

La comunicación médico-paciente en los oncólogos del sur de Europa: La influencia de la orientación psicosocial y el agotamiento

Luzia Travado, Luigi Grassi, Francisco Gil, Cidalia Ventura, Cristina Martins
y el grupo de estudios de psicooncología del sur de Europa (SEPOS)

Resumen

La comunicación entre médico y paciente es un factor crucial para un cuidado exhaustivo en oncología. Aunque en el norte de Europa y EEUU se han realizado varios estudios sobre esta materia, no existen datos provenientes de los países del sur de Europa. Como parte de un estudio psicooncológico en varios centros del sur de Europa (SEPOS, del inglés Southern European Psycho-Oncology Study), la presente investigación se llevó a cabo para examinar las habilidades comunicativas y las variables relacionadas (esto es, la orientación psicosocial y el agotamiento) entre 125 médicos de Italia, Portugal y España. Se proporcionó a los médicos la escala de autoconfianza en habilidades comunicativas (SCCS, del inglés Self-Confidence in Communications Skills) para examinar las expectativas de los médicos sobre los efectos de la comunicación con sus pacientes. La orientación psicosocial de los oncólogos se midió usando la escala de confianza médica (PBS, del inglés Physician Belief Scale) y el agotamiento se midió utilizando el inventario de agotamiento de Maslach (MBI, del inglés Maslach Burnout Inventory). Aunque los médicos informaron de que habían recibido una formación mínima sobre comunicación durante su educación, tendían a sentirse preparados para la comunicación con el paciente, excepto en algunas áreas (por ejemplo, tratar con el rechazo, manejar la incertidumbre, evaluar la ansiedad y la depresión, y promover la franqueza de la familia del paciente). En la comunicación médico-paciente, se asoció la baja orientación psicosocial y los síntomas de agotamiento (por ejemplo, el agotamiento emocional, la despersonalización y una realización personal pobre en el trabajo) con menos confianza en las habilidades comunicativas y mayores expectativas de unos resultados negativos. Los resultados sugieren que existe una necesidad de

formar a los oncólogos en la comunicación médico-paciente para promover el enfoque psicosocial de manera más definida en la atención sanitaria del cáncer en los países mediterráneos.

Introducción

La importancia de la comunicación se ha subrayado en el campo de la oncología como la piedra angular de la relación médico-paciente (Arora, 2003; Fallowfield y Jenkins, 1999, 2004; Maguire, 1999; Maguire y Picealthy, 2002; Razavi y Delvaux, 1997). Se han realizado varios estudios sobre esta área tan importante mediante un examen de la forma en la que los oncólogos se comunican con sus pacientes (por ejemplo, el uso de preguntas abiertas, la escucha activa, las clarificaciones, la selección de áreas problemáticas, animar a los pacientes a expresar sus preocupaciones y emociones, la empatía). Se ha demostrado que la habilidad del médico al comunicarse y relacionarse con sus pacientes facilita la detección rápida de los problemas emocionales y una derivación temprana, lo que previene posibles complicaciones psicológicas (Parle et al., 1996, 1997). Asimismo, una buena comunicación centrada en el paciente tiene resultados positivos sobre diferentes aspectos de su salud, como la conformidad con el tratamiento médico, la resolución de síntomas, el control del dolor (Stewart, 198, 1996) y el ajuste a la enfermedad (Mager y Andykowski, 2002; Roberts et al., 1994). Además, aunque la satisfacción de los pacientes con cáncer se ve influida por numerosas variables (por ejemplo la duración del tiempo de espera en los centros) (Shiling et al., 2003), sin lugar a dudas, las habilidades comunicativas de los médicos la aumentan (Kinnersley et al., 1999).

Por todo esto, se recomienda la realización de programas de formación específica sobre habilidad comunicativa para profesionales sanitarios de oncología, concretamente para los médicos, como parte de la educación rutinaria en entornos de cáncer. Se han desarrollado varios programas con el objetivo de enseñar a los médicos técnicas de entrevista, cómo proporcionar a los pacientes la oportunidad de expresar sentimientos y emociones, que los pacientes compartan sus preocupaciones y problemas, y cómo evaluar posibles síntomas de angustia psicosocial (Back et al., 2003; Baile et al., 1999; Fallowfield et al., 1998, 2003; Maguire et al., 1996; Parle et al., 1997; Razavi et al., 2000, 2003). Es ampliamente sabido que aprender las habilidades comunicativas y aplicarlas en la práctica clínica rutinaria con pacientes cancerosos requiere un cambio significativo respecto a la paternalista perspectiva biomédica tradicional, hacia un enfoque biopsicosocial más centrado en el paciente. En este enfoque, los pacientes se ven como personas completas y las dimensiones psicológicas y sociales, junto con las biológicas, se valoran y se tienen en cuenta en el cuidado sanitario, se incluyen así la perspectiva del paciente, así como su participación en la toma de decisiones (Reis, 1998). Sin embargo, en el modelo biomédico se centra en lo biológico y se espera que los pacientes cumplan todas las prescripciones, teniendo así un papel bastante pasivo. Existen pruebas de que las creencias de los médicos con relación a los aspectos psicosociales de la atención sanitaria influyen en sus actitudes sobre el uso de técnicas de comunicación más especializadas y útiles. En un estudio sobre médicos de atención primaria, Levinson y Roter (1995) observaron que los médicos con mayor orientación psicosocial tendían a ser más empáticos en sus consultas, proporcionaban más información psicosocial, estaban más abiertos y participaban activamente al responder a las preguntas de sus pacientes. Jenkins y Fallowfield (2002) mostraron que las habilidades comunicativas estaban asociadas a la actitud de los médicos respecto a temas psicosociales. En su estudio, los autores demostraron que los médicos que completaron un curso específico de formación intensiva de 3 días sobre habilidades comunicativas, que también

abarcaba una orientación psicosocial, mejoraron significativamente y mantuvieron el uso de estas habilidades en su práctica médica, en comparación con aquéllos que completaron una formación más corta.

Junto con la orientación psicosocial, otra variable que puede influir en las habilidades comunicativas son los síntomas de agotamiento de los médicos, como el elevado estrés emocional y el cansancio, el distanciamiento en el trato con los pacientes y una satisfacción pobre con su trabajo. Se ha descubierto que una formación pobre o insuficiente en cuanto a las habilidades comunicativas contribuye al agotamiento de los médicos (Ramirez et al., 1995, 1996), mientras que la formación en la habilidad de la comunicación puede mejorar la autoconfianza del médico y hacer descender el nivel de agotamiento (Armstrong y Holland, 2004; Baile et al., 1997).

En los países del sur de Europa, el área de la comunicación entre médico y paciente se ha estudiado en términos de actitudes médicas en el momento de decirles la verdad a pacientes con cáncer (Arraras et al., 1995; Ferraz Gonçalves y Castro, 2001; Gil et al., 2000; Gras et al., 2000), la conciencia de los pacientes respecto a su enfermedad (Morasso et al., 1997; Mystadikou et al., 1996) y el deseo de los pacientes de obtener información durante la comunicación con su oncólogo (De Lorenzo et al., 2004; Pimentel et al., 1999). En cambio, no se ha realizado ningún estudio en esta área respecto a las habilidades comunicativas de los médicos, su orientación psicosocial y la relación entre estas dos variables. Tampoco hay datos disponibles sobre la asociación entre las habilidades comunicativas y el agotamiento.

Recientemente se ha desarrollado un proyecto de investigación que incluye países del área Mediterránea (SEPOS) para examinar los problemas psicosociales supeditados al cáncer, evaluar la medida en la que los oncólogos reconocen tales problemas, y desarrollar e implementar un modelo de formación diseñado para mejorar la habilidad de los médicos para reconocer y detectar trastornos psicológicos (Grassi et al., 2004, en

prensa). Como parte de la investigación más extensa antes mencionada, los objetivos del presente estudio fueron (i) caracterizar con más detalle las habilidades comunicativas de los oncólogos en términos de su propia autoconfianza en habilidades específicas y sus expectativas de resultados de la comunicación con los pacientes; (ii) examinar la relación de estas variables con la orientación psicosocial y el agotamiento.

Métodos

Sujetos

Se reclutó a una muestra de conveniencia de 125 médicos en los centros oncológicos de los tres hospitales participantes en el proyecto en Italia (Hospital Universitario Santa Anna, Ferrara), Portugal (Hospital San José, Lisboa) y España (Instituto Catalán de Oncología, Barcelona). Los dos primeros son hospitales generales con departamentos de oncología, mientras que el tercero es un hospital oncológico. El servicio de oncología lleva activo varios años en las tres localizaciones.

Procedimiento

Los médicos que trabajan en los tres centros hospitalarios en los que el proyecto de investigación se llevó a cabo por completo se reclutaron mediante un anuncio sobre los objetivos del estudio. Se invitó a todos los oncólogos a una reunión en la que se proporcionó información detallada sobre el estudio SEPO. Se presentó el objetivo general de la investigación, tal y como se detalla en otras fuentes (Grassi et al., 2004), incluyendo el aspecto relativo a la valoración de las características médicas en términos de habilidades comunicativas, orientación psicosocial, y síntomas de agotamiento. Se siguió la misma metodología en los tres centros hospitalarios. Tras dar su consentimiento para participar, un colaborador de la investigación proporcionó individualmente a cada médico una serie de cuestionarios.

Medidas

Las habilidades comunicativas se valoraron utilizando dos escalas, la escala de autoconfianza en las habilidades comunicativas (SCSS) y la escala de resultados esperados de la comunicación (EOC, del inglés

Expected Outcomes of Communication) (Maguire, 1996; Parle et al., 1997). La orientación psicosocial de los médicos se evaluó utilizando la escala de confianza médica (PBS) (Ashworth et al., 1984), y el agotamiento se examinó utilizando el inventario de agotamiento de Maslach (MBI) (Maslach y Jackson, 1986). La SCSS es un instrumento de 12 puntos que sirve para medir, en una escala de 0 a 100, la autoconfianza de los médicos al valorar su habilidad para comunicarse con los pacientes y manejar con éxito una serie de situaciones clínicas (por ejemplo, “iniciar una conversación con el paciente sobre su enfermedad y sus preocupaciones”, “evaluar el conocimiento y la comprensión por parte de un paciente sobre su enfermedad”, “dar malas noticias”, “ayudar a un paciente a sobrellevar la incertidumbre”). Se incluyó una sola pregunta relacionada con la cantidad de formación (en horas) que habían recibido los médicos sobre habilidades comunicativas. De acuerdo con Maguire (1996), se indicaron cuatro categorías: ≤ 24 , 25-50, 50-100, >100 h.

La EOC consta de 23 puntos que miden hasta qué punto creen los médicos que la comunicación con los pacientes va a resultar positiva o negativa. Se pidió a los médicos que en una escala de Likert de 9 puntos (de 1 = “poco probable” a 9 = “muy probable”) puntuaran los posibles resultados surgidos de la comunicación con sus pacientes (por ejemplo, “si pedir al paciente que hable sobre su enfermedad y sus preocupaciones afectará su capacidad de sobrellevar la situación”, “si preguntar por los sentimientos y las preocupaciones del paciente hará que me implique demasiado”, “si preguntar por los sentimientos y las preocupaciones del paciente va a ser útil para tratar mejor al paciente”). Tanto la SCSS como la EOC habían demostrado ser fiables en estudios anteriores sobre las habilidades de comunicación de los médicos (Maguire, 1996; Parle et al., 1997).

La PBS consta de 32 puntos que evalúan la visión de los médicos sobre las dimensiones psicosociales del cuidado de un paciente. Se pidió a los médicos que puntuaran en una escala de Likert de 5 puntos (de 1 =

“totalmente en desacuerdo” a 5 = “totalmente de acuerdo”) el grado de acuerdo con varias ideas relativas a su papel como médicos (por ejemplo, “no puedo tratar problemas psicosociales”), sus propias reacciones en relación con sus pacientes (por ejemplo, “explorar temas psicosociales con el paciente a menudo me causa dolor”), y su percepción de las actitudes de los pacientes respecto a los temas psicosociales (por ejemplo, “mis pacientes no quieren que aborde temas psicosociales”). De acuerdo con la versión original de la escala, la puntuación total en la PBS se obtuvo sumando las respuestas de los 32 puntos (rango 32-160) con puntuaciones menores correspondientes a una orientación psicosocial más elevada. La escala se mostró fiable y demostró ser una medida válida de la orientación psicosocial de los médicos tanto en la versión original (Ashworth et al., 1984) como la versión modificada (es decir, los puntos con puntuaciones mayores correspondientes a una orientación psicosocial más elevada) (Jenkins y Fallowfield, 2002).

El MBI mide, en 22 puntos, el agotamiento en las profesiones sanitarias mediante tres subescalas: Cansancio Emocional (nueve puntos), que evalúa el sentimiento de agotamiento por el trabajo propio; Despersonalización (cinco puntos), que evalúa la indiferencia y el sentimiento de respuesta impersonal hacia el paciente; Realización Personal (ocho puntos), que evalúa los sentimientos de competencia y logros en el propio trabajo. Para las tres subescalas se usaron las puntuaciones límite (esto es, agotamiento nulo/leve, intermedio, y elevado) (Maslach y Jackson, 1986). El MBI se ha usado en varios estudios y ha demostrado

ser fiable en la medición del agotamiento en los médicos (Catalan et al., 1996; Grassi y Magnani 2000; Grunfeld et al., 2002; Ramírez et al., 1995).

Análisis estadístico

Los datos de este estudio se analizaron en varios pasos. Primero, para cada variable se obtuvieron las puntuaciones medias, desviaciones estándar (DS), y las alfas de Cronbach. Todos los datos se verificaron por distribución normal y por kurtosis. se obtuvieron las frecuencias y las descriptivas para todas las variables. Segundo, la prueba del coeficiente *r* de Spearman se llevó a cabo para examinar las intercorrelaciones entre las variables. Tercero, debido a la no normalidad de los datos, se usó una prueba no paramétrica, la prueba de Kruskal-Wallis, para evaluar las diferencias entre los países en puntuaciones medias de variables. Por último, se realizó un análisis de las componentes principales para datos categóricos en la escala EOC para identificar sus características. El nivel de importancia estadística se fijó en 1%.

Resultados

Características demográficas de los médicos

Las características demográficas de la muestra se presentan en la tabla 1. Hubo un 46,4% de varones (*n* = 58) y un 53,6% hembras (*n* = 67), con una media de edad de 41,81 (DS 9,72). La media de años de práctica fue de 14,98 (DS 9,43). De los 125 médicos que participaron en el estudio, 44 (35,2%) eran de Italia, 41 (32,8%) de Portugal y 40 (32%) de España. Los médicos italianos eran los más mayores ($46,26 \pm 9,84$) y llevaban más años en la práctica ($18,1 \pm 10,7$), mientras

Tabla 1. Características demográficas de los médicos

	Muestra total (<i>n</i> = 125)	Italia (<i>n</i> = 44)	Portugal (<i>n</i> = 41)	España (<i>n</i> = 40)		<i>p</i>
Sexo						
Hombre	58 (46,4%)	24 (54,5%)	18 (43,9%)	16 (40%)	$X^2 = 1,93$	NS
Mujer	67 (53,6%)	20 (45,5%)	23 (56,1%)	24 (60%)		
Edad (en años)	41,81 +- 9,72	46,26 ± 9,84	41,22 ± 9,00	37,58 ± 8,28	F= 9,57	0,000
Años de práctica médica (1-43)	14,98 +- 9,43	18,10± 10,77	15,63 ± 8,62	10,95 ± 7,20	F= 6,50	0,002

Tabla 2. Resultados medios

	Total	Italia	Portugal	España	F	p
1. Conseguir que los pacientes compartan sus preocupaciones	82,86 (15,27)	81,93 (13,94)	87,51 (15,13)	79,13 (15,93)	3,30	0,040
2. Evaluar la consciencia del paciente	77,16 (16,61)	72,16 (18,50)	84,63 (15,31)	75,00 (12,96)	7,12	0,001
3. Favorecer la franqueza del paciente	74,91 (17,75)	72,27 (15,42)	84,49 (16,40)	68,00 (17,61)	11,02	0,000
4. Ayudar al paciente a mostrar sus preocupaciones	74,19 (18,76)	67,61 (17,70)	84,85 (15,85)	70,50 (18,25)	11,88	0,000
5. Resumir	78,91 (16,39)	71,48 (17,90)	87,66 (14,01)	78,13 (19,39)	12,32	0,000
6. Favorecer el proceso	74,20 (17,40)	64,32 (16,62)	84,27 (16,75)	74,75 (12,35)	17,77	0,000
7. Dar malas noticias	72,36 (21,62)	64,09 (23,29)	84,27 (16,57)	69,25 (19,27)	11,52	0,000
8. Evaluar la ansiedad y la depresión	69,90 (16,82)	69,48 (17,66)	76,10 (16,26)	64,00 (14,42)	5,65	0,004
9. Ayudar con la incertidumbre	67,52 (21,25)	63,52 (20,67)	78,78 (17,99)	60,38 (20,71)	10,01	0,000
10. Tratar con el rechazo	64,06 (20,78)	56,59 (19,40)	76,66 (20,24)	59,38 (16,88)	13,74	0,000
11. Promover la comunicación familiar	69,35 (19,25)	64,43 (18,53)	80,71 (18,26)	63,13 (15,96)	12,67	0,000
12. Tratar con las propias emociones	75,60 (19,10)	69,89 (20,07)	80,20 (18,48)	75,13 (16,66)	4,71	0,011
Resultado total	73,76 (15,00)	68,84 (13,68)	82,98 (14,31)	69,73 (12,86)	13,99	0,000

que los españoles eran los más jóvenes ($37,6 \pm 8,3$) y los que llevaban menos tiempo en la práctica médica ($10,9 \pm 7,2$) ($F = 9,57$, $p < 0,01$, y $F = 6,5$, $p < 0,01$, respectivamente) (Tabla 1).

Habilidades comunicativas y resultados esperados

La SCCS mostró un elevado nivel de coherencia interna (Cronbach $\alpha = 0,95$). Para describir la percepción de los médicos respecto a su habilidad en el área individual, se calcularon las puntuaciones medias (y la DS) para cada punto, junto con la puntuación media general (Tabla 2). Los médicos informaron de altos niveles de autoconfianza en habilidades comunicativas como conseguir que los pacientes compartan sus preocupaciones ($82,8 \pm 15,3$), resumir ($78,9 \pm 16,4$), evaluar la consciencia del paciente ($77,1 \pm 16,6$), tratar con las emociones ($75,6 \pm 19,1$), favorecer que el paciente se exprese con franqueza ($74,9 \pm 17,7$), favorecer el proceso de comunicación ($74,2 \pm 18,7$). Se observaron niveles inferiores de autoconfianza en habilidades más complejas, como dar malas noticias ($72,36 \pm 21,6$), eva-

luar la ansiedad y la depresión ($69,9 \pm 16,8$), promover la comunicación familiar ($69,3 \pm 19,2$), ayudar con la incertidumbre ($67,5 \pm 21,2$) y tratar con el rechazo ($64,1 \pm 20,7$). Los médicos portugueses informaron de niveles de confianza generales superiores ($82,9 \pm 14,3$) a los médicos italianos ($68,8 \pm 13,7$) y los españoles ($69,6 \pm 12,8$) ($F = 13,99$, $p < 0,01$). Estas diferencias se mantuvieron cuando las habilidades individuales se examinaron por separado (Tabla 2). Los datos sobre las horas de formación en las habilidades comunicativas solo están disponibles de 95 médicos (76%). La gran mayoría de ellos ($n = 82$; 86,3%) informaron que habían recibido una formación mínima o nula sobre habilidades comunicativas (≤ 24 h), mientras que solo unos pocos ($n = 13$; 13,7%) informaron que habían recibido formación a partir de cursos específicos (25-50h: $n = 8$, 8,4%; 50-100h: $n = 5$, 5,3%). No se encontraron diferencias significativas entre países respecto a las horas de formación en habilidades comunicativas.

Tabla 3. Resultados medios (y SD) de las subescalas EOC positiva y EOC negativa y de la PBS en el total de la muestra y en los tres países.

	Total	Italia	Portugal	España	F	p
1. EOC negativa	5,85 ± 1,00	5,72 ± 1,06	6,11 ± 1,04	5,72 ± 0,84	2,15	0,12
2. EOC positiva	3,41 ± 1,17	3,09 ± 1,10	3,18 ± 1,1	3,99 ± 1,12	8,14	0,001
3. PBS*	85,65 ± 10,89	85,51 ± 13,76	82,27 ± 8,69	89,36 ± 8,09	4,48	0,013

*Datos disponibles de 123 médicos (Italia = 43 Portugal = 41, España = 39).

De acuerdo con la EOC, se realizó un análisis de las componentes principales de los datos categóricos para poder tener una descripción más clara de los resultados esperados por los oncólogos de sus comunicaciones. Emergieron dos componentes. Una primera componente, designada EOC negativa, compuesta por 15 puntos que reflejan expectativas negativas respecto a los resultados de la comunicación (carga de factores que oscila entre 0,32 y 0,74, lo que explica un 60,46% de la varianza). Una segunda componente, designada EOC positiva, compuesta por ocho puntos que implican resultados beneficiosos de la comunicación (carga de factores que oscila entre 0,31 y 0,75, lo que explica un 31,15% de la varianza). Ambas componentes mostraron niveles aceptables de fiabilidad (Cronbach α = 0,87 para la EOC negativa y 0,71 para la EOC positiva). La puntuación media para la EOC positiva en la muestra fue de 3,41 ± 1,17, mientras que la puntuación media

para la EOC negativa fue de 5,85 ± 1. Los médicos portugueses e italianos mostraban mayor probabilidad de obtener resultados positivos de la comunicación que los médicos españoles (F = 8,14, p < 0,01) (Tabla 3).

Orientación psicosocial y agotamiento

La PBS mostró niveles aceptables de fiabilidad (Cronbach α = 0,78). La puntuación total media del instrumento fue 85,65 ± 10,89, con pequeñas diferencias entre los países (los médicos portugueses son los más orientados psicosocialmente y los médicos españoles los menos) (Tabla 3).

El MBI mostró niveles aceptables de fiabilidad en las subescalas de Cansancio Emocional (Cronbach α = 0,89), Despersonalización (Cronbach α = 0,67), y Realización Personal (Cronbach α = 0,76). Entre los 121 médicos que completaron el cuestionario, 31 (25,6%) dieron puntuaciones elevadas en la subescala

Tabla 4. Resultados medios (y DS) del MBI del total de la muestra en cada país y porcentaje de agotamiento por cada subescala.

	Total (n = 121)	Italia (n = 44)	Portugal (n = 38)	España (n = 39)		
SUBESCALAS DE AGOTAMIENTO						
Cansancio Emocional	20,21 ± 11,04	18,75 ± 12,12	19,79 ± 10,91	22,28 ± 9,79	$F_2 = 1,101$	$p = 0,336$
. nulo/bajo (≤ 18)	60 (49,6%)	23 (52,2%)	22 (57,9%)	15 (38,5%)	$\chi^2 = 5,62$	$p = NS$
. intermedio (19-26)	30 (24,8%)	12 (27,2%)	5 (13,2%)	13 (33,3%)		
. alto (≥ 27)	31 (25,6%)	9 (20,4%)	11 (28,9%)	11 (28,2%)		
Despersonalización	5,89 ± 4,90	4,32 ± 4,16	4,63 ± 4,10	8,9 ± 5,09	$F_2 = 13,074$	$p = 0,001$
. nulo/bajo (≤ 5)	68 (56,1%)	31 (70,4%)	24 (63,2%)	13 (33,3%)	$\chi^2 = 18,4$	$p = 0,001$
. intermedio (6-9)	26 (21,4%)	7 (15,9%)	10 (26,3%)	9 (23,1%)		
. alto (≥ 10)	27 (22,3%)	6 (13,6%)	4 (10,5%)	17 (43,6%)		
Realización Personal	37,84 ± 5,55	38,89 ± 6,91	39,79 ± 5,24	34,77 ± 6,31	$F_2 = 7,22$	$p = 0,001$
. nulo/bajo (≤ 40)	49 (40,4%)	22 (50,0%)	19 (50,0%)	8 (20,5%)	$\chi^2 = 11,89$	$p = 0,018$
. intermedio (34-39)	46 (38,0%)	13 (29,5%)	15 (39,5%)	18 (46,2%)		
. alto (≤ 33)	26 (21,4%)	9 (20,5%)	4 (10,5%)	13 (33,3%)		

Tabla 5. Correlación entre las mediciones

	EOC negativa	EOC positiva	PBS	MBI	MBI	MBI
SCSS	0,49**	- 0,24**	0,19*	0,03	0,08	0,37**
EOC		- 0,06	0,43**	0,21*	0,25*	*0,28**
EOC			0,19*	0,01	0,34**	0,28**
PBS				0,26**	0,45**	0,14
MBI					0,48**	0,33**
MBI						0,37**

*p<0,05 ** p<0,01

de Cansancio Emocional, 27 (22,3%) en la de Despersonalización y 26 (21,4%) mostraron puntuaciones que indicaban una pobre Realización Personal. En comparación con los médicos italianos y portugueses, los españoles tuvieron los niveles más elevados de MBI-Despersonalización ($F = 13,07$, $p < 0,001$) y los niveles más bajos de MBI-Realización Personal ($F = 7,22$, $p < 0,01$) (Tabla 4). Esto se confirmó analizando los porcentajes de médicos que se ajustaban a las categorías de agotamiento de acuerdo con las tres escalas MBI (Despersonalización $_2 = 18,4$, $df = 4$, $p = 0,001$; Realización personal $_2 = 11,89$, $df = 4$, $p = 0,018$).

Correlaciones entre las medidas

Las correlaciones entre las medidas se muestran en la Tabla 5. Ni la edad ni los años de práctica estaban relacionados con las medidas psicológicas. Se observaron correlaciones significativas entre la puntuación total de la SCCS y tanto la EOC positiva ($r = -0,24$, $p < 0,01$) como la puntuación de EOC negativa ($r = 0,49$, $p < 0,01$) (cuanto mayor era la autoconfianza de los médicos en su habilidad para comunicar de forma efectiva, mayores eran sus expectativas positivas, y menores las negativas).

La PBS también estaba significativamente correlacionada con la EOC negativa ($r = -0,43$, $p < 0,01$), MBI-Cansancio Emocional ($r = 0,26$, $p < 0,01$) y MBI-Despersonalización ($r = 0,45$, $p < 0,01$) (cuanto mayor era la orientación psicosocial, menores eran las expectativas negativas de los resultados de la comunicación con los pacientes y menor el cansancio emocional y la despersonalización).

Respecto al MBI, el cansancio emocional estaba correlacionado moderadamente con la puntuación de la EOC negativa ($r = -0,21$, $p = 0,02$) (cuanto mayor es el cansancio emocional, mayores las expectativas negativas). La despersonalización se asoció tanto con la EOC negativa ($r = -0,25$, $p < 0,01$), como con la EOC positiva ($r = 0,34$, $p < 0,01$), donde una mayor despersonalización está correlacionada con más expectativas negativas y menos positivas. La realización personal estaba correlacionada de forma significativa y absoluta con la puntuación total de la SCCS ($r = 0,37$, $p < 0,01$), la EOC negativa ($r = 0,28$, $p < 0,01$), y la EOC positiva ($r = -0,28$, $p < 0,01$), en donde cuanto mayor era el sentido de realización personal de los médicos, más confiaban en su habilidad para comunicarse de forma efectiva, y más expectativas positivas y menos expectativas negativas tenían.

Discusión

El presente estudio examinó las características más importantes de las habilidades comunicativas y su relación con las variables psicológicas (es decir, la orientación psicosocial y el agotamiento) entre oncólogos en países del sur de Europa, como son Italia, Portugal y España. 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. Estas figuras son diferentes de aquéllas tratadas por Parle et al. (1997) quien, utilizando el mismo instrumento, descubrió que los médicos muestran menos autoconfianza en la mayoría de habilidades comunicativas. Esta diferencia puede explicarse desde una perspectiva cultural, puesto que una visión paternalista de la medicina - visión todavía predominante en los países del sur de Europa - podría inducir a los médicos a considerarse competentes en habilidades que no llevan del todo a cabo. Una segunda posibilidad podría estar relacionada con la diferente población examinada en este estudio en comparación con otros estudios. El estudio de Parle et al. (1997), por ejemplo, evaluó a los médicos que habían sido reclutados para la participación en talleres de habilidad comunicativa y eran mucho más conscientes de sus problemas en esta área que los médicos de nuestro estudio. Puesto que un nivel elevado de autoconfianza en las habilidades comunicativas no certifica o garantiza un comportamiento comunicativo adecuado, son necesarias investigaciones posteriores respecto a este tema.

La confianza en sus habilidades comunicativas no estaba relacionada con la edad o los años de práctica, mientras que sí que estaba relacionada con los resultados esperados de la comunicación, donde los médicos más seguros informaban sobre expectativas más positivas y los médicos menos seguros informaban sobre expectativas más negativas. Sin embargo, es posible que los médicos tendieran a informar sobre expectativas adecuadas cuando el resultado se presentaba como positivo (por ejemplo, “pedirles que hablaran sobre sus preocupaciones y emociones les beneficiará”), mientras que tendían a mostrar dificultades en rechazar el resultado cuando se presentaba como negativo (por ejemplo, “su paciente se enfadará de forma incontrolable si le pregunta sobre sus sentimientos”, “hablar sobre miedos y preocupaciones angustiará a su paciente y le hará llorar”). Este patrón de expectativas puede indicar barreras y temores en la comunicación con los pacientes, con relación tanto a pacientes (por ejemplo, miedo a produ-

cir angustia emocional y de comportamiento al paciente, temor de ser poco profesional o asumir demasiada responsabilidad) como a médicos (por ejemplo, la anticipación de consecuencias negativas a un nivel personal/emocional, impacto profesional negativo, no tratarse de su papel o área de competencia, y falta de apoyo). Surgieron resultados interesantes también a partir del análisis de la orientación psicosocial de los médicos. De hecho, la puntuación en la PBS indicaba que los médicos no estaban convencidos de la importancia de los aspectos psicosociales en la atención sanitaria o estaban todavía unidos a valores biomédicos tradicionales. Más concretamente, los médicos no estaban seguros de las necesidades psicosociales de sus pacientes ni sobre sus propias reacciones ante los pacientes si se discutían temas psicosociales y se preguntaban si aprobarían sus preguntas. Estas figuras parecen ser diferentes de aquéllas comentadas en Ashworth et al. (1984), quienes descubrieron una orientación psicosocial ligeramente superior en otras profesiones médicas (por ejemplo psiquiatría, medicina interna, y medicina familiar), pero bastante parecidas las comentadas por Jenkins y Fallowfield (2002) con relación a los oncólogos. Esto puede indicar que haya dificultades específicas que tienen los oncólogos, especialmente en el sur de Europa, para mantener una visión psicosocial adecuada de sus pacientes. Se asoció un nivel de orientación psicosocial inferior con menos autoconfianza en las habilidades comunicativas (puntuación de la SCCS), mayores expectativas de que su comunicación con los pacientes pudiera tener efectos negativos (por ejemplo, devastación en el paciente, involucrarse demasiado en la relación) y, a un nivel menor, con expectativas inferiores de obtener resultados positivos (por ejemplo, beneficiar al paciente, tener apoyo de los colegas). Estos resultados apoyan la visión de que una orientación psicosocial pobre de los oncólogos influye de forma negativa en sus habilidades comunicativas con los pacientes cancerosos (Jenkins y Fallowfield, 2002). Resulta interesante que los médicos con una orientación psicosocial pobre también mostraran niveles elevados de agotamiento, como cansancio emocional (sentirse emocionalmente abru-

mados por su trabajo) y despersonalización (niveles elevados de indiferencia y actitudes distantes respecto a sus pacientes). También se descubrió una asociación significativa entre el agotamiento y las habilidades comunicativas. De hecho, los médicos que tuvieron altas puntuaciones en despersonalización tendían a considerar que era poco probable que se obtuviera un resultado positivo provocado por la comunicación con sus pacientes (por ejemplo, “pedirles que hablen sobre sus preocupaciones y emociones les beneficiará”), mientras que consideraban más posible que tuviera lugar un resultado negativo (por ejemplo, “el paciente se enfadará de forma incontrolable si le pregunto sobre sus sentimientos”). Se observó resultados opuestos entre los médicos se sentían realizados y satisfechos con su trabajo (realización personal), que obtuvieron puntuaciones más elevadas en la EOC positiva, puntuaciones bajas en la EOC negativa, así como puntuaciones elevadas en las habilidades comunicativas en general (puntuación total de la SCCS). Estos resultados sugieren que la orientación psicosocial de los médicos y el agotamiento ejercen una influencia importante sobre sus habilidades de comunicación con los pacientes.

Se encontraron algunas diferencias al analizar las respuestas de los médicos en diferentes países. Los médicos portugueses se describían a sí mismos como más seguros en la comunicación con sus pacientes y esperaban menos resultados negativos de la comunicación, en comparación con los médicos italianos y españoles. También estaban más orientados psicosocialmente (PBS) que los médicos españoles. En lo concerniente al agotamiento, los médicos españoles informaron de que estaban más cansados emocionalmente, más indiferentes y que se sentían menos realizados con su trabajo que los médicos italianos y portugueses, aunque con un predominio de agotamiento comparable a la de investigaciones previas realizadas entre médicos generales italianos y españoles (Grassi y Magnani, 2000; Molina Sigüero et al., 2003). Debido a la pequeña muestra de participantes, los diferentes contextos en los que se realizó el estudio (dos hospitales generales y un hospital oncológico) y los sistemas diferentes en la

organización sanitaria entre los países, es necesario evaluar estos resultados con precaución. Es necesario realizar más investigaciones para poder estudiar esta área específica.

Es necesario mencionar las limitaciones del estudio. Tal como se ha apuntado anteriormente, el tamaño de la muestra no permite generalizar los resultados del estudio. Es necesario obtener datos de muestras mayores de oncólogos para poder sacar conclusiones más precisas sobre las habilidades comunicativas y la relación de éstas con la orientación psicosocial y el agotamiento. Además, incluso si los médicos fueran representativos de los tres hospitales donde se realizó el estudio, no estarían representando la población total de los oncólogos en los tres países. Una segunda limitación es que el currículum académico específico de los médicos que venían de diferentes países y orígenes no se tuvo en cuenta y esto también hace que no podamos generalizar con lo descubierto. Otra limitación está relacionada con el hecho de que no se examinó un gran número de otras variables que han sido asociadas con las habilidades comunicativas. Por ejemplo, Libert et al. (2003), han mostrado que el locus de control de los médicos influía sobre las habilidades comunicativas. De la misma forma, tampoco se han examinado aquí otras variables que se ha demostrado que influyen en el agotamiento de los oncólogos (por ejemplo, la estimulación intelectual, la satisfacción con el trabajo, las fuentes organizativas) y, consecuentemente las habilidades comunicativas (Ramirez et al., 1995, 1996). Por último, la evaluación de las habilidades comunicativas se basó en instrumentos cumplimentados por los propios médicos, lo que no representa necesariamente las habilidades efectivas de los médicos en su práctica clínica diaria. Como se indica por otros autores (Fallowfield et al., 2003; Libert et al., 2003; Razavi et al., 2000), los estudios posteriores deberían examinar esta área con instrumentos más específicos (por ejemplo, entrevistas grabadas en video/casete).

En resumen, los médicos de los centros del sur de Europa que participaron en este estudio informaron sobre una formación muy baja en comunicación, aunque tendían a describirse a sí mismos como bastante habilidosos en sus relaciones con los pacientes cancerosos. Se asoció la orientación psicosocial y un elevado nivel de agotamiento con una baja autoconfianza en las habilidades comunicativas y la expectativa de resultados negativos de la comunicación. Los modelos de formación para mejorar la consciencia de los médicos sobre los problemas en la comunicación, la orientación psicosocial y las habilidades para manejar situaciones difíciles deberían implementarse en el sur de Europa.

Agradecimientos

Este estudio, parte de un proyecto mayor (“Mejorar las habilidades de comunicación ante la comorbidad psicosocial por parte del personal sanitario y la calidad de vida de los pacientes con cáncer: estudio en los países del sur de Europa”) ha sido financiado por la Comunidad Europea (según el contrato entre la Comisión Europea y la Universidad de Ferrara: SI2.307317 2000CVGG2-026). Los miembros del grupo de investigación queremos dar las gracias a todos

los colegas que han participado en el estudio. También queremos agradecer a James Irby, PhD que revisara el artículo y a Cecilia Silva, PhD, que nos ayudara con el análisis estadístico.

La bibliografía está a disposición del lector en la dirección de correo electrónico: lydiazuloaga@telefonica.net

Con la colaboración de:



CMBB & Asociados

CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.

**Londres, 27, Est. A 2ª
08029 BARCELONA**

Teléfono 93 410 73 26