

COMENTARIO EDITORIAL

Las aventuras de la satisfacción con la relación médico-paciente en el país de los cuestionarios

The satisfaction adventures with the doctor–patient relationship in the land of questionnaires

José Luis Turabián^{a,*} Benjamín Pérez Franco^b

^aMedicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

^bMedicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

—Me parece que fue el catorce de marzo.
—El quince —dijo la Liebre de marzo.
—El dieciséis —dijo el Lirón.
—Anotad todo esto —ordenó el Rey al jurado.
Y los miembros del jurado se apresuraron a escribir las tres fechas en sus pizarras, y después sumaron las tres cifras y redujeron el resultado a chelines y peniques.
Carroll, Lewis. Alicia en el País de las Maravillas. Madrid: Editorial Edaf S.A. 1983

Las complejidades de las relaciones entre necesidades, asistencia sanitaria y resultados, han conducido a los investigadores a evaluar la asistencia a través de un resultado intermedio: la satisfacción del paciente —un término confuso que puede implicar solo la consecución de un nivel básico mínimo. Aunque se han identificado numerosas dimensiones de la satisfacción del paciente, la literatura sugiere que hay solo un pequeño número de ellas que son independientes: comportamiento médico, disponibilidad de asistencia, continuidad/conveniencia de la asistencia y accesibilidad¹.

Se han descrito varios modelos de relación médico-paciente: biomédico, biopsicosocial, centrado en el paciente, centrado en la relación, negociador, centrado en el consumidor y sistémico. Probablemente, un solo modelo no vale para todas las circunstancias y el médico debería ajustar su estilo de comunicación al contexto en el cual proporciona la asistencia².

Durante las últimas décadas, el énfasis puesto en el control de los costes y la investigación en eficacia y efectividad, así como la concienciación progresiva sobre la importancia de la comunicación médico-paciente para la consecución de las metas deseadas en salud, ha generado una plétora de instrumentos de medida de necesidades de salud y de comunicación médico-paciente (tabla 1), con distintos enfoques y diversos actores, pudiéndose encontrar en la literatura, sin mucho esfuerzo, más de un centenar de ellos, lo que dificulta la reflexión y revisión de los métodos disponibles^{1,3}.

La evaluación en estos instrumentos puede descansar en métodos cualitativos o cuantitativos. Los primeros requieren habilidades específicas, pueden necesitar más tiempo, y no

Tabla 1 Instrumentos para evaluar comunicación y relación médico-paciente

Métodos para recoger datos	Instrumentos de evaluación de los datos
1. Recogida de datos en tiempo real por un observador	1. Cuestionarios con escalas Likert
2. Pacientes estandarizados	2. Listas de chequeo
3. Vídeos y/o audios de las interacciones médico-paciente en tiempo real	3. Análisis interaccional
4. Autocomunicación del paciente y/o médico	4. Grupos focales
5. Role-play	5. Otros métodos cualitativos: investigación-acción, observación participante, entrevista en profundidad, etc.
6. Experiencia/vivencia real de médico y paciente en la consulta	6. Entrevista capacitadora o reflexión conjunta: evaluación conjunta del médico y paciente sobre los resultados de la relación
	7. Reflexión individual, grupos Balint, etc.: comparación de un médico consigo mismo, como respuesta continuada a la pregunta que se hace a sí mismo en relación con si está alcanzando consultas cada vez más significativas

pueden implementarse a gran escala. Por el contrario, los cuantitativos usan cuestionarios o instrumentos estandarizados que parecen ser más adecuados para evaluaciones repetidas o a gran escala. Sin embargo, estos instrumentos pueden afectar la exactitud de las calificaciones proporcionadas, debido a muchos factores metodológicos, incluyendo la calidad del instrumento en términos de validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios. Aunque bastantes de esos instrumentos de medición han demostrado ser fiables, solo algunos han sido validados^{4,5}.

La comparación entre los instrumentos de medición es difícil³ —y se ha realizado en muy pocos de ellos— por el gran número de los mismos, la gran variedad de variables y conceptos a medir para cada uno de ellos, el gran número de variables de resultados, las diferentes definiciones de buena comunicación y modelos de relación médico-paciente, y los diferentes propósitos de los estudios que evalúan los instrumentos. Tampoco se pueden comparar los resultados de los distintos estudios que usan diferentes instrumentos de evaluación de la comunicación médico-paciente, ya que no se puede demostrar que midan los mismos fenómenos. Asimismo, algunos instrumentos se han usado extensamente por varios autores, mientras que otros solo una vez por su creador. Ninguno de los instrumentos disponibles funciona bien, en relación con todos los criterios posibles. Todos tienen fortalezas y debilidades, lo que les hacen más o menos útiles para cada propósito particular¹.

En este número de Atención Primaria se publica el trabajo «La satisfacción del paciente en la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)», donde se evalúa la satisfacción respecto a la relación médico-paciente desde la perspectiva de este último, mediante el cuestionario PDRQ de 9 preguntas, que se validó y adaptó al castellano a partir de un cuestionario desarrollado sobre la teoría psicoterapéutica, el Helping Alliance Questionnaire de Luborsky. A pesar de sus limitaciones —que comentan los autores en su estudio—, este cuestionario se ha mostrado como un instrumento válido, desde el punto de vista de su consistencia y utilidad, por su facilidad de aplicación y por la aceptabilidad del paciente.

Los avances de la psicometría pueden ofrecernos herramientas muy útiles en Medicina de Familia, pero debemos ser conscientes de que, ante conceptos tan complejos y con las dificultades inherentes a los cuestionarios, más que continuar desarrollando instrumentos para cada nuevo estudio, se debería trabajar para documentar la fiabilidad y validez de las escalas existentes y, según los resultados de esas investigaciones, se podrían realizar modificaciones a esos instrumentos.

Tanto la investigación cualitativa como la cuantitativa son fuentes útiles de evidencias en la práctica clínica, pero la cualitativa lo es especialmente por contribuir con evidencias relevantes y contextualizadas que permiten poder entender la información en las complejas situaciones de los pacientes. La validez de lo relevante es más científica que la validez de

lo objetivo. No podemos avanzar hacia un conocimiento de la experiencia utilizando como único instrumento la abstracción⁶.

En consecuencia, con los cuestionarios se debe tener mucho cuidado. Nos puede pasar como a Alicia, que repentinamente se nos aparece el conejo blanco y al seguirlo caigamos por un túnel y entremos en un mundo absolutamente lógico, pero totalmente absurdo.

Los principales mensajes del comentario editorial

1. El concepto de satisfacción del paciente es complejo, no debe verse como una alternativa fácil a la medición de resultados finales, y sus valoraciones son, en general, extremadamente difíciles de interpretar.
2. La relación médico-paciente es un concepto múltiple, variable y dependiente del contexto.
3. Hay una excesiva proliferación de instrumentos para valorar la comunicación y relación médico-paciente, la comparación entre ellos es difícil, ninguno de ellos funciona bien en relación con todos los criterios posibles y no todos han demostrado un buen desempeño con respecto a las propiedades psicométricas.
4. Más que continuar desarrollando instrumentos para cada nuevo estudio, los clínicos e investigadores deberían trabajar juntos para documentar la fiabilidad y validez de las escalas existentes.
5. En la práctica clínica, la investigación cualitativa es especialmente útil para contribuir con evidencias relevantes y contextualizadas.

Bibliografía

1. Wilkin D, Hallam L, Doggett MA. Measures of need and outcome for primary health care. New York: Oxford University Press; 1993.
2. Lussier M-T, Richard C. Because one shoe doesn't fit all. Can Fam Physician. 2008;54:1089-92 [consultado 22/12/2009]. Disponible en: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/54/8/1089>.
3. Boon H, Stewart M. Patient-physician Communications assessment instruments. Patient Educ Couns. 1998;35:161-76 [consultado 22/12/2009]. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9887849?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSuppl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log\\$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9887849?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSuppl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log$=relatedreviews&logdbfrom=pubmed).
4. Jaussent S, Labarère J, Boyer JP, François P. Psychometric characteristics of questionnaires designed to assess the knowledge, perceptions and practices of health care professionals with regards to alcoholic patients. Encephale. 2004;30:437-46 [consultado 22/12/2009]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15627048>.
5. Isaac S, Michael WB. Handbook in research and evaluation for education and behavioral sciences. California: Robert R Knapp; 1972.
6. Maslow AH. El hombre autorrealizado. Barcelona: Kairós; 1998.