

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO

**ESTILO DE COMUNICACIÓN DEL MÉDICO EN LA RELACIÓN
MÉDICO PACIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 33 EL ROSARIO**



TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. GUADALUPE SANTANA SANTIAGO

ASESOR:
DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR DE LA U.M.F. No. 33

MÉXICO DF, AGOSTO DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



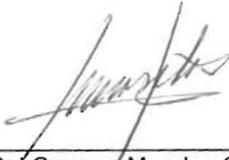
Dra. Mónica Enriquez Neri

Encargada de la Coordinación de Educación e
Investigación en Salud, U.M.F. No. 33



Dra. Mónica Enriquez Neri

Profesora Titular del Curso de Especialización
En Medicina Familiar, U.M.F No. 33
Asesora de Tesis



Dra. Ma. Del Carmen Morelos Cervantes

Profesora Adjunta del Curso de Especialización
En Medicina Familiar, U.M.F. No 33



Dra. Guadalupe Santana Santiago
Residente de Tercer Año de la Especialidad de Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

A DIOS que me dio la oportunidad de vivir y regalarme una familia maravillosa.

A mis padres.

Por guiarme en el camino de la vida, por su amor, cariño y comprensión. Porque su fuerza y amor me han dirigido y me han dado las alas que necesitaba para volar. Porque este logro también es suyo.

A Julio César.

Gracias amor por dejarme ser parte de ti, por permitirme compartir tu vida conmigo, por estar junto a mí cuando te he necesitado. Te amo.

A mis hermanos.

Marcos y Araceli que me han ayudado y acompañado a lo largo de mi vida. Por compartirme sus alegrías y apoyarme siempre en mis sueños.

A mis amigos.

Que siempre han estado conmigo compartiendo alegrías y tristezas.

A mi asesora de tesis.

Gracias doctora Mónica por su gran apoyo en este proyecto, sobretodo porque me demostró en el trayecto de esta tarea que parecía no tener fin, que es una gran profesora.

INDICE

	Página
Título.....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Justificación.....	8
Antecedentes.....	9
Planteamiento del problema.....	14
Material y métodos.....	15
Resultados.....	17
Tablas y gráficas.....	19
Discusión.....	28
Conclusiones.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	31



**"ESTILO DE COMUNICACIÓN DEL MÉDICO EN LA RELACIÓN
MÉDICO PACIENTE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.
33 EL ROSARIO"**

Santana SG, Enríquez NM. Estilo de comunicación del médico en la relación médico-paciente en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".

Introducción. La importancia de construir y mantener un estilo de comunicación adecuado con el paciente es fundamental para el médico familiar, ya que la comunicación incluso se ha considerado un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia, sin embargo las relaciones entre médicos y pacientes se han vuelto cada vez menos íntimas y satisfactorias. **Objetivo:** Determinar el estilo de comunicación en la relación médico paciente que predomina en los médicos adscritos a la UMF No. 33. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, previo consentimiento informado, con un tamaño de muestra de 50 médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33. Se aplicaron dos cuestionarios, el primero diseñado ex profeso para recabar información sobre factores sociodemográficos y el segundo sobre "Evaluación de los principales estilos de comunicación", previamente diseñado y validado. El análisis estadístico se realizó a través de la estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes y chi cuadrada. **Resultados:** De los 50 médicos entrevistados, 18 médicos (36%) tuvieron predominio del estilo de comunicación funcional, 6 médicos (12%) predominio del estilo de comunicación normativo, 24 médicos (48%) predominio del estilo de comunicación analítico y 2 médicos (4%) predominio del estilo de comunicación intuitivo, con una $p = .0369$. **Conclusiones:** Todos usamos en ciertos momentos los cuatro diferentes estilos de comunicación, y hay una diferencia en el predominio de cada estilo de acuerdo a las circunstancias que nos rodean, el estilo de comunicación que predominó en los médicos es analítico.

Palabras clave: *Estilo de comunicación, relación médico-paciente.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es indispensable para el médico familiar mantener una adecuada comunicación con su paciente, siendo ésta un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia. Hoy en día la relación médico-paciente experimenta cambios profundos que la afectan en su esencia, tal es el desarrollo de una tecnología cada vez más avanzada y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población creciente que han hecho indispensable dar nuevas formas de organización y sistemas de operación más eficaces a la asistencia médica por lo que las relaciones entre médicos y pacientes se han vuelto menos íntimas y satisfactorias en términos de expectativas y necesidades emocionales de unos y otros, afectando en especial la comunicación, ésta se puede ubicar dentro de los atributos interpersonales del médico, considerados como la expresión de aspectos de carácter profesional y personal observables en la interacción con sus pacientes. Así, se considera la aptitud comunicativa del médico como parte de la competencia requerida para confrontar la diversa y compleja problemática que refleja el paciente. Se ha estudiado la comunicación médico paciente en término de la relación médico-paciente, donde se ha encontrado que una de las mayores necesidades del paciente es ser atendido, esto es, que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, así como se ha establecido que las cualidades humanísticas del médico son muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ella, también se ha encontrado que la falta de comunicación entre el médico y el paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica. La comunicación es entonces una parte primordial de la relación médico-paciente. Existen cuatro estilos básicos de comunicación: funcional, normativo, analítico e intuitivo. Todos usamos los cuatro estilos y cada estilo puede usarse positiva o negativamente según el contexto y el momento. Sin embargo se tiende a la sobre utilización de alguno de estos estilos, según la personalidad de cada persona. Es precisamente la motivación de este estudio el determinar cual es el estilo de comunicación que predomina en los médicos de esta unidad ya que una adecuada comunicación llevará al médico a una mejor relación médico-paciente y esto a su vez a un mejor apego al tratamiento, por lo que es importante evaluar el estilo de comunicación de los médicos de esta unidad.

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se han logrado muchos avances médicos gracias a la tecnología cada vez más avanzada que poseemos, sin embargo la relación médico-paciente se ha ido deteriorando al mismo tiempo; entre otras causas, por el uso de la computadora que como medio electrónico ayuda a agilizar la consulta, sin embargo la ha vuelto a su vez menos íntima y satisfactoria.

Aunado a esto, la mala comunicación del médico con su paciente juega un papel importante, por lo que es indispensable mantener una comunicación adecuada con el paciente para restituir la relación médico-paciente, lograr una mayor adherencia terapéutica así como una mejor satisfacción del paciente y del médico en relación a su trabajo.

Se ha encontrado que una buena comunicación médico-paciente nos permite llevar un mejor control de nuestros pacientes y una mejor relación con ellos, se han realizado varios estudios que asocian una buena comunicación médico-paciente con un mejor control de los mismos, sin embargo no se han realizado estudios al respecto en la Unidad de Medicina Familiar 33 por lo que me planteo realizar este estudio de investigación.

ANTECEDENTES

Es innegable la importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente en cualquier disciplina médica, pero quizá sea mayor para el médico familiar, ya que la comunicación incluso se ha considerado como un instrumento indispensable para el trabajo del médico de familia. (1).

Dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, incursionando no solo en el aspecto biológico sino en las dimensiones psicológica y social, lo que obliga a internarse en aspectos de elevado contenido humanista, transmitiendo experiencias y conocimientos al paciente y su familia. (1)

En la práctica de una medicina centrada en el enfermo, el médico aborda los problemas poniendo énfasis en los aspectos humanos de sus pacientes, es decir, en su experiencia interna y en su relación con los demás. La relación médico-paciente emerge entonces como un tema central. La naturaleza de esta relación, sus componentes, sus modalidades e implicaciones destacan como algo que, siendo esencial en el arte médico, tiene relevancia científica. (2)

La importancia de la relación médico-paciente se ha hecho más aparente porque hoy en día experimenta cambios profundos que la afectan en su esencia, tal es el desarrollo de una tecnología cada vez más avanzada y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población creciente hicieron indispensable dar nuevas formas de organización y sistemas de operación más eficaces a la asistencia médica por lo que las relaciones entre médicos y pacientes se han vuelto menos íntimas y satisfactorias en términos de expectativas y necesidades emocionales de unos y otros, por lo que, los pacientes dudan del interés que por ellos sienten los médicos, por ello en algunas ocasiones no siguen con fidelidad las indicaciones que les dan los médicos o bien abandonan los tratamientos.(2)

La relación médico-paciente es una transacción, un sistema de relación recíproca, tanto intelectual como emocional, que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y perciben uno del otro, las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos determinan el contenido, el curso y el destino de esta relación, que también puede denominarse “una alianza terapéutica” en el que ambos unen sus fuerzas para lograr un mismo fin “la salud del enfermo”, siendo un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, fe y esperanza, contribuye al buen desarrollo de la relación, la capacidad que demuestre el terapeuta en escuchar de manera atenta y activa a su paciente y sobre todo su aptitud como comunicador (2).

La comunicación es la manera en que las personas se relacionan entre sí y conjugan sus esfuerzos haciendo así una transferencia de información de persona a persona. Los componentes básicos de la comunicación son: emisor

(transmite el mensaje), mensaje (lo que se quiere decir o la información), receptor (el que recibe la información), retroalimentación (el receptor emite su información permitiendo el flujo de mensajes); si este último componente no se da el proceso queda simplemente en información. (3)

La comunicación no solo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en cumplimiento de sus funciones, debe 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. (4)

Se puede ubicar a la comunicación dentro de los atributos interpersonales del médico, considerados como la expresión de aspectos de carácter profesional y personal observables en la interacción con sus pacientes. Así, se ha de considerar la aptitud comunicativa del médico como parte de la competencia requerida para confrontar la diversa y compleja problemática que refleja el paciente. (5)

En toda comunicación existen dos componentes básicos: el verbal y el no verbal. Dentro de la comunicación verbal es importante resaltar los fenómenos psicológicos dentro de la relación médico-paciente como son la transferencia (relaciones emocionales del paciente hacia el médico), la contra transferencia (reacciones emocionales del médico hacia el paciente), la empatía (la habilidad del médico para recibir y descodificar la comunicación afectiva de sus pacientes), el "rapport" (el estado de mutua confianza y respeto entre el médico y el paciente), y la resistencia (Son las reacciones del paciente en contra de la relación con el médico ó del paciente). (6)

Existen dos aspectos importantes en la comunicación no verbal, por una parte la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar señales no verbales emitidas por las personas que le rodean y por otra parte la expresividad no verbal de los pacientes que tan útil suele ser para el médico, estas comunicaciones no verbales se puedan captar a través de la voz, el contacto físico, la mirada, la expresión facial, los gestos y el olfato entre otros. (6)

Dentro de los aspectos relacionados con la comunicación encontramos: información (lo que se transmite en el mensaje), estilo (la manera en como se transmite el mensaje), intencionalidad (el objetivo del mensaje). Para que haya una comunicación efectiva debe haber concordancia entre lo que se dice y lo que se hace, así como debe existir una relación entre la identidad (lo que se es), la comunicación (lo que se dice) y la imagen (lo que se cree que es). (7)

La comunicación eficaz de las prescripciones de salud facilita su cumplimiento ya que muchos de los errores cometidos en el ejercicio de la medicina tienen sus orígenes en la falta de comunicación. El médico no comprende lo que quiere decir el paciente o no consigue transmitirle su propio mensaje. Esa falta de entendimiento produce frustración tanto en el médico como en el paciente con consecuencias como desmoralización, insatisfacción por parte del paciente así como ineficacia terapéutica por falta de apego al tratamiento. (7)

Los síntomas son la descripción del paciente de lo que percibe como sensaciones anormales y lleva a una conducta de enfermedad, una vez que decide ver a un médico, la persona debe decidir como transmitirá sus síntomas al doctor; la forma en que un paciente codifica su aflicción personal para transmitirla al médico, depende de la forma en que crea que el doctor recibirá la información. (8)

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. (8)

Toda comunicación necesita un contexto, una de las cosas más difíciles para un médico es saber que contexto debe usar para decodificar el mensaje del paciente. El contexto que internalizamos en el curso de nuestra formación es la clasificación de las enfermedades de acuerdo a su patología orgánica, el médico familiar necesita ser muy receptivo hacia aquella información clave que indica en que contexto codifica el paciente su mensaje. Estas claves son denominadas metamensajes, mensajes que hacen inteligibles otros mensajes al situarlos en el contexto apropiado. (9)(10)

La comunicación médico-paciente generalmente ha estudiado una o más de cinco variables: habilidades interpersonales de los médicos, habilidades en la enseñanza médica, satisfacción de los pacientes, recordar las indicaciones médicas por parte de los pacientes y la adherencia de los pacientes al régimen terapéutico. (11)

Existen cuatro estilos básicos de comunicación: funcional, normativo, analítico e intuitivo. Todos usamos los cuatro estilos y cada estilo puede usarse positiva o negativamente según el contexto y el momento. Sin embargo se tiende a la sobre utilización de alguno de estos estilos, según la personalidad de cada uno. (12)

En el estilo funcional de la comunicación se da prioridad a la persona y a las relaciones interpersonales, el médico tiende a escuchar activamente y ser sensible, respeta los diferentes valores y creencias de los pacientes, busca reconciliar diferencias con los mismos, muestra calidez y compañerismo, elogia al paciente y corrige su conducta, tolera la ambigüedad y la ambivalencia y suele ser empático con el enfermo que acude solicitando ayuda. (12)

En el estilo intuitivo de la comunicación el médico da prioridad a la intuición, a la espontaneidad y a la creatividad. Suele aliviar la tensión de su paciente con humor y alegría, le habla auténticamente y sin rodeos, es flexible y abierto al cambio, y los acepta sin problemas, busca siempre métodos innovadores en la atención de sus pacientes. (12)

En el estilo normativo de la comunicación se da prioridad a las estructuras, las reglas y la organización. El médico tiende a mantener ante todo el orden y la disciplina, se concreta solo a lo que el paciente le solicita, es organizado y ordenado, defiende los derechos propios y ajenos, respeta y hace respetar los compromisos, confronta incongruencias e inconsistencias, se orienta siempre a cumplir metas y objetivos y resolver los padecimientos que aquejan a su paciente. (12)

En el estilo analítico de la comunicación se da prioridad a la lógica, el análisis y la síntesis. El médico usa siempre la lógica, investiga todas las opciones y razona todas las cosas antes de actuar con su paciente, se fija metas realistas y claras, hace las averiguaciones e indagaciones necesarias sintetizando e integrando ideas antes de dar un diagnóstico definitivo. (12)

Tates K, y Meeuwesen en su artículo "Doctor-parent-child communication" coinciden en que una de las mayores necesidades del paciente es ser atendido, esto es, que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, y como señala Fones C, en su artículo "What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education" las cualidades humanísticas del médico parecen ser muy valoradas por los pacientes y la comunicación como parte de ella. (13)(14)

La falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia en la comunicación. Britten N y Stevenson FA en su artículo "Misunderstanding in general practice" encontraron que la falta de comunicación entre el médico y el paciente, la falta de comprensión en el diagnóstico y la incompreensión del tratamiento indicado, ocasionan la falta de adherencia terapéutica. (15)

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, se encontró que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios, con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con su médico. (15)

Maguirre P en su artículo "Key communication skills and how to acquire them" señala que cuando el médico logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, es capaz de generar mayor satisfacción con la atención recibida y es capaz de alcanzar una mayor adherencia al tratamiento. Se ha encontrado una alta asociación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente. (16)

El estilo de comunicación que cada persona desarrolla se puede evaluar cualitativamente a través de un instrumento diseñado ex profeso por el Dr. losvani Hernández Torres llamado "Evaluación de los principales estilos de comunicación", el cual consta de 112 preguntas que clasifican la percepción de los estilos de comunicación en funcional, normativo, analítico e intuitivo. (12)

Los estilos de comunicación tienen relevancia muy significativa en el ámbito médico, ya que de ello dependerá la adecuada relación médico-paciente, y por

tanto se tendrá mejor éxito en el cumplimiento terapéutico de los mismos.
(11)(12)

Es importante identificar en el médico el estilo de comunicación que tiene con su paciente, así como los factores asociados con el fin de mejorar dicha relación para así incidir en el mejor control de sus pacientes (12).



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se han logrado muchos avances médicos gracias a la tecnología cada vez más avanzada que poseemos, sin embargo la relación médico-paciente se ha ido deteriorando al mismo tiempo; entre otras causas, por el uso de la computadora que como medio electrónico ayuda a agilizar la consulta, sin embargo la ha vuelto a su vez menos íntima y satisfactoria.

Aunado a esto, la mala comunicación del médico con su paciente juega un papel importante, por lo que es indispensable mantener una comunicación adecuada con el paciente para restituir la relación médico-paciente, lograr una mayor adherencia terapéutica así como una mejor satisfacción del paciente y del médico en relación a su trabajo.

Se ha encontrado que una buena comunicación médico-paciente nos permite llevar un mejor control de nuestros pacientes y una mejor relación con ellos, se han realizado varios estudios que asocian una buena comunicación médico-paciente con un mejor control de los mismos, sin embargo no se han realizado estudios al respecto en la Unidad de Medicina Familiar 33 por lo que es importante realizar este estudio de investigación para establecer cual es el estilo de comunicación que prevalece en los médicos de esta unidad, lo que me lleva a preguntarme:

- ¿Cuál es el estilo de comunicación en la relación médico-paciente que predomina en los médicos familiares adscritos a la U.M.F. No 33 "El Rosario"?

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del IMSS, en el Distrito Federal, que se encuentra en la Delegación Azcapotzalco, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar el estilo de comunicación en la relación médico-paciente que predomina en los médicos adscritos a la UMF No. 33.

El tipo de estudio fue observacional, prolectivo, transversal y descriptivo, por medio de un censo, la muestra estudiada fue de 50 médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”, se incluyeron ambos géneros, cualquier edad, que aceptaron participar en el estudio, ambos turnos; se excluyeron a los médicos que se encontraban de incapacidad, licencia, o de vacaciones; se eliminaron a los que no desearon participar en el estudio y los que no entregaron el cuestionario.

Se midieron las variables sociodemográficas a través de un cuestionario diseñado ex profeso para recibir datos sobre género, edad, estado civil, antigüedad laboral, especialista en Medicina Familiar, La variable estilo de comunicación se midió a través del *Cuestionario de “Evaluación de los principales estilos de comunicación”*, previamente diseñado y validado, el cual se aplicó a los médicos y está constituido por cuatro dominios: estilo funcional, normativo, analítico e intuitivo de la comunicación. Dicho cuestionario está estructurado por medio de la escala de Likert en 0 (nunca), 1(a veces), 2(muchas veces), 3(casi siempre o siempre), se toma como el estilo de comunicación que predomina en el médico el que tenga el mayor puntaje, con el cual se obtuvieron cuatro categorías de estilo de comunicación: funcional, normativo, analítico e intuitivo.

Para fines de análisis de resultados las variables se dividieron de manera arbitraria, las cuales fueron: Género: hombre, mujer; Edad: 28-35 años, 36-40 años, 41 a 45 años, 46 a 50 años, 51 a 55 años y 56 a 60 años; Estado civil: soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre; Antigüedad laboral: 0-5 años, 6-10 años, 11-15 años, 16-20 años, 21-25 años y más de 26 años; Especialista en Medicina Familiar: Sí, No.

El análisis estadístico de la información se realizó mediante un procedimiento estadístico descriptivo de tal forma que se obtuvieron frecuencias y porcentajes que fueron representadas en tablas y gráficas, chi cuadrada para diferencia en estilos de comunicación entre médicos especialistas en medicina familiar y no especialistas.

Todo el proceso de investigación se realizó considerando los lineamientos y aspectos éticos que rigen a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado del médico.

Los recursos humanos, físicos y económicos para la realización de la investigación corrieron a cargo del médico residente encargado con asesoría directa del asesor de tesis



RESULTADOS

De un total de 54 médicos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario", del Instituto Mexicano del Seguro Social, se aplicaron 50 cuestionarios a los médicos que cumplieron con los criterios de inclusión, se excluyeron cuatro médicos, dos que no aceptaron participar en el estudio y dos que se encontraban de vacaciones, con un total de 50 médicos (27 del turno matutino y 23 del turno vespertino) que equivale al 92.5% de los médicos adscritos a esta Unidad.

Dentro de los factores sociodemográficos se encontró:

En cuanto al género: 21 médicos fueron del sexo masculino (42%) y 29 médicos del sexo femenino. (58%). (Tabla 1 y gráfica 1)

En cuanto al grupo de edad encontramos: con edad entre los 28 a 35 años 21 médicos (42%), de 36 a 40 años cuatro médicos (8%), de 41 a 45 años 3 médicos (6%), de 46-50 años 12 médicos (24%), de 51 a 55 años 9 médicos (18%), de 56-60 años 1 médico (2%). (Tabla 2 y Gráfica 2).

En cuanto al estado civil 7 médicos (14%) eran solteros, 35 médicos (70%) eran casados, 2 médicos (4%) eran divorciados y 6 médicos (12%) vivían en unión libre. (Tabla 3 y Gráfica 3)

Con respecto a la antigüedad laboral 15 médicos (30%) presentaron antigüedad laboral de 0-5 años, 10 médicos (20%) presentaron antigüedad laboral de 6 a 10 años, 2 médicos (4%) presentaron antigüedad de 11 a 15 años, 13 médicos (26%) presentaron antigüedad de 16 a 20 años, 4 médicos (8%) presentaron antigüedad de 21 a 25 años y 6 médicos (12%) presentaron antigüedad de 26 años en adelante. (Tabla 4 y Gráfica 4).

En cuanto a si tenían o no la especialidad en Medicina Familiar, 45 médicos (90%) eran especialistas en Medicina Familiar y 5 médicos (10%) no tenían la especialidad en Medicina Familiar. (Tabla 5 y Gráfica 5).

De los 50 médicos que contestaron el cuestionario, 18 médicos (36%) tuvieron predominio del estilo de comunicación funcional, 6 médicos (12%) predominio del estilo de comunicación normativo, 24 médicos (48%) predominio del estilo de comunicación analítico y 2 médicos (4%) predominio del estilo de comunicación intuitivo. (Tabla 6 y Gráfica 6).

De los 50 médicos, 45 eran médicos familiares de los cuales 17 médicos (37.8%) presentaron estilo de comunicación funcional, 4 médicos (8.9%) presentaron estilo de comunicación normativo, 23 médicos (51.1%) presentaron estilo de comunicación analítico, y un médico familiar (2.2%) presentó estilo de comunicación intuitivo. (Tabla 7 y Gráfica 7).

Del total de los médicos, 5 eran médicos no familiares, de los cuales 1(20%) presentó estilo de comunicación funcional, 2(40%) presentó estilo de comunicación normativo, 1(20%) presentó estilo de comunicación analítico, 1(20%) presentó estilo de comunicación intuitivo. (Tabla 8 y Gráfica 8).

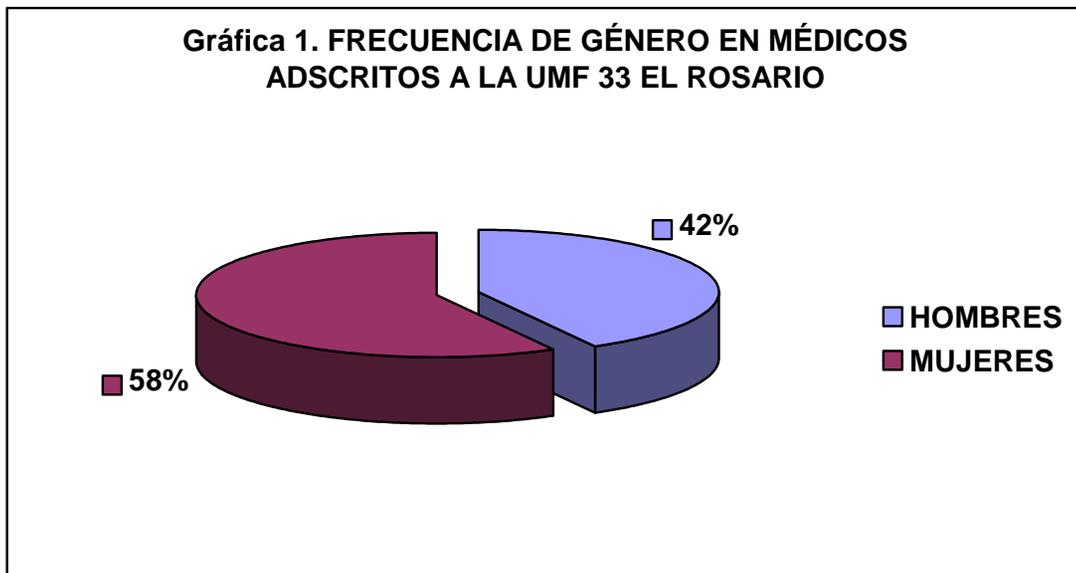
La chi cuadrada para diferencia en estilos de comunicación entre médicos especialistas en medicina familiar y no especialistas en medicina familiar fue de 8.4877 con una $p=0.0369$. (Tabla 9 y gráfica 9).

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1. FRECUENCIA DE GÉNERO EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	21	42%
MUJERES	29	58%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33



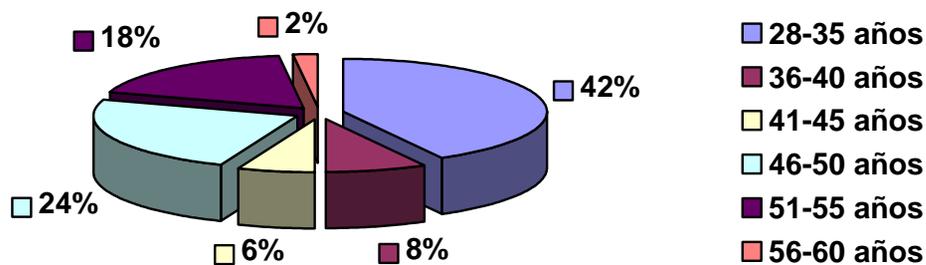
Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

TABLA 2. FRECUENCIA DE EDAD EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
28-35	21	42%
36-40	4	8%
41-45	3	6%
46-50	12	24%
51-55	9	18%
56-60	1	2%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

Gráfica 2. FRECUENCIA DE EDAD EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO



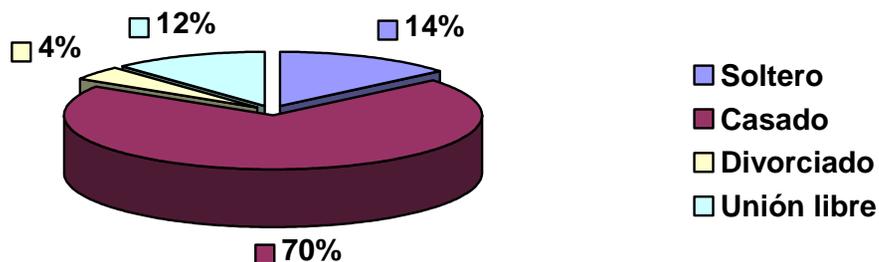
Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

TABLA 3 FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	7	14%
Casado	35	70%
Divorciado	2	4%
Unión libre	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

Gráfica 3. FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO



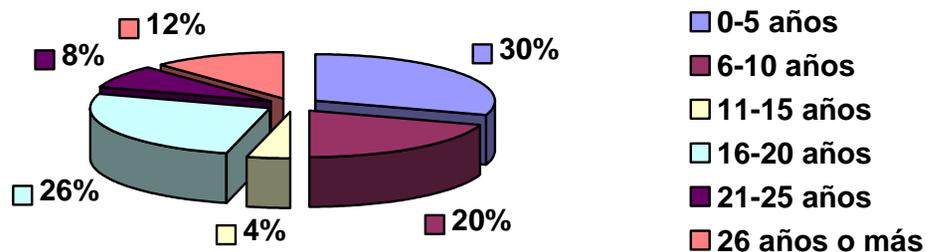
Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

TABLA 4 FRECUENCIA DE ANTIGÜEDAD LABORAL EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO

ANTIGÜEDAD LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-5 años	15	30%
6-10 años	10	20%
11-15 años	2	4%
16-20 años	13	26%
21-25 años	4	8%
26 años o más	6	12%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

Gráfica 4. FRECUENCIA DE ANTIGÜEDAD LABORAL EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO

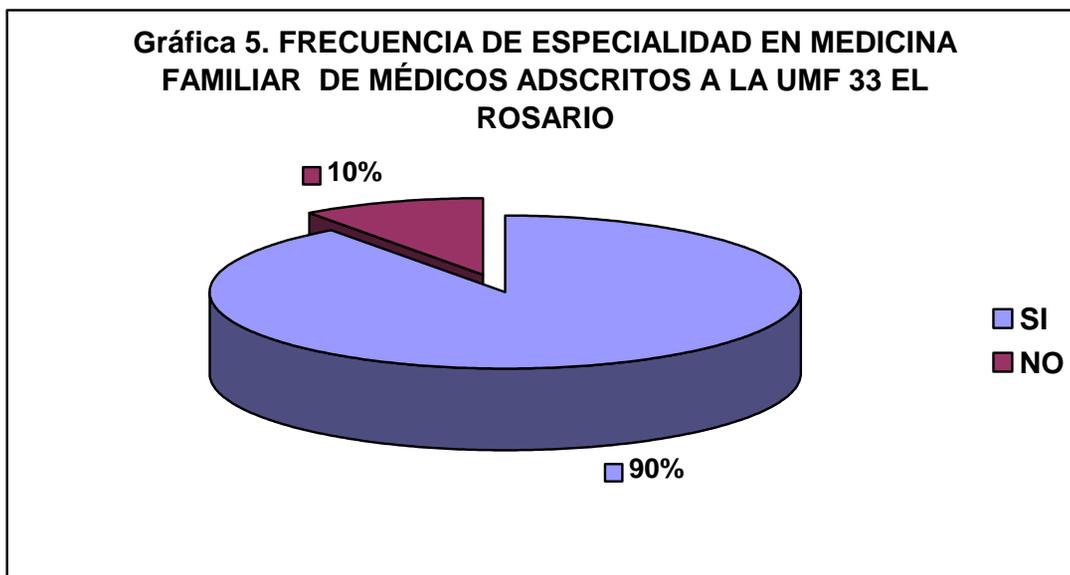


Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

TABLA 5. FRECUENCIA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO

ESPECIALISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	45	90%
NO	5	10%
TOTAL	50	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

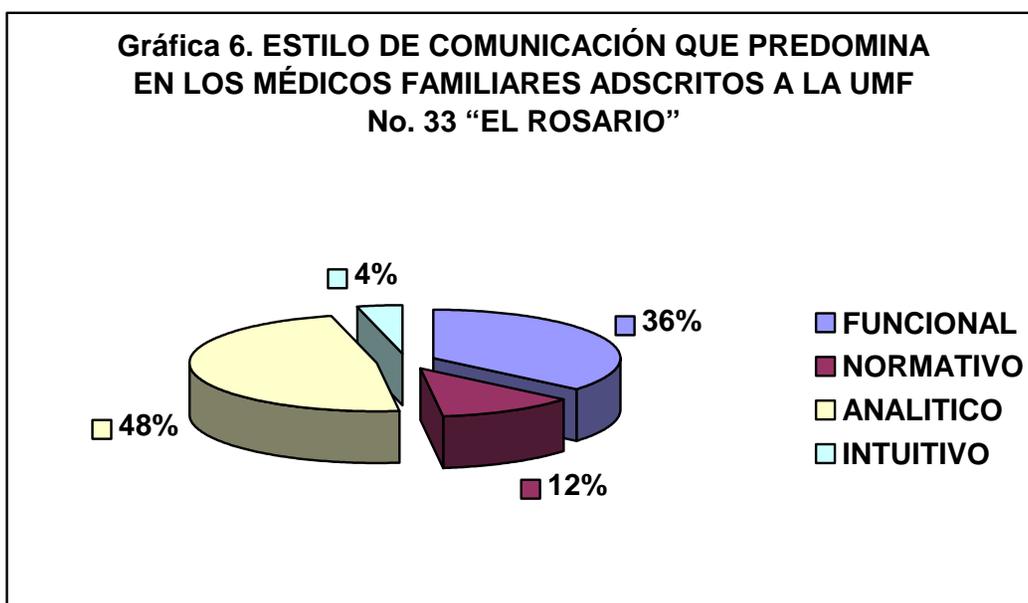


Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

Tabla 6. ESTILO DE COMUNICACIÓN QUE PREDOMINA EN LOS MÉDICOS FAMILIARES ADSCRITOS A LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”

ESTILO	FUNCIONAL	NORMATIVO	ANALITICO	INTUITIVO	TOTAL
FRECUENCIA	18	6	24	2	50
PORCENTAJE	36%	12%	48%	4%	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

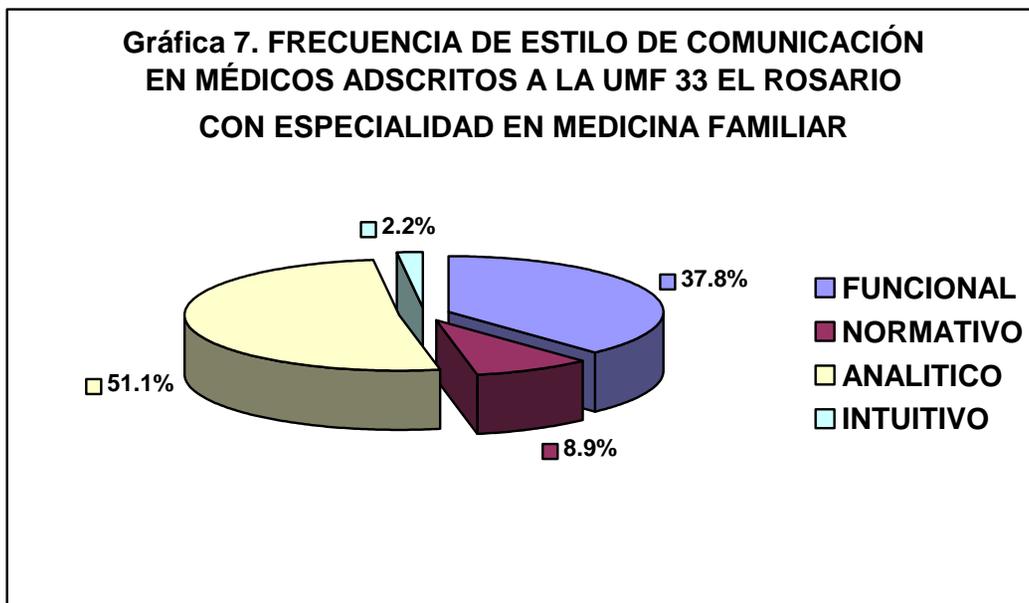


Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

TABLA 7. FRECUENCIA DE ESTILO DE COMUNICACIÓN EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ESTILO	FUNCIONAL	NORMATIVO	ANALITICO	INTUITIVO	TOTAL
FRECUENCIA	17	4	23	1	45
PORCENTAJE	37.8%	8.9%	51.1%	2.2%	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

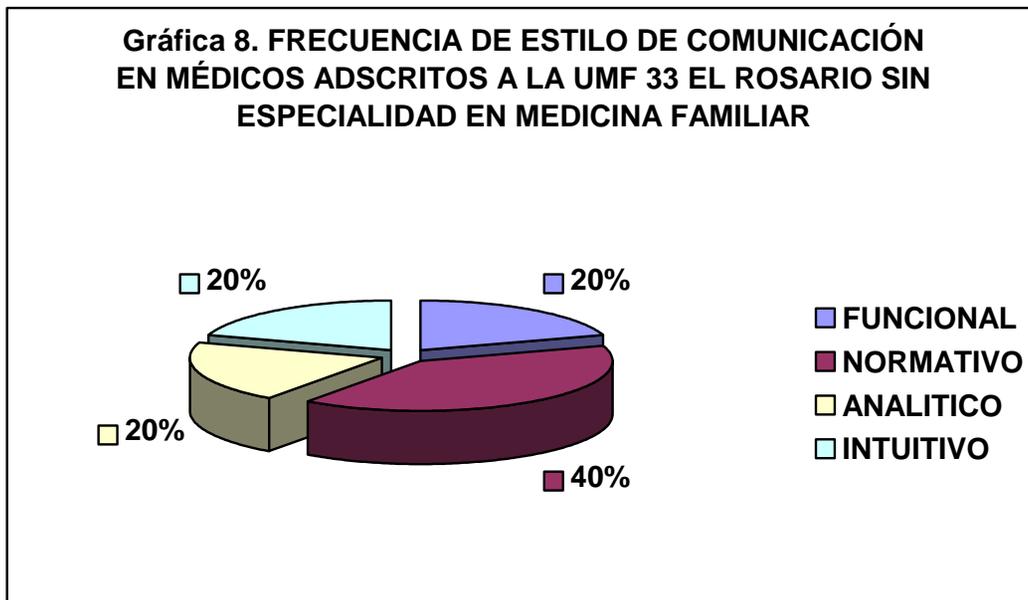


Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

TABLA 8. FRECUENCIA DE ESTILO DE COMUNICACIÓN EN MÉDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 EL ROSARIO SIN ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ESTILO	FUNCIONAL	NORMATIVO	ANALITICO	INTUITIVO	TOTAL
FRECUENCIA	1	2	1	1	5
PORCENTAJE	20%	40%	20%	20%	100%

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33



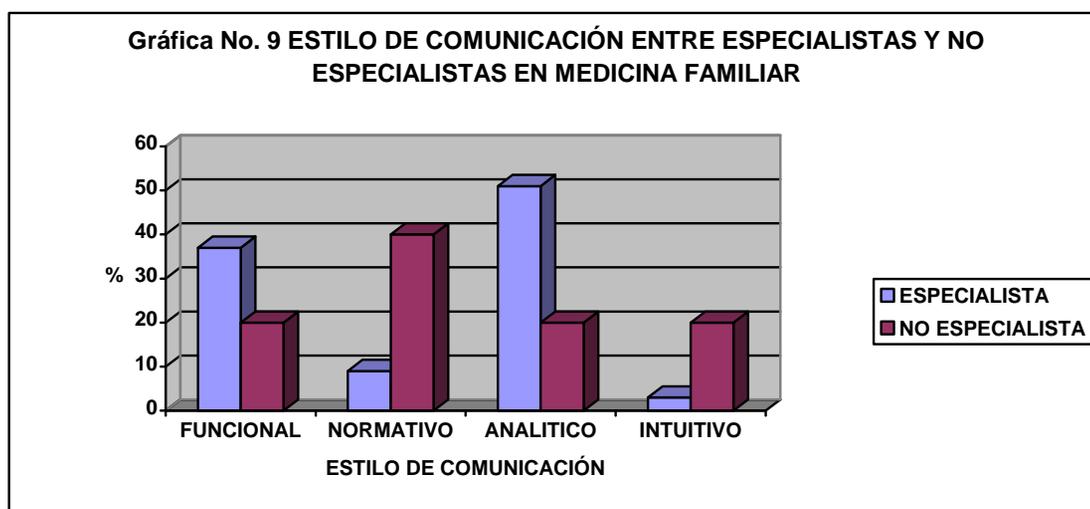
Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33

Tabla No. 9 ESTILO DE COMUNICACIÓN ENTRE ESPECIALISTAS Y NO ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

Estilo de comunicación	Especialistas en Medicina Familiar	No especialistas en Medicina familiar	Total
FUNCIONAL	17 (37%)	1 (20%)	18
NORMATIVO	4 (8.9%)	2 (40%)	6
ANALITICO	23 (51.1%)	1 (20%)	24
INTUITIVO	1 (2.2%)	1(20%)	2
Total	45	5	50

Chi cuadrada: $p = 0.0369$

Fuente: encuesta sobre estilo de comunicación en médicos de la UMF No.33



DISCUSIÓN

En este estudio se evaluaron los principales estilos de comunicación, lo que permitió identificar cual es el estilo de comunicación que predomina en los médicos de la UMF No. 33 “El Rosario”, utilizando un cuestionario hecho ex profeso y otro de “Evaluación de los principales estilos de comunicación” encontrándose que el estilo de comunicación predominante fue el analítico quienes representaron el 48% de los médicos, dicho resultado coincide con el obtenido por el Dr. losvani quien encuentra que éste suele ser el estilo de comunicación que más predomina en los médicos, quienes usan siempre la lógica, y razonan todas las cosas antes de actuar con su paciente, llevando a cabo una buena relación médico-paciente.

Al identificar este patrón de estilo de comunicación nos damos cuenta de que los médicos de esta unidad son analíticos y esto debe reflejarse en una adecuada comunicación médico-paciente, con una mayor satisfacción de ambos en esta transacción de relación que hay entre ellos.

Se encontró que hay una diferencia entre el estilo de comunicación del médico especialista en Medicina Familiar con respecto a los que no han cursado la especialidad, esto es que en los primeros predominó el estilo de comunicación analítico (51%) y en los segundos el estilo de comunicación normativo (40%), esto pudiera significar un adecuado programa de enseñanza durante lo años cursados en la Especialidad, sin embargo la muestra de médicos no especialista en medicina familiar tomada fue pequeña, por lo que no podemos generalizar los resultados a otra población fuera de la UMF No. 33, por lo que sería conveniente contrastar con un numero mayor de médicos no especialistas.

Se identificó que la mayor parte de los médicos que laboran actualmente en esta institución son médicos jóvenes que están adquiriendo experiencia laboral, sin embargo a pesar de la carga de trabajo poseen un estilo de comunicación adecuado, de modo que tienen amplias posibilidades de llevar a cabo una buena comunicación médico-paciente y con esto los pacientes tendrán un mejor apego terapéutico.

CONCLUSIONES

El presente estudio se planteó con el objetivo de determinar cual es el estilo de comunicación que predomina en los médicos de la UMF No. 33 El Rosario ya que no se habían hecho estudios al respecto y es parte importante de la relación médico-paciente.

La comunicación médico-paciente es primordial en el ámbito del Médico Familiar, ya que una adecuada comunicación le llevará a una mejor relación médico-paciente y esto a su vez a un mejor apego al tratamiento, se encontró que el estilo de comunicación que predominó fue el analítico.

De los médicos encuestados, el 90% cursó la especialidad en Medicina Familiar quienes tuvieron predominio del estilo de comunicación analítico mientras que los médicos que no cursaron la especialidad en Medicina Familiar (10%) tuvieron predominio del estilo de comunicación normativo.

En cuanto a las características sociodemográficas se encontró que la mayoría de los médicos de esta unidad son del sexo femenino (58%), predominando los médicos jóvenes de 28 a 35 años en el 30%, la mayor parte de ellos con estado civil casados (70%), con antigüedad laboral entre 0 a 5 años en el 30%.

El identificar cual es el estilo de comunicación que predomina en los médicos de la UMF No. 33 El Rosario nos lleva a darnos cuenta que los principales estilos utilizados fueron el analítico y el funcional que conformaron el 84% del total de la muestra estudiada y que nos muestra que los médicos de esta unidad se están comunicando adecuadamente con sus pacientes.

La comunicación no solo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en cumplimiento de sus funciones, debe 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, así que mantengamos un adecuado estilo de comunicación con nuestros pacientes y de esta manera ellos se sentirán comprendidos y a su vez tendremos un mejor control terapéutico de los mismos.

Este estudio evalúa el estilo de comunicación del médico en la relación médico-paciente, sin embargo es necesario realizar otro estudio aplicado a los pacientes para corroborar la percepción que éstos tienen en cuanto a como se comunica el médico con ellos, de esta forma se correlacionarán ambos resultados y se determinará si existe o no una adecuada comunicación médico-paciente, la cual es imprescindible para la relación médico-paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Arch Med Fam 2006; 8 (2): 119-29
2. De la Fuente R. Psicología médica. En: De la Fuente R. Relación médico-paciente. 2da ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 177-221.
3. Torio DJ, García TM. Relación médico-paciente y entrevista clínica: opinión y preferencia de los usuarios. Aten Primaria 2007; 19(1): 44-60.
4. Ian R Mc Winney. Comunicación médico-paciente. En: Medicina de Familia, Editorial Mosby/Doyma, Barcelona, España, 1995. p 88-110.
5. EB, Edgard. The effects of physician communications skills on patient action; recall and adherente. J Chron Dis 1984; 137(9): 755-64.
6. López B, Ma Virginia. La comunicación humana en la relación médico-paciente. Bioética 2007; 24(9): 19-22
7. García VJ. Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana. Rev Med IMSS 2007; 37(3): 213-20
8. Gil VF, Beida J, Piñeiro F. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Doyma; 1999; 1: 13-19
9. Trinidad O.L. Estilos de Comunicación. Madrid: Doyma; 2004; 1:13-33
10. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Eds. Cumplimiento. En: Epidemiología clínica, una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Díaz de Santos; 1989. p. 250-90.
11. Bonafont X, Costa J. Adherencia al tratamiento médico. Butlleti d'informació terapéutica 2004; 16 (3): 9-14
12. Hernández TI. Estilos de comunicación médico paciente. Arch Med Fam 2006; 8 (2): 119-29
13. Tates K, Meeuwesen LA. Doctor-parent-child communication. Soc Sci Med 2003; 52(3) 835-51.
14. Fones C, Heok K. What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education. Academic medicine 2008; 73(5) 23-45.
15. Britten N, Stevenson FA. Misunderstanding in general practice. BMJ 2000; 320 (48) 484-98.
16. Maguirre P. Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002; 325 (7366):697-700.

ANEXOS



ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Por medio de la presente **acepto participar en el proyecto de investigación** titulado ESTILO DE COMUNICACIÓN DEL MÉDICO EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE inscrito ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC con el registro número _____.

El objetivo del estudio es: Determinar el estilo de comunicación en la relación médico paciente que predomina en los médicos adscritos a la UMF No. 33.

Se me ha explicado que mi participación consiste en responder 2 cuestionarios: 1) *DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS* y 2) *EVALUACION DE LOS PRINCIPALES ESTILOS DE COMUNICACIÓN* con el instrumento validado del Dr. Losvani Hernández Torres.

Declaro que se me ha informado ampliamente que los resultados no afectarán en lo absoluto mi área laboral, y que los resultados serán utilizados confidencial y anónimamente.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi identidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Entiendo que, de considerarlo conveniente, conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento sin que ello afecte mi relación laboral en el instituto.

MÉDICO PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

Nombre y firma

Nombre, firma y matrícula

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma

ANEXO 2

EVALUACIÓN DE LOS PRINCIPALES ESTILOS DE COMUNICACIÓN

Las siguientes frases describen diferentes actitudes que tenemos casi todos los seres humanos a un grado u otro. Después de leer cada frase, coloque dentro de los paréntesis el número que corresponde a la frecuencia con la que la frase lo describe a usted en cuanto a sus relaciones con los demás, según la siguiente escala:

- 0 = Nunca o casi nunca soy o hago así.
- 1 = A veces soy o hago así.
- 2 = Muchas veces soy o hago así.
- 3 = Casi siempre o siempre soy o hago así.

CUESTIONARIO

- 1 () Estoy al pendiente del "¿Qué dirán?" para opinar o actuar.
- 2 () Procuero convencer a otros de que tengo la razón.
- 3 () Prefiero no hablar de mis sentimientos.
- 4 () Voy por la tangente para no contestar preguntas comprometedoras.
- 5 () Escucho cuidadosamente a los demás para poder comprenderlos.
- 6 () Tengo buenos criterios de juicio y evaluación.
- 7 () Soy concreto/a, específico/a y preciso/a.
- 8 () Estoy dispuesto/a a cambiar mi punto de vista u opinión.
- 9 () Evito decir cosas que podrían incomodar a los demás.
- 10 () Encuentro fallas en lo que dicen y argumentan los demás.
- 11 () Soy escéptico hasta que me muestren pruebas.
- 12 () Tiendo a divagar o a cambiar de tema en una conversación.
- 13 () Comprendo y respeto los diferentes valores y creencias.
- 14 () Soy ordenado/a y disciplinado/a en mi manera de conversar.
- 15 () Fijo metas realistas y claras en una negociación.
- 16 () Busco métodos y soluciones innovadoras o diferentes.
- 17 () Me conformo con lo que dice o quiere la mayoría.
- 18 () Juzgo rápidamente, aun cuando no tenga todos los datos.
- 19 () Busco persuadir a los demás con lógica ante cualquier situación.
- 20 () Tiendo a hacer preguntas o comentarios fuera de contexto.
- 21 () Busco reconciliar diferencias de opinión o de valores.
- 22 () Soy bueno/a para evaluar resultados y rendimiento.
- 23 () Averiguo todo lo que puede antes de analizar algo.
- 24 () Soy espontáneo/a y creativo/a.
- 25 () Uso indirectas o comentarios "entre chiste y chanza".
- 26 () Uso mi autoridad para lograr lo que considera que es lo mejor.
- 27 () Procuero justificar o explicar mis errores.

- 0 = Nunca o casi nunca soy o hago así.
1 = A veces soy o hago así.
2 = Muchas veces soy o hago así.
3 = Casi siempre o siempre soy o hago así.

- 28 () Hago bromas y chistes cuando regateo o negocio.
29 () Muestro calidez y compasión.
30 () Respeto y hago respetar la ética personal o profesional.
31 () Sintetizo e integro ideas.
32 () Alivio la tensión grupal con mi alegría.
33 () Tiendo a adivinar lo que quieren o lo que quieren decir los demás.
34 () Quiero "ganarle" al otro en un debate o discusión.
35 () "Dicto cátedra" o sermoneo cuando lo considera necesario.
36 () Soy "coqueto/a" para lograr lo que quiere del otro.
37 () Elogio libremente a las personas que se lo merecen.
38 () Confronto las incongruencias o inconsistencias de otros.
39 () Uso lógica en mi razonamiento.
40 () Soy descomplicado/a y sencillo/a en mi manera de hablar.
41 () Tiendo a decir "Si" aun cuando quisiera decir "No".
42 () Tengo posturas legalistas o moralistas ante los sucesos.
43 () Me fijo en detalles, aunque sean superfluos o sin importancia.
44 () Cambio rápidamente de estado anímico o de humor.
45 () Acepto la ambigüedad y la ambivalencia de otros.
46 () Pido directamente lo que quiere y necesita.
47 () Investigo todas las posibles opciones.
48 () Acepto cambios sin problemas.
49 () Evito una discusión hasta donde sea posible.
50 () Soy criticón/a o difícil de complacer.
51 () Valoro sobre todo la objetividad.
52 () Me es difícil concentrarme por mucho tiempo.
53 () Soy empático/a y comprensivo/a.
54 () Puedo decir "¡No!", sin vacilar después.
55 () Logro distinguir entre lo esencial y lo accesorio.
56 () Hablo de mis cosas en forma auténtica y sin rodeos.
57 () Procuro convencer a la persona con quien converso.
58 () Evalúo lo que me dicen según mis valores personales.
59 () Muestro poca emoción.
60 () Hablo impulsivamente.
61 () Procuro establecer una buena relación antes de tratar un tema.
62 () Doy mi opinión aun cuando sea impopular.
63 () Tiendo a analizar todo lo que me sucede.
64 () Me gusta enfrentarme con nuevos desafíos y problemas.
65 () Me dejo manipular o influenciar con sentimientos de culpa.
66 () Soy muy estricto(a) en cuestiones morales y éticas.
67 () Cuando converso con alguien, busco la causa de todo.
68 () Cambio de idea o de parecer si alguien es muy persuasivo.
69 () Reconozco y resalto el valor de la persona con quien hablo.

- 0 = Nunca o casi nunca soy o hago así.
1 = A veces soy o hago así.
2 = Muchas veces soy o hago así.
3 = Casi siempre o siempre soy o hago así.

- 70 () Apelo al sentido de justicia con los demás.
71 () Soy hábil para seguir instrucciones lógicas paso a paso.
72 () Converso con explosiones de energía.
73 () Hago favores no solicitados.
74 () Procuro motivar al otro a que haga lo que yo quiero.
75 () Confío poco en la inspiración y la intuición.
76 () Me aburro cuando se acaba la novedad de algo o de alguien.
77 () Muestro tolerancia y comprensión con otros.
78 () Cumplo lo que me comprometo a cumplir.
79 () Soy muy sistemático cuando discuto, regateo o negocio.
80 () Me proyecto hacia el futuro en las conversaciones.
81 () Me siento defraudado/a si no recibo los elogios merecidos.
82 () Uso amenazas abiertas o disfrazadas para que me cumplan.
83 () Resalto las fallas de lógica en los argumentos de los demás.
84 () Soy temperamental y cambiante.
85 () Soy sensible a los demás y a sus necesidades.
86 () Estoy dispuesto/a a regatear o negociar diferencias.
87 () Evalúo todos los pros y los contras antes de decidir algo.
88 () Mi entusiasmo anima la gente.
89 () La gente dice que tiendo a ser alcahueta.
90 () La gente dice que tiendo a ser criticón.
91 () La gente dice que tiendo a ser fanático con los detalles.
92 () La gente dice que tiendo a ser distractor.
93 () La gente dice que tiendo a ser fácilmente manipulado por otros.
94 () La gente dice que tiendo a ser arrogante.
95 () La gente dice que tiendo a ser escéptico.
96 () La gente dice que tiendo a ser cambiante.
97 () La gente dice que tiendo a ser metiche.
98 () La gente dice que tiendo a ser intolerante.
99 () La gente dice que tiendo a ser manipulador con "lógica".
100 () La gente dice que tiendo a ser temperamental.
101 () La gente dice que tiendo a ser dependiente de otros.
102 () La gente dice que tiendo a ser autoritario.
103 () La gente dice que tiendo a ser "sermoneador".
104 () La gente dice que tiendo a ser muy directo al decir las cosas.
105 () La gente dice que tiendo a ser demasiado complaciente.
106 () La gente dice que tiendo a ser muy competitivo.
107 () La gente dice que tiendo a ser muy apegado a las cifras y datos.
108 () La gente dice que tiendo a ser irreverente o irrespetuoso.
109 () La gente dice que tiendo a ser fácilmente persuadido.
110 () La gente dice que tiendo a ser legalista.
111 () La gente dice que tiendo a ser frío y calculador.
112 () La gente dice que tiendo a ser infantil.