicos, en los cuales son atendidas toda la población samaria y magdalenense con patologías relacionadas con el cáncer. Una vez identificados estos cuatro centros se solicitó por escrito el permiso a las directivas (anexo 1) para acceder al centro y presenciar las consultas del médico oncólogo de planta o grabar dichas consultas con el propósito de conocer qué tanto informa el médico al paciente

sobre la enfermedad y el tratamiento, que tanto del componente afectivo logra impregnar en sus citas y descubrir que tanto conoce y aplica las HC en su relación con los pacientes.

A estas solicitudes, hubo una respuesta positiva por parte de dos de los centros oncológicos, permitiendo que como investigadora accediera a las citas de los médicos uno oncólogo y el otro Hematólogo. La negativa por parte de los otros dos centros oncológicos según un mensaje de texto enviado al celular explica que “la gerencia general no autorizó el ingreso a las valoraciones de los especialistas en los consultorios” y una carta por parte del otro, sugiriendo “que la herramienta de estudio esté un poco más enfocado hacia el paciente que sobre su médico tratante, apoyado en test o técnicas de observación”.

Previamente se entregó la carta de consentimiento para grabar la consulta, la cual solo se negó a firmar uno de los pacientes. (Anexo 3).

La técnica empleada para recolectar la información de esta investigación fue la observación directa a uno de los médicos, en uno de los centros oncológicos donde se le permitió la entrada a la consulta de la investigadora y en el otro centro se observaron las grabaciones realizadas a dichas consultas.

El instrumento de medición empleado fue el cuestionario GATHA – RES referenciado por el Doctor Luis Casasbuenas (2010), en su tesis doctoral “La entrevista médico paciente: perspectiva de análisis pragmático- discursivo” en el capítulo “La Comunicación en salud, enseñanza y evaluación” afirma que “Las competencias comunicativas en el entrevistador (en este caso el médico) conducen a un buen diagnóstico, a la mejor comprensión de las posibles causas de la enfermedad, a la propuesta de un tratamiento y a su adecuado cumplimiento” afirma también que “ las habilidades comunicativas pueden enseñarse y aprenderse, de hecho ya hacen parte del programa de varios centros de educación en el cuidado de la salud”.

El formulario es referenciado por el doctor Casasbuenas como válido, fiable y fácil de utilizar para medir dichas habilidades comunicativas en los médicos: GATHA –RES desarrollado para medir el perfil comunicacional de los médicos de familia.

Este formulario está estructurado en tres ejes o dimensiones: *a)* actitudes; *b)* tareas, y *c)* habilidades del médico, que fue objeto de un proceso de validación y fiabilidad previo, para el que se partió de un cuestionario original denominado GATHA BASE de 47 ítems y que tenía una validez de consenso

realizada por expertos en comunicación (Grupo Comunicación y Salud). Finalmente obtuvieron un cuestionario de 27 ítems con un alfa de Cronbach de 0,8 y una fiabilidad interobservador para cada ítem medida por el índice kappa de entre 0,41 y 0,95 y un coeficiente de correlación intraclase (CCI) de 0,97. (Ruiz-M. R. y otros, 2002). (Anexo 2 cuestionario GATHA–RES)

Esta investigación abarca la población de médicos oncólogos que atienden consultas en todos los centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, sin importar las edades, género, tiempo de ejercicio de la profesión,

La muestra analizada son los dos médicos oncólogos de dos centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta.

Se procedió a analizar las citas o entrevistas de manera indirecta, grabadas en video y luego a través de la observación se diligenciaron los cuestionarios; finalmente los datos obtenidos fueron procesados. Las variables analizadas fueron: seguridad al hablar, información del diagnóstico y del tratamiento y contacto visual.

Seguridad al hablar: no titubear, responder con precisión a las preguntas, demostración de manejo y experiencia ante situaciones como la que afronta el paciente.

Esta variable se puede medir a través de los interrogantes 3, 5 y 6 del cuestionario (Anexo 2).

Información del diagnóstico y del tratamiento: explicar al paciente sobre el nombre y características de la patología que actualmente presenta, sugerir al paciente el método más idóneo y aceptable para combatir la patología, informar sobre la presencia o no de efectos secundarios de dicho tratamiento.

Esta variable se puede medir a través de los interrogantes 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18 y 24 del cuestionario (Anexo 2).

Contacto visual: mirar a los ojos al paciente.

Esta variable se puede medir a través de los interrogantes 4 y 21 del cuestionario (Anexo 2).

Las principales limitaciones que se tuvo para esta investigación fueron: 1) La negativa obtenida en los dos centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, pues si no permitieron la entrada al investigador para observar su desempeño en las consultas, pueden negarse a aceptar las recomendaciones de los

profesionales de la comunicación en el ejercicio de la profesión de la medicina argumentando que en la adherencia al tratamiento no influye el lenguaje empleado por el médico y 2) otra limitación fue el conocimiento previo de parte de los médicos en el análisis del desempeño en las consultas el cual impide que se haga la consulta de forma habitual.

6. RESULTADOS

En el presente estudio se realizo en dos centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta donde se observo uno de los médicos y el otro fue grabado mientras atendían los pacientes con diferentes patologías, el tiempo máximo de atención a un paciente fue de aproximadamente 23:06 minutos y el tiempo mínimo de atención a un paciente fue de aproximadamente 04:50 minutos.

Se observaron las consultas de los médicos en los que se atendieron siete pacientes de sexo femenino y cinco de sexo masculino (figura 1). Cabe resaltar que el sexo de los pacientes no afecta la adherencia al tratamiento del médico.

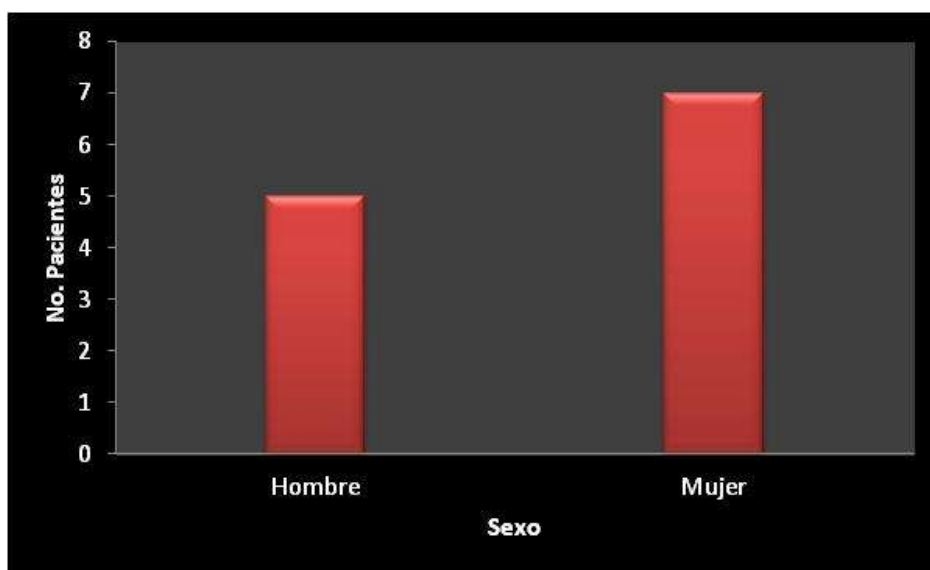


Figura 1. Pacientes atendidos discriminados por sexo.

A cada médico se le aplicó un test que contenían 27 ítems, donde se evaluaron las HC del profesional de la salud hacia los pacientes, de los 27 ítems que conformaban el test el 96% (26 puntos) registraron respuestas positivas y solo el punto número 27 del test presentó valores negativos (figura 2).

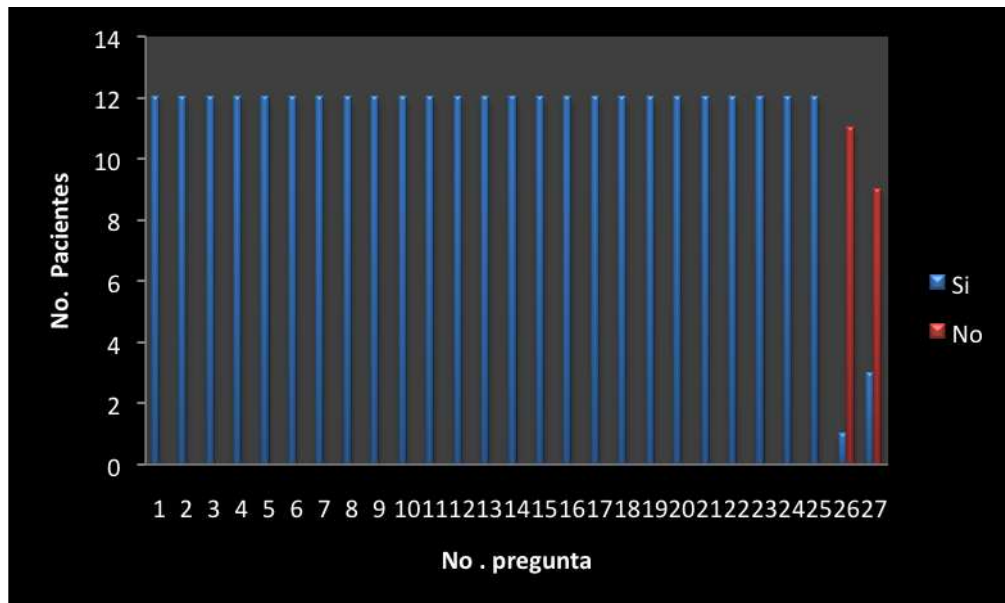


Figura 2. Frecuencia de adherencia y rechazo al tratamiento para el cáncer.

En el primer centro oncológico se observó un médico oncólogo clínico, de sexo masculino. Este atiende dos pacientes de sexo femenino que padecen cáncer de seno, en el primer paciente, mujer de edad avanzada, de contextura delgada y que apesar de haber recibido tratamiento de quimioterapia e intervenida para quitar uno de sus senos, se muestra de un buen estado físico.

Al iniciar la consulta el médico la saluda con familiaridad, demuestra tener claro quién es ella y cuál es su patología, formulando preguntas como: como ha seguido, estas lista para comenzar nuevamente el tratamiento, igualmente el médico se muestra seguro hablando del diagnóstico a la mujer, haciéndole ver que este tratamiento es el indicado para su caso y la nueva etapa que comienza te ayudara a que la enfermedad (Cáncer de seno) no se propague, en esta caso hubo un episodio muy particular donde la paciente le pedía de manera insistente al médico que le ordenara exámenes de rutina y este le explicaba a él utilizando un lenguaje verbal adecuado y sin titubear que en este momento no era necesaria porque no iban a encontrar alteraciones debido a su buen estado físico y había que esperar que terminara el nuevo ciclo de la quimioterapia y así con los exámenes de rutina detectar que aspecto habría que reforzar con medicamentos. Logrando así que el paciente tuviera confianza en él. Durante toda la consulta el médico estuvo mirando a los ojos al paciente, los momentos en que le quita la mirada fue para escribir sobre el papel, le dio palabras de ánimo sobre su pronóstico de vida con frases como: siga con los tratamientos al pie de la letra y tendrá mejores resultados.

La segunda paciente, de edad adulta la cual el médico recordó inmediatamente entro a la consulta, ya había venido hacia aproximadamente seis meses, con afección mínima en uno de sus senos y por las demoras del sistema de salud no le habían entregado para prevenir un cáncer, llegando a la consulta con un cáncer avanzado, el médico manifiesta con certeza que debe iniciar inmediatamente la quimioterapia para evitar que se siga propagando, transmitiéndole a si mismo seguridad y esperanzas de vida si sigue al pie de la letra las indicaciones del médico y esta con sonrisas en su rostro que ella hará todo lo que él diga y que ella sabe que está en las mejores manos. En esta consulta surge una conversación muy amena acerca del tipo de alimentación y de los mitos que hay sobre la quimioterapia, la paciente expresa todas sus opiniones al médico y este de manera segura, sin titubear atiende y aclara cada una de ellas, mirando a los ojos al paciente y así mismo dándole tranquilidad al paciente.

En el segundo centro oncológico se grabo un médico hematólogo clínico, de sexo masculino, el cual atiende 10 pacientes con patología diferentes.

El primer caso trata de un paciente con Trombocitopenia, de sexo femenino, adulta, esta paciente llevo a la consulta con el cuello y la boca cubierta; el

médico inmediatamente la escucha toser, le hace algunas preguntas sobre los signos y síntomas y le diagnostica una bronquitis y expresa su preocupación por la paciente sugiriéndole que se vaya a la emergencia de la clínica para que sea erradicada esa infección pulmonar. Sobre la patología de base la Trombocitopenia el médico transmite seguridad al paciente diciéndole que su enfermedad está controlada, ya que ha estado siguiendo el tratamiento, sin embargo el médico considero en la consulta aumentar la dosis de medicamentos debido a que es una paciente inmunosuprimida por los medicamentos que consume y prevé además la no atención de la paciente por la urgencia recetándole tratamiento para la infección pulmonar. El médico a excepción de los momentos en que escribe estuvo con su mirada fija a los ojos de la paciente, en esta consulta el médico utiliza un lenguaje verbal apropiado y no titubea al atender las preguntas del paciente. Finalmente la paciente acata todas las instrucciones del médico y se despide afirmando que va cumplir todo al pie de la letra.

El segundo caso fue un paciente que padece Anemia Hemolítica, de sexo femenino y joven de edad; el saludo del médico hacia la paciente fue muy cordial manifestándole que le agradaba mucho verla en la consulta, el médico

revisa unos exámenes que habían sido mandados con anterioridad y le transmite seguridad al paciente diciéndole que su enfermedad está controlada, ya que ha estado siguiendo el tratamiento, así mismo indaga a la paciente sobre signos y síntomas que ha venido presentando, concluyendo con precisión que corresponden a una enfermedad secundaria (cálculos biliares) propio de la patología que ella padece (Anemia Hemolítica), durante la consulta el médico mantiene su mirada hacia los ojos de la paciente, demostrando atención hacia ella, en este caso el médico utiliza un lenguaje verbal apropiado y no titubea al hablar con el paciente, la paciente reconoce que su dieta alimentaria no estaba contribuyendo a la mejoría de su enfermedad y se compromete a seguir el tratamiento y tener una dieta alimentaria adecuada, finaliza advirtiéndole que en caso de una cirugía debe avisar con tiempo para ser premedicada.

El tercer paciente padece un Linfoma primario de hombro izquierdo, de sexo masculino, perteneciente a la tercera edad y asiste a la consulta con un acompañante, en esta consulta el médico atiende al paciente de una manera muy cordial y lo mira a los ojos mostrando interés por las opiniones de este, el paciente expresa su agradecimiento al médico por su mejoría una vez

terminado el primer ciclo de quimioterapia, el médico se preocupa por hacer algunas recomendaciones sobre la dieta para obtener mejores resultados en el tratamiento, el acompañante del paciente pregunta sobre la mejoría o curación total del paciente, sugiriéndole exámenes de control, pero este explica de una manera segura y sin titubear al paciente que por estar iniciando el tratamiento no se ve la mejoría en el examen, una vez el paciente valla por un cuarto ciclo de quimioterapia se esperan ver los resultados positivos, el médico recomienda iniciar el segundo ciclo de quimioterapia, a lo cual el paciente sale de la consulta atento y satisfecho con las indicaciones del médico.

El cuarto caso se trata de un paciente que padece leucemia, este es un adulto mayor de sexo femenino, en esta consulta el médico mira a los ojos a la paciente para atender su consulta y le trasmite confianza hasta el punto que mayor parte de la consulta la paciente lo toma para contarle parte de sus problemas personales, el médico de manera breve y concisa le dice a la paciente que ha asimilado muy bien el tratamiento mostrando los resultados positivos en los exámenes de control, en este caso médico utiliza un lenguaje verbal adecuado y no titubea al hablar con el paciente. Finalmente la paciente

se despide conforme con los resultados de su tratamiento y así mismo con la atención del médico por haberla escuchado.

El quinto paciente es de sexo femenino, de edad adulta y asiste a la consulta con un acompañante, padece una Cirrosis Hepática, en esta consulta la paciente manifiesta su agradecimiento médico pues recuerda que fue él quien le diagnosticó la enfermedad a través de los signos y síntomas que presentó en la primera consulta, y que hasta ahora ha tenido mucha mejoría con el tratamiento dado por este, jocosamente la paciente manifiesta que debe extraerle una muela y que le gustaría que el hematólogo fuera quien le practicara el procedimiento debido al alto grado de confiabilidad que esta tiene hacia él, el médico ante todas estas afirmaciones mantiene su mirada fija a los ojos del paciente e insiste que este caso debe ser tratado por el especialista en encargado de tratar esta patología, además de esto el médico se expresa de forma verbal adecuada y no titubea al comunicarse con el paciente.

El sexto caso es un paciente de sexo masculino y adolescente que padece una Aplasia Medular, en esta consulta el médico recibe al paciente de forma cordial y atenta mirándolo a los ojos, utilizando un lenguaje verbal adecuado y

no titubea al comunicarse con el paciente, el médico expresa que el paciente ha tenido una gran mejoría después de haber pasado el primer ciclo de quimioterapia, así mismo viendo los exámenes, signos y síntoma del paciente afirma que por la disciplina del paciente con el tratamiento logro mejorar la patología que padece desde niño, pero no ha desaparecido, lo cual califica como una remisión parcial, sugiere estar atento a cualquier manifestación de la enfermedad y recomendando que lleve una vida con calma.

El séptimo paciente padece de Trombocitopenia purpura, de sexo femenino y de edad adulta, en esta consulta el médico permanece mirando a los ojos para dar algunas indicaciones precisas sobre un medicamento que debe recibir, es claro en la explicación de los efectos colaterales que puede producir dicho fármaco en la paciente, pero a la vez transmite confianza y tranquilidad a la paciente asegurando que es necesaria la presencia de él durante la aplicación del medicamento, el médico utiliza un lenguaje verbal adecuado y no titubea al comunicarse con el paciente.

El octavo caso es un paciente que padece Leucopenia Benigna, de sexo masculino y de edad adulta; en esta consulta el médico reconociendo los

signos y síntomas del paciente diagnostica una enfermedad hematológica benigna y recomienda algunos cuidados al paciente, aunque no es dado de alta el médico que no hay nada de qué preocuparse asegura al paciente que el tratamiento recibido hasta el momento ha sido efectivo, para este caso el médico mira a los ojos al paciente dándole seguridad y confianza sobre diagnóstico y además este utiliza un lenguaje verbal adecuado y no titubea al hablar con el paciente.

El noveno paciente padece Anemia Hemolítica, de sexo masculino y de edad adulta, en esta consulta el médico revisa los exámenes llevados por la hija del paciente debido a que este se encuentra hospitalizado con un dengue clásico, sin embargo el médico atiende con precisión toda la descripción de los signos y síntomas expresados por la hija del paciente, dando un diagnóstico claro y un tratamiento específico para la patología existente, este utiliza su mirada fija hacia el familiar del paciente demostrando seguridad y utilizando un lenguaje verbal adecuado y no titubea al hablar con esta persona.

El décimo y último caso fue un paciente que padece Hemofilia-Hemartrosis, adolescente de sexo masculino; en este caso el médico atiende de manera muy

cordial y atenta al paciente, utilizando un lenguaje verbal apropiado, no titubea al hablar con el paciente y mantiene su mirada fija al paciente demostrando su seguridad, teniendo en cuenta los signos y síntomas manifestados por el paciente, el médico diagnostica de manera segura la patología, referente al tratamiento los familiares del paciente hacen algunos interrogantes sobre la efectividad de medicamentos teniendo en cuenta los diferentes laboratorios que lo suministran, a lo que el médico expresa su criterio personal, dejando en libertad al paciente para escoger el tratamiento que desee con frases como “ eso es responsabilidad del paciente y de los familiares”, sin embargo al final de la consulta los familiares del paciente expresan que seguirán al pie de la letra lo que el médico tratante recomiende.

Con estos pacientes se pudo notar que son consultas de seguimiento por parte del médico los cuales en un 90% hubo una mejoría luego de haber seguido el tratamiento.

De esta manera introduciéndonos a lo observado, grabado y al cuestionario GATHA- RES, podemos afirmar que ambos médicos poseen actitud y Habilidades Comunicacionales y de hecho la aplican en sus citas, son amables con sus pacientes, técnicamente explican a sus pacientes con claridad el

diagnóstico y el tratamiento a seguir, así mismo coinciden ambos médicos en el eje de las habilidades técnicas (pregunta 26 y 27) no exploran las creencias del paciente y ninguno de los dos médicos tuvo que enfrentar emociones fuertes en ninguna de las consultas.

Como resultado para este estudio no se encontraron deficiencias en las Habilidades Comunicativas en los dos médicos para informar sobre el diagnóstico y el tratamiento a seguir de los pacientes.

7. DISCUSION

En el presente estudio se examinó las características más importantes de las Habilidades Comunicativas de los médicos en dos centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta. Aunque la mayoría de oncólogos informaron de que no habían recibido formación o una formación mínima en comunicación se describieron a sí mismos como bastante seguros en varias habilidades, como conseguir que el paciente comparta sus preocupaciones, favorecer que sus pacientes se expresen con franqueza, dar malas noticias y resumir. Sin embargo, se consideraban menos seguros de sí mismos en otras áreas de comunicación, como la evaluación de la ansiedad y la depresión, la ayuda para sobrellevar la incertidumbre, tratar con el rechazo y promover la comunicación familiar. Sin embargo se logra ver claramente las herramientas proporcionadas por M. Moreno y Pedro Olivé (2007) en la cual a través de un estudio en un campo más específico, la interacción oncólogo-paciente analizando la comunicación tanto en el aspecto verbal como en el no verbal, entregan estrategias y formas comunicativas que pueden facilitar el éxito en la interacción oncólogo-paciente.

Partiendo de la definición que Dante Ávila (2004) le da a la adherencia al tratamiento “Grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” menciona una diferencia importante: “adherencia no es lo mismo que cumplimiento o compliance, la adherencia requiere conformidad del paciente” podemos notar claramente en los resultados de las citas analizadas y del presente estudio que hay una adherencia al tratamiento por parte de todos los pacientes, en los diferentes diagnósticos, así mismo podemos notar que existe una relación directa entre la forma como el médico lleva a cabo la consulta con el éxito del tratamiento en el paciente, incluyendo el estado de ánimo, la confianza manifestada por el paciente a las recomendaciones del médico, y su actitud positiva en durante la espera de largas horas para entrar a la consulta.

Si notamos en los resultados los dos médicos son del sexo masculino, pero se quiere dejar claro que el género del médico no afecta la adherencia al tratamiento, así como tampoco el género del paciente, de los doce pacientes atendidos por los dos médicos siete fueron mujeres y cinco hombres, en cuanto a las patologías, tampoco afectan la adherencia al tratamiento se muestran complacidos con sus médicos tanto los pacientes con enfermedades

crónicas de buen pronóstico como aquellos que en poco tiempo tendrán un final nefasto.

Comparando los resultados obtenidos en los dos pacientes de cáncer de mama, son muy similares a los resultados arrojados en el estudio de M. Ester Rincón y M. Ángeles (2010), en un estudio para pacientes sometidos a la reconstrucción de mamas donde demuestran que el nivel de información del que disponen las pacientes con cáncer de mama es un elemento relevante al analizar el grado de satisfacción con los cuidados médicos recibidos, así mismo la forma en que el médico transmita la información a la paciente, la oportunidad de tomar decisiones conjuntas entre ambos, así como la posibilidad de exponer las preocupaciones y las dudas existentes al especialista, constituyen factores cruciales para la adaptación psicológica de una paciente a su enfermedad.

Según lo dicho por Javier Barbero (2006) donde sostiene que los pacientes que saben su diagnóstico, no sólo “**NO**” pierden la esperanza sino que muestran más confianza en el cuidado que reciben lo particular de este estudio es que afirma que “no se conoce si los médicos que hacen parte del estudio poseen bases comunicativas en su formación” pero lo cierto es que son

expertos en dar malas noticias obteniendo resultados positivos en el entorno del paciente y en su tratamiento clínico, esto se puede comparar con lo ocurrido con el paciente de Aplasia Medular el médico expresa que por la disciplina del que ha tenido con el tratamiento logra una mejoría en la patología que padece desde niño, sin embargo no ha desaparecido.

8. CONCLUSIONES

Después de haber realizado este estudio podemos concluir que:

A pesar de que es muy escasa la data recolectada para la realización de este estudio, se pudo comprobar que los médicos de dos de los centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, desarrollan un buen uso de las habilidades comunicativas, afectando de manera positiva en la adherencia al tratamiento contra el cáncer.

Así mismo concluimos que la muestra de interés por los miedos, preocupaciones y salud del paciente por parte del médico, la claridad con la que se le da información al paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y/o situación del paciente y el contacto visual del médico con el paciente durante las narraciones del paciente influyen directamente en que el paciente se adhiera al tratamiento planteado por el médico tratante.

9. RECOMENDACIONES

Si bien es cierto que los resultados de esta investigación muestran una clara relación entre el uso adecuado de las habilidades comunicativas del médico con la adherencia al tratamiento contra el cáncer es de anotar que si este estudio hubiese tenido más colaboración por parte de los médicos y centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, se hubiera podido enriquecer aun más para mejorar las falencias que actualmente afectan los centros oncológicos de esta ciudad.

De igual manera queda como reto para el investigador conocer la percepción del paciente a través de una nueva investigación.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

10.1 BIBLIOGRAFIA

Alonso-G., M. y Kraftchenko-B. O. (2003). La comunicación medico paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Rev Cubana Educ Med Super*, 17(1), 38-45.

Barbero, J. (2006). El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Suplementos*. 29(Supl.3):19-27.

Bascuñan-R. M. Luz. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile* v.133: 11-16.

Bascuñan, M., Riozblatt, A. y D. Roizblatt. (2007). Comunicación de malas noticias en medicina: un estudio exploratorio. *Rev Medic Univ de Navarra*, 51(2), 28-31.

Collins S. (2005). Explanation in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education*; 39 (8): 785-96.

De Armas I., Yasoda-E. J., Bello-M. B., G. Bermúdez-M y (2011). La relación médico paciente en el desarrollo de los valores ético-profesionales de los estudiantes de Medicina. *Edumecentro*;3(3):28-39.

Domínguez, C., Expósito, J., Barranco, J. y S. Pérez. (2007). Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia: la perspectiva de los profesionales. *Rev de Calidad Asistencial*; 22(1); 44-49.

Expósito J. y Domínguez C. (2008). Elaboración de un código de buenas prácticas en Comunicación aplicable a los servicios de oncología. *Estrategia y resultado. PSICOONCOLOGÍA*. Vol. 5(1);147-154.

Ferrel R., Peña A., Gómez N., y K. Pérez. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en tres centros

oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). Rev Psicología desde el Caribe, 24; 180-204.

García, F. (2006). Comunicando malas noticias en medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. Medicina Intensiva, vol. 30(9); 452-9.

García. E. 2009. La relación médico-paciente en el marco del proyecto Misión Milagro. Revista Cubana de Medicina General Integrada, 25(3):149-152

Girón M., Beviá B., Medina M. y M. Simón. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública, 5(76); 561-575.

González R. (1998). Terapéutica psiquiátrica básica actual. La Habana: Ecimed.

González R. (2004) Los efectos placebo de la relación médico paciente. Revista Cubana de Medicina General Integral v.20 n.5-6.

Hernández-T. I., Fernández-O. M., Irigoyen-C. A. y M. Hernández-H.(2006).
Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina
familiar.Medigraphic Artemisa en línea, Vol.8 (2); 137-144

Hojat M, Gonella J, Nasca T, Mangione S, Vergare M y M. Magee. (2009).
Physician empathy: definition, components, measurement, and the relationship
to gender and specialty. Am J Psychiatry;159:1563-69.

Jaramillo, L. Pinilla, C. Duque, M. (2004) 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, vol. 13(46); pp. 29-
33.

Instituto Nacional de Cancerología & Instituto Geográfico Agustín Codazzi.
(2003). Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Colombia: Autores.

Jovell, A. y Navarro, M. Paciente con cáncer. Primer Libro blanco de la
Oncología médica en España, p. 397-410.

Koch S. (2009). La relación paciente-médico y su influencia en la adherencia al médico tratamiento. *Medula*, vol. 18(1); p33-39.

Labrador, F. y E. Bara. (2004). La Relación Médico –paciente información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1); 51-66.

Mainetti J. (2005) Ética médica, III parte: Modernidad. Disponible en: <http://www.elabe.bioetica.org/34.htm>

Mira, J. y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria, *114*(3); 26-33.

Moreno, M. y A. Pedro. (2007). Comunicación en la interacción oncólogo-paciente. *www.doyma.es/jano*, 1634, 19-25.

Rincón, Ma. Ester., Pérez, Ma. Ángeles., y M. Borda. (2010). Satisfacción con los cuidados médicos y búsqueda de información en pacientes con cáncer de mama. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 93(94).

Rivera, R. (2005). La Oncología pediátrica en el 2005 en México. Gaceta Mexicana de Oncología, 4(3).

Rodríguez, H. (2006). La Relación Médico -paciente. Revista Cubana de Salud pública, 32(34).

Rubio V. (2000). Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta. Atención Primaria.Vol. 26. Núm. 10.

Ruiz, A., Ramos, M., y J. Llobera. (2006). El médico de atención primaria y el diagnóstico de los pacientes con cáncer. Originales,37(1), 17-21.

Saa, D. (2008). Relación médico. Colombia Médica, 39(3).

Soria, R. y Z. Vega. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *liber*,17(2), .

Tates K, Meeuwesen L. (2001). Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Soc Sci Med; 52 (6): 839- 851.

Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura C., Martins C., y el grupo de estudios de psicooncología del sur de Europa (SEPOS). (2005). la comunicación médico - paciente en los oncólogos del sur de Europa: La influencia de la orientación psico social y el agotamiento. Psycho Oncology, (44).

Velasco, M. L. & Sinibaldi J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia. Bogotá:El Manual Moderno.

Zoopi K. (2001). Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. ANALES Sis San Navarra. Vol. 24, Suplemento 223-31

10. 2 ANEXOS

Anexo 1.

CARTA CENTROS CANCEROLOGICOS

Barranquilla, octubre de 2012

Señores

Santa Marta

Cordial saludo:

Atentamente me permito comunicarles que la candidata a Magister en Comunicación y Salud de la Universidad del Norte, LIZETH MARCELA GARCIA QUIÑONES, Identificada con la cédula de ciudadanía No.39.045.475 de la ciudad de Santa Marta, actualmente se encuentra desarrollando una investigación académica concerniente a establecer la influencia de los factores de comunicación en la adherencia al tratamiento oncológico, con el fin de que los aportes, avances y propuestas conceptuales de dicha investigación, permitan elaborar una tesis de grado que al mismo tiempo se convierta en una herramienta útil para afianzar las habilidades comunicativas de los médicos ante el desafío que representa la adherencia al tratamiento de tipo oncológico.

Por lo anterior, su colaboración resulta invaluable para llevar a feliz término esta labor académica y en consecuencia solicitamos le sea permitido a la tesista, llevar a cabo las actividades experimentales (grabación de consultas médicas) para el consecuente análisis académico de las habilidades comunicativas presentes en los médicos tratantes.

Cabe resaltar que la información obtenida tendrá un manejo estrictamente académico, con absoluta reserva, y que la publicación de los resultados no

comprometerá ni el nombre de la institución médica, la identidad del médico tratante ni la del paciente.

Agradeciendo el valioso aporte que su institución preste a la academia y a la investigación científica.

Atentamente,

JAIR VEGA CASANOVA

Director del proyecto

Profesor Universidad del Norte (Barranquilla)

Anexo 2.

CUESTIONARIO GATHA RES

Ítems del eje 1. Actitud/características del entrevistador

1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?
4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?

Ítems del eje 2. Tareas comunicacionales

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?
Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:
8. ¿Evolución cronológica?
9. ¿Localización?
10. ¿Factores que lo modifican?
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?
Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:
13. ¿Estado de ánimo?
14. ¿Acontecimientos vitales estresantes?
15. ¿Entorno sociofamiliar?
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?

17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?
19. ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?
20. ¿Se despide del paciente?

Ítems del eje 3. Habilidades técnicas

Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de estas técnicas:

21. ¿Contacto visual-facial?
22. ¿Señalamientos?

Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:

23. ¿Ejemplificación?
24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?

Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación:

25. ¿Respuesta evaluativa?
26. ¿Exploración de creencias?
27. En caso de emociones fuertes del paciente, ¿ha tenido contención emocional?

Anexo 3.

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA GRABAR CONSULTAS

HOJA DE CONSENTIMIENTO PARA GRABAR LA CONSULTA

SR./SRA.

EL

Dr./La

Dra

_____ está procediendo al registro en video de su consulta con el propósito de establecer fundamentos teóricos que sirvan de instrumento de verificación de la investigación académica que se realiza con el fin de obtener el mejoramiento de habilidad comunicativa en su consulta, por lo tanto. Solicito su permiso para hacerlo.

Se le garantiza que las entrevistas solo serán vistas por el médico y todo lo tratado será estrictamente confidencial y para fines netamente académicos avalados por la Universidad del Norte – Maestría en Comunicación y Salud.

- **Por Favor si no tiene inconveniente firme esta hoja.**

Gracias de antemano por su colaboración.

DOY MI CONSENTIMIENTO, NO TENGO INCONVENIENTES.

FIRMA Y FECHA