



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**  
**SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO**  
**ESTATAL HIDALGO**  
**JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1**  
**PACHUCA, HIDALGO.**

**“HABILIDADES SOCIALES EN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL  
HGZ Y MF NO.1, PACHUCA, HIDALGO”**

NUMERO DE REGISTRO SIRELSIS: R- 2022-1201-017.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA

**EDGAR ERNESTO JUÁREZ CRUZ**

ASESOR CLÍNICO

**DULCE MARIA TREJO MUÑIZ**

ASESOR METODOLÓGICO.

**NÉSTOR MEJÍA MIRANDA**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2020-2023**

**CD. MX. 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**"HABILIDADES SOCIALES EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HGZ Y  
MF NO.1, PACHUCA, HIDALGO"**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DR. EDGAR ERNESTO JUAREZ CRUZ.**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1

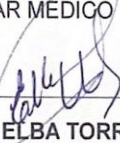
AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA**  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL



**DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES**  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



**DRA. ELBA TORRES FLORES**  
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ**  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR

**ASESORES DE TESIS:**



---

**DRA. DULCE MARIA TREJO MUÑIZ**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE URGENCIAS.**  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.1.



---

**DR. NESTOR MEJIA MIRANDA**  
**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR NO.1.

**HABILIDADES SOCIALES EN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL HGZ Y MF  
NO.1, PACHUCA, HIDALGO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**EDGAR ERNESTO JUÁREZ CRUZ  
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO.1**

**AUTORIZACIONES:**



---

**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**



---

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M**

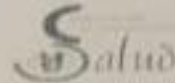


---

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Formato Único de Investigación en Salud 1993  
Elaborado por IMSS

Registro COCENSA: 27 de 12 948 831

Registro COCENSA de la COMISIÓN FEDERAL DE PROTECCIÓN CONSUMIDORES

10114 Méridico, 09 de noviembre de 2022

**Dra. DULCE MARÍA TREJO NUÑEZ**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificar, que el protocolo de investigación con título **HABILIDADES SOCIALES EN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL NGZ Y MF NO.1, PACHUCA, HIDALGO** que sometió a Consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la validez metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2022-1201-017

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en forma de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dra. CAROLINA VARGAS BARRIENTOS**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 120

IMSS

IMSS

México, D.F. 06 de febrero de 2022

## INDICE

I. <b>RESUMEN</b> .....	8
II. <b>MARCO TEÓRICO</b> .....	11
III. <b>JUSTIFICACIÓN.</b> .....	21
IV. <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	22
V. <b>OBJETIVOS</b> .....	22
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
VI. <b>HIPÓTESIS:</b> .....	24
<b>HIPOTESIS DE TRABAJO:</b> .....	24
<b>HIPÓTESIS NULA (H0):</b> .....	24
VII. <b>MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	24
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	24
CARACTERISTICAS DEL DISEÑO.....	24
UNIVERSO DE TRABAJO.....	24
SITIO DEL ESTUDIO.....	24
PERIODO DEL ESTUDIO.....	25
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	28
ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	28
VIII. <b>ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	29
X. <b>RESULTADOS.</b> .....	36
XI. <b>DISCUSIÓN.</b> .....	44
XII. <b>CONCLUSION.</b> .....	46
XIII. <b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	49
INSTRUMENTO DE RECOLECCION.....	51

## DENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### Investigador Responsable y Asesor Clínico:

**Nombre:** Dulce María Trejo Muñiz.  
**Especialidad:** Medicina de urgencias.  
**Adscripción:** HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.  
**Domicilio:** Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.  
**Teléfono de contacto:** 771 127 9504  
**Correo electrónico:** dul\_mtm@hotmail.com

### Asesor Metodológico:

**Nombre:** Néstor Mejía Miranda  
**Especialidad:** Medicina Familiar.  
**Adscripción:** HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.  
**Domicilio:** Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.  
**Teléfono de contacto:** 771 194 5683  
**Correo electrónico:** nesmiranda@yahoo.com.mx

### Tesista:

**Nombre:** Edgar Ernesto Juárez Cruz  
**Especialidad:** Residente de la especialidad en medicina familiar.  
**Adscripción:** HGZ MF No1, Pachuca, Hgo.  
**Domicilio:** Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.  
**Teléfono de contacto:** 5585332907  
**Correo electrónico:** eejuarez@hotmail.com



## I. RESUMEN

**TITULO** HABILIDADES SOCIALES EN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL HGZ Y MF NO.1, PACHUCA, HIDALGO

**ANTECEDENTES:** Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que nos han permitido interactuar y relacionarnos con los demás. Han existido desde el mismo origen de la de la raza humana y han sido parte de su evolución; es debido a ellas que se han agrupado los individuos desde pequeñas comunidades hasta a lo que ahora son grandes ciudades, y lo que hace una diferencia entre los humanos con otras especies, trayendo como consecuencia el desarrollo de la comunicación como habilidad social; volviéndose algo tan importante para el área médica ya que el medico tiene la tarea de entender patologías complejas y tener que traducirlas a un lenguaje coloquial, ya sea para explicar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de un paciente. Por lo que es de vital importancia contar con las habilidades sociales necesarias para poder transmitir esta información. En los últimos años la evidencia a nivel mundial hace mención de la necesidad de incluir en los programas académicos un apartado específico para evaluar, gestionar y educar a los médicos internos, pasantes y residentes de medicina, materias sobre cómo realizar una comunicación asertiva con el fin de lograr una relación médico paciente de calidad, para desarrollar un mejor apego a tratamiento por parte y reducir las inconformidades por parte los pacientes y de sus familiares, de misma manera ayudar reducir el estrés laboral generado por la mala comunicación entre trabajadores de la salud que cada vez es más común.

**OBJETIVO:** Determinar las habilidades sociales en los médicos residentes del el HGZ y MF No.1, Pachuca, Hidalgo.

### **MATERIAL Y METODOS:**

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal. Previa autorización del comité de Ética y de Investigación en Salud. Se aplicó a los médicos residentes que desearon participar en el estudio de todas las especialidades del HGZMF 1 Pachuca Hgo, ciclo 2022-2023 la Escala de Habilidades Sociales (EHS), la cual evaluó las habilidades sociales con enfoque en la comunicación previo consentimiento informado, se registraron sus datos y se vació la información en una hoja de recolección que incluyó las variables a estudiar. Para

el análisis univariado, se realizó estadística descriptiva. Para el análisis multivariado, se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para establecer la relación entre variables.

**RESULTADOS.** Se analizó una muestra total de 74 residentes del HGZ y MF 1 Pachuca de los cuales 46 son mujeres con 62.2% y 28 hombres que representó el 37.8%, la edad media encontrada fue de  $31.49 \pm 11.62$  años, con un rango de edad de 25-42 años, En relación con el grado académico o año de residencia de los médicos se evidencio que 40 (54.1 %) corresponden al primer año de la residencia, 22 (29.7%) al segundo año de residencia y 12 (16.2%) al tercer año. En cuanto a las especialidades se encontró predominio de medicina familiar con 41 residentes (55.4%) seguido de medicina interna con 10 residentes (13.5%) la que obtuvo la menor cantidad fue ginecología y obstetricia con 3 residentes (4.1%). Para la variable habilidades sociales se encontró que predomina en los residentes la interacción con el sexo opuesto con 21 residentes (28.4%), le siguieron defensa de los propios derechos como consumidor 15 (20.3%) y decir NO y cortar interacciones 15 (20.3%), en sentido opuesto la expresión de enfado o disconformidad fue la más baja con 11 (14.9%). De acuerdo a los resultados obtenidos se observó que no existe significancia entre el sexo y la habilidad social dado que el valor de significancia es de 0.730. Para especialidad y la habilidad social el valor de significancia es de 0.401, se analizó también: la edad y habilidad social de los residentes el valor de significancia es de 0.495, tampoco mostró asociación entre el año de especialidad y habilidad social dentro del estudio ya que su valor de significancia resulta de 0.160.

**CONCLUSIONES.** Se cumplió el objetivo principal, determinar las habilidades sociales en los médicos residentes en el periodo de tiempo previsto.

Se identificó del total analizado pertenece a mujeres residentes con el 62.2 % y 37.8 % a los hombres, en un promedio de edad del grupo fue de 31.49 años en un rango de edad desde los 25-42 años. También se observaron 2 habilidades sociales predominantes en los residentes, la primera fue interacción con el sexo opuesto en igual frecuencia encontramos el defender los derechos como consumidor y decir no y cortar interacciones, visto en diferencia con las diferentes especialidades médicas se observaron diferencias en medicina interna al ser predominante la expresión de enfado o disconformidad. Al realizar análisis estadístico y como parte de los objetivos se buscó la relación entre las habilidades sociales la edad, grado académico, especialidad sin encontrar significancia como se mostró en las

tablas de resultados, esto no significa que sea malas o buenas las habilidades sociales solo no depende estadísticamente la relación entre edad, especialidad y año académico con la predominancia de la habilidad social.

**RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:**

Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que participan en la misma. Se contó con la infraestructura del HGZ y MF No. 1, se utilizaron artículos de oficina como: hojas, plumas, lápices, laptop, impresoras.

**EXPERIENCIA DEL GRUPO:**

Se contó con asesores clínicos especialistas en Urgencias Médicas, un asesor metodológico especialista en Medicina Familiar, todos con experiencia en tema y que han participado en otros proyectos de investigación, un tesista residente en medicina familiar, con conocimiento y experiencia en el tema.

**TIEMPO A DESARROLLARSE:**

El estudio se realizó durante un periodo de 2 meses, posterior a su autorización por los Comités de Ética en Investigación y el Comité de Investigación en Salud.

## II. MARCO TEÓRICO

Las habilidades sociales, incluyendo la empatía, incluye (a través de los comportamientos sociales) una búsqueda para alcanzar los objetivos. Siendo así, se puede pensar en la relación entre las habilidades sociales y la frustración, ya que la competencia social puede evitar frustraciones y cuando ésta es inevitable, una mayor tolerancia a esas situaciones puede ser favorable. A partir de esta idea se puede pensar en la práctica médica y en este sentido, es importante reflexionar sobre las directrices curriculares del curso de Medicina. Las mismas describen la comunicación y el liderazgo como competencias y habilidades en la formación médica; estas competencias exigidas, para poder alcanzarlas, requieren de ciertas habilidades sociales.

Las habilidades sociales pueden ser entendidas, de acuerdo con Del Prette (2001) como los comportamientos sociales que están presentes en cada individuo y que facilitan las relaciones sociales. Una de las habilidades sociales más importante para el buen desarrollo de las relaciones interpersonales, es la empatía, que según Falcone et al. (2008), se refiere a la capacidad del individuo para comprender al otro, así como también compartir y validar los sentimientos del otro. Es importante destacar la importancia de la discusión de la relación médico-paciente, que cuando está centralizada en el paciente y no en el médico favorece, entre otras cosas, a la mejor adhesión al tratamiento y a una mejor respuesta al proceso terapéutico.(1)

La relación médico-paciente es pauta en la comunicación, o sea, en el habla y en la expresión corporal. La comunicación se da por el uso del lenguaje y también por la manifestación del propio cuerpo del paciente que busca auxilio. El médico a su vez se preocupa y se interroga acerca de la mejor manera de comunicarse con su paciente, de qué forma transmitirle su patología y que sea inteligible para él (Jeammet, Reynaud, & Consoli, 1982). La comunicación, puede favorecer o perjudicar tanto, la relación que se establece entre los sujetos, como el propio proceso terapéutico.

Diversos estudios han investigado la relación médico-paciente para evidenciar que, cuando el médico trata a su paciente y alcanza el objetivo que es la cura, pero además privilegia explicaciones, seguridad, intercambio y afectividad con él, desarrolla una relación de confianza y respeto que ayuda en el proceso terapéutico. En esta interacción interpersonal se pone en cuestión no sólo las habilidades sociales que procuran alcanzar los objetivos específicos, sino también, preservar y desarrollar relaciones interpersonales.(2)

Los médicos necesitan relacionarse socialmente con grupos variados de individuos, y necesitan estar preparados para manejar situaciones frustrantes derivadas de su práctica y con la ausencia de recursos necesarios para una buena atención clínica. Las habilidades sociales son importantes en la formación médica, en tanto requiere del contacto interpersonal y así, se necesitan ciertas competencias específicas como es el caso de la empatía ya antes mencionada y la tolerancia a la frustración. (3)

Las organizaciones sanitarias han experimentado en los últimos años un cambio significativo. Han pasado de ser entidades prestadoras de servicios orientados a los profesionales a seguir modelos organizativos centrados en los usuarios y preocupados por responder a las expectativas de estos.

El personal sanitario utiliza la comunicación como herramienta básica para el ejercicio de su profesión. Para Watzlawick la comunicación y la existencia son dos ideas que no pueden separarse, pues un ser requiere para su subsistencia tanto los elementos indispensables para su metabolismo como la apropiada información sobre el mundo que lo rodea. El desempeño del personal sanitario no depende solamente de su preparación científico-técnica y de sus habilidades y destrezas, puesto que de nada sirven estas si no logra establecer una cordial y provechosa comunicación con su paciente.

El entrenamiento en recursos y en habilidades sociales (asertividad, comunicación, relajación, reestructuración cognitiva, técnica de solución de problemas, etc.), redirigido a los profesionales de la salud, ayudaría a prevenir el síndrome de Bornaut. Así pues, se mitigaría el estrés al que se ve sometido el personal sanitario por carecer de este tipo de habilidades y/o recursos cuando tiene que hacer frente a presiones grupales (como la de los familiares de los pacientes), manejar situaciones interpersonales conflictivas (como responder a las demandas emocionales de los pacientes terminales) o defender sus competencias profesionales ante otros colectivos implicados en los servicios de salud.(4)

Se considera la conducta asertiva o socialmente habilidosa y/o a las habilidades sociales como términos equivalentes, y conceptualizada según Gismero como: el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera asertiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo. (5)

A la comunicación se le considera como un proceso de comprensión y de compartir el significado de algo, es el elemento básico de la interacción humana que permite a las

personas establecer, mantener y mejorar el contacto con otros, así como participar en el conocimiento de uno mismo.

Los procesos de comunicación son signo de interacciones mediadas por lo menos entre dos agentes que comparten un repertorio de signos y reglas semióticas (es la forma en la que utilizamos el lenguaje dentro de la sociedad). Según la Real Academia Española de la Lengua, la comunicación es, de manera sencilla el proceso mediante el cual una persona descubre manifiesta o hace saber algo a alguien. Comúnmente la comunicación se define como "la impartición o intercambio de ideas, opiniones o información por medio de la palabra, por escrito, o a través de signos". No hay tal cosa como la comunicación unidireccional, la comunicación se percibe más como un proceso bidireccional en el que hay un intercambio y progresión de pensamientos, sentimientos o ideas (de algún tipo de energía) hacia una meta común aceptada o dirección. La comunicación es un proceso mediante el cual la información se incluye en un paquete y se canaliza de un emisor hacia un receptor a través de algún medio. El receptor decodifica el mensaje y le da al remitente una retroalimentación. Todas las formas de comunicación requieren un emisor, un mensaje y un receptor.

Los elementos que intervienen en el proceso de comunicación son los siguientes:

- Emisor: Aquel que transmite la información (un individuo, un grupo o una máquina).
- Receptor. Aquel que, individual o colectivamente, recibe la información.
- Código. Conjunto o sistema de signos que el emisor utiliza para codificar el mensaje.
- Canal.: Elemento físico por donde el emisor transmite la información y que el receptor capta por los sentidos corporales. Se denomina canal tanto al medio natural (aire, luz) como al medio técnico empleado (impresión, telegrafía, radio, teléfono, televisión, computadora, etc.) y se perciben a través de los sentidos del receptor (oído, vista, tacto, olfato y gusto).
- Mensaje. La propia información que el emisor transmite.
- Contexto. Circunstancias temporales, espaciales y socioculturales que rodean el hecho o acto comunicativo y que permiten comprender el mensaje en su justa medida. Todos los elementos de la comunicación se relacionan entre sí, así, un emisor envía un mensaje a un receptor, a través de un canal y de los signos de un código, y de acuerdo al contexto en que se sitúa ese acto de comunicación.(6)

En las ciencias de la salud no están exentas en cuanto a los participantes una variante por agregar es la interculturalidad que según RIZO: La comunicación intercultural ha sido definida como cualquier situación comunicativa donde interactúan al menos dos personas

con matrices culturales-geográficas distintas. Otras definiciones amplían la noción de interculturalidad y consideran motivos de distinción que trascienden lo geográfico e incluyen dimensiones como la clase social, la edad, el género, la ideología y la preferencia sexual. En todo caso, la clave de la comunicación intercultural es la interacción con lo diferente, con lo que objetiva y, sobre todo, subjetivamente, se percibe como distinto.

Según Rizo debemos tomar a la cultura como el principio organizador de la experiencia humana; como un sistema abierto de significaciones que permite que cada sociedad sea considerada en su singularidad y, por último, como un conjunto de códigos (normas, estilos de vida, comportamientos, cosmovisiones, etc.) a través de los cuales los seres humanos dan forma a su experiencia o existencia cotidiana. Códigos, todos ellos, que requieren inevitablemente de procesos comunicativos. La relación entre comunicación y cultura es, por lo tanto, natural. En las definiciones sociológicas y antropológicas de la cultura (que apuntan que ésta se basa en símbolos que nos ayudan a comunicarnos; se comparte entre los diferentes seres humanos; y es aprendida o adquirida) está presente la comunicación bajo múltiples formas: en primer lugar, la existencia de símbolos que ayudan a comunicarse a los seres humanos son construcciones culturales; en segundo lugar, la cultura se transmite, y por tanto, necesita de medios para su transmisión en el espacio y en el tiempo; y en tercer lugar, el aprendizaje y la adquisición de cultura también implican formas comunicativas de mediación entre sujetos, o entre dispositivos y sujetos. En síntesis, la sociedad y la cultura deben su existencia a la comunicación, pues es en la interacción comunicativa entre las personas donde se manifiesta la cultura como principio organizador de la experiencia humana (7)

La comunicación se expresa en diferentes niveles: interpersonal o grupal (familiar, comunitario, de masas o institucional). Para que tenga significación en cualquiera de ellos, debe tenerse presente que cumpla sus 3 funciones básicas:

**Función informativa:** esto significa que, en este proceso de transmisión y recepción de información, el mensaje que se emita debe resultar novedoso, desconocido y debe tener significación para los sujetos.

**Función afectivo-valorativa:** proporciona indicadores significativos de autovaloración y favorece la función de identificación; también incluye toda la gama de emociones, sentimientos, vivencias en general, que aparecen y se desarrollan en el proceso interactivo

entre los sujetos y la necesidad del ser humano de sentirse comprendido y compartir sus emociones.

Función reguladora: expresa la influencia mutua de unos sobre otros, vinculado con el control de la conducta; además, a través de la retroalimentación de los efectos del mensaje se puede conocer su éxito o fracaso.

Todas estas funciones deben expresarse equilibradamente para evitar la llamada asimetría funcional, que aparece cuando una función predomina sobre las otras para afectar de forma general el proceso, al punto, que la comunicación no logra su propósito y el clima psicológico es inadecuado. (8)

A lo largo de la historia del hombre han surgido diversas controversias médicas asociadas a la comunicación. Para los noventa, el Consenso de Toronto concluyó que había suficiente evidencia para probar que existen problemas entre la comunicación del médico y el paciente, las cuales afectan adversamente el cuidado del enfermo.(9)

Simultáneamente es vista como una habilidad y al mismo tiempo una forma de mostrar su personalidad dentro de una relación. “Las habilidades de comunicación” se asocian con los resultados, en donde el objetivo de la interacción es alcanzar un resultado específico, y generalmente esto se ve en las interacciones cara a cara en la consulta profesional.

Otro aspecto sociocultural que se ha analizado es el género de los médicos, se encontró que: las mujeres muestran más sensibilidad ante los sentimientos de los pacientes, siendo más abiertas a los aspectos sociales y humanísticos de sus cuidados. También dan más énfasis a las conversaciones para establecer y mantener las relaciones. Los hombres favorecen más un patrón biomédico y dan más énfasis a la comunicación como un instrumento para obtener información y solucionar problemas, sin poner tanta atención a los sentimientos y emociones. Lo anterior se traduce en que la mujer pasa en promedio más tiempo con los pacientes. De igual manera es interesante ver como las pacientes expresan con mayor detalle los sucesos asociados a sus enfermedades, sean estas directamente relevantes para el padecimiento o circunstanciales. Los enfermos por su lado tienden a ser más escuetos y se requiere de mayor dirección por parte del médico para obtener información relevante.

En el campo de las ciencias de la salud, la comunicación es vista como una competencia nuclear para dilucidar los síntomas del paciente, sus problemas y preocupaciones y se sabe que facilita la promoción de la salud y el apego al tratamiento; siendo indispensable para una buena relación también entre pares desde el pregrado, posgrado y durante el ejercicio de la profesión.



Se ha identificado que las habilidades de comunicación son vitales en entornos clínicos porque la forma en que se transmiten las malas noticias podría ser un factor determinante de las respuestas a dichas noticias; así como el cumplimiento de la opción de tratamiento beneficioso.(10)

Una creciente evidencia en la literatura apoya los esfuerzos para enseñar buena comunicación, para que esta sea empática a través de una variedad de técnicas con mantenimiento de las habilidades por mucho tiempo; No obstante, existen deficiencia en la comunicación entre médicos y pacientes siendo común que médicos en formación se sientan mal preparados para involucrarse en discusiones difíciles como como dar noticias serias y hablar de morir. Aún más preocupante es la disminución de la empatía. a lo largo de la formación médica, con especial riesgo en especialidades quirúrgicas relacionadas con la naturaleza de su trabajo, técnicamente exigente y la falta de formación enfocada en la comunicación empática. Esta disminución en la empatía puede revelar despersonalización, una actitud indiferente o impersonal hacia los demás que a menudo se considera un componente del agotamiento. El agotamiento es muy frecuente en carreras médicas y la comunicación empática puede servir como factor protector (11)

Es conveniente desarrollar talleres para tratar tópicos específicos como: malas noticias, obtener un consentimiento informado, manejar pacientes difíciles, y realizar conversaciones con familiares referente a decisiones de vida o muerte de un paciente críticamente enfermo.

a. La comunicación de “malas noticias” se basa en expresar información amenazante, de tal manera que promueva la comprensión, hablar del desarrollo del cuadro y una sensación de apoyo continuo.

En este entorno, Shibli-Rahhal menciona que la integración de las primeras experiencias clínicas con la instrucción de habilidades de comunicación es de particular interés. La mayoría de los planes de estudios preclínicos debe introducir el aprendizaje de las habilidades de comunicación por separado de otras materias y, a menudo, antes de que ocurran las exposiciones clínicas, lo que lleva a la percepción por estudiantes que el aprendizaje de habilidades de comunicación es de menor prioridad. Además, cuando los estudiantes finalmente comienzan sus rotaciones clínicas, a menudo se dan cuenta de que la enseñanza idealista en el aula no siempre coincide con la práctica real, una discrepancia que puede ser difícil de reconciliar en esa etapa, la integración de El aprendizaje de las primeras experiencias clínicas con las habilidades de comunicación brinda la oportunidad

de enfatizar el papel central de la comunicación en la práctica de la medicina y permitir a los estudiantes observar y reflexionar sobre las variaciones entre el aula de enseñanza y la práctica en la vida real de estas habilidades desde el principio. Además de la cuestión de la integración curricular. Los programas enfrentan otros desafíos logísticos importantes, incluido mayores demandas de práctica y productividad en el cuerpo docente clínico, lo que a su vez disminuye el interés del profesorado y su capacidad para precepto a los primeros estudiantes en sus clínicas. Si bien los desafíos han sido previamente identificados en estas implementaciones de las experiencias clínicas y descritas en la literatura son muy pocas disponibles que proporcionen soluciones prácticas para abordarlas coincidiendo con la práctica real.(12)

Los desafíos en la enseñanza de habilidades de comunicación para los educadores que trabajan para enseñar habilidades de comunicación enfrentan una serie de desafíos. Algunos educadores y los estudiantes dan por sentadas las habilidades de comunicación. Otros ven la capacitación formal en comunicación como algo innecesario. La distracción de las ciencias biomédicas básicas para estudiantes antes de la pasantía y tan poco práctico para ocupados estudiantes de pasantía y médicos. La actitud que algunos estudiantes tienen un don natural para estas habilidades, mientras que otros no lo hacen, puede impedir el desarrollo curricular eficaz. Inconsistencias en terminología, contenido, metodología, competencias esperadas y medidas de resultado han contribuido a la confusión entre profesores y estudiantes. Una encuesta de 1998 sobre la enseñanza de habilidades de comunicación y evaluación en las facultades de medicina de América del Norte reveló un alto grado de variabilidad en cómo las habilidades sociales son definidas, enseñadas y evaluadas. Aunque considerado por tantos como el "arte" de la medicina, observaciones detalladas y análisis han construido un marco científico sólido para entender la comunicación médico-paciente, para evaluación de los resultados y efectos de la comunicación en el cuidado de la salud, así como para el desarrollo de buenas prácticas educativas. y métodos de evaluación.(13)

La Escala de Habilidades Sociales (EHS) se ha utilizado para medir las habilidades sociales del personal sanitario. Se ha escogido este instrumento por ser breve (requiere aproximadamente unos 15 min para ser cumplimentado), específico (mide aserción y/o habilidades sociales), construido, validado y tipificado con la población española y con unas adecuadas propiedades psicométricas. Además, permite identificar con precisión a los individuos con distintos déficits en diversas áreas.

Con respecto al formato de la respuesta, la persona debe seleccionar 1 de entre 4 alternativas expresadas así:

A: No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B: Mas bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

C: Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.

D: Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Los seis factores que componen la escala son los siguientes:

I: autoexpresión en las situaciones sociales. Este factor está compuesto por 8 ítems y refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales (entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc.). Obtener una alta puntuación indica facilidad para las Interacciones en tales contextos para expresar las opiniones y los sentimientos, hacer preguntas, etc.

II: defensa de los propios derechos como consumidor. Una alta puntuación en este factor compuesto por 5 ítems refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (no dejar) colarse\* a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc.).

III: expresión de enfado o disconformidad. Bajo este factor que incluye 4 ítems subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Una puntuación alta indica la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y/o desacuerdo con otras personas. Una puntuación baja indica a la dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares).

IV: decir no y cortar interacciones. Los 6 ítems de este factor reflejan la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en que queremos interrumpir la conversación o con personas con las que no se desea seguir saliendo o manteniendo la relación), así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir) no\* a otras personas y cortar las interacciones a corto o a largo plazo que no se desean mantener por más tiempo.

V: hacer peticiones. Esta dimensión está compuesta por 5 ítems y refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos, que nos haga un favor) o en situaciones de consumo (en un restaurante

no nos traen algo como lo pedimos y queremos cambiarlo o en una tienda nos dieron mal el cambio). Una puntuación alta indica que la persona que la obtiene es capaz de hacer peticiones semejantes a estas sin excesiva dificultad, mientras que una baja puntuación indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas.

VI: iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. El factor compuesto por 5 ítems se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita, etc.) y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión se trata de intercambios positivos. Una puntuación alta indica la facilidad para tales conductas, es decir, la iniciativa para comenzar interacciones con el sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta de este.

Una baja puntuación indica una dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas. (14)

En el curso de la práctica de la medicina, los médicos ven constantemente que la comunicación profesional con los pacientes es esencial. Es, por ejemplo, a través de la comunicación que se crea la base psicosocial para el futuro cumplimiento de las órdenes del médico por parte del paciente y para mejorar las creencias de control de los pacientes. Las consecuencias de una comunicación médico-paciente exitosa frente a una comunicación fallida se han documentado repetidamente; para una descripción general: Di Blasi y Kleijnen han podido mostrar un efecto curativo de las interacciones médico-paciente y verlos como un poderoso desencadenante de los procesos de autocuración. Incluso en una era de medicina altamente tecnológica, las consultas médico-paciente representan la intervención médica más utilizada. Dado que todas las recomendaciones para la educación médica profesional asumen que la comunicación entre un médico y un paciente se puede aprender, la enseñanza de la competencia comunicativa es un componente de casi todos los planes de estudios reformados.(15)

Excelentes habilidades de comunicación son esenciales en la práctica de la medicina. Se ha informado que las buenas habilidades de comunicación de los profesionales médicos reducen el estrés psicológico de los pacientes y mejoran sus habilidades de afrontamiento. El ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) en los Estados Unidos ha definido las habilidades de comunicación como competencias básicas que los profesionales médicos deben desarrollar a través de programas de capacitación y evaluaciones. En Japón, también se ha discutido la necesidad de habilidades de comunicación para los profesionales médicos. El OSCE (Examen clínico estructurado por

objetivos) se inició en Japón en 2002 para ayudar a los estudiantes de medicina a adquirir las habilidades de comunicación mínimas requeridas(16)

La formación del profesional médico en México tiene como características la preparación universitaria de cuatro años, posteriormente un año de internado médico que generalmente se cursa en el quinto año de la carrera de medicina y una vez concluido este, deberá cumplir con un año de servicio social. El servicio social es una actividad obligatoria que deben de realizar los estudiantes de la carrera de medicina en comunidades urbanas o rurales.

Uno de los principales motivos de descontento de los jóvenes médicos es que en los planes de la carrera no se incluyen las dificultades, ni se ofrecen las herramientas teóricas y metodológicas para enfrentarlas. Dado que, el inicio del servicio social implica para el médico, el desprendimiento de los espacios familiares y educativos conocidos, no cuentan con información previa del trabajo que deberán desempeñar, ni de las costumbres y creencias de las localidades en que van a desarrollarse profesionalmente; encontrándose en ocasiones en situaciones de aislamiento y vulnerabilidad, que se reflejan en una sensación de incertidumbre, descontrol y soledad que pueden llevar a fenómenos como la depresión y la inseguridad relacionada con su integridad personal . Los pasantes forman parte del médico en contacto directo con el paciente y anualmente brindan atención médica a dos de cada tres mexicanos.

Las habilidades interpersonales y de la comunicación en un médico, abarcan la capacidad de reunir información con el fin de facilitar el diagnóstico preciso, el asesoramiento apropiado, dar instrucciones terapéuticas, y establecer el cuidado y la relación con sus pacientes. Estos son el núcleo de habilidades clínicas en la práctica de la medicina, con el objetivo final de lograr el mejor resultado y satisfacción de los pacientes, que resulta esencial para la prestación eficaz de atención de la salud.

La comunicación efectiva es la piedra angular de la practica medica y comportamiento empático, lo que lleva a un fructífero relación paciente-médico. Contribuye a una terapéutica positiva efecto y mejores resultados y satisfacción del paciente, por lo tanto aumentar la calidad general de los sistemas de atención médica. La comunicación del médico está idénticamente asociada con la profesional satisfacción, logro y confianza.

Enseñar el por qué y el cómo de la comunicación clínica tiene entonces convertirse en un objetivo fundamental en la educación médica, gradualmente incluido en planes de estudio de pregrado como un medio para mejorar la capacidad de recolección información relevante, construir relaciones terapéuticas sólidas, y cuidado de pacientes de crianza. La experiencia demuestra que los estudiantes de medicina están atentos, motivados y

desarrollar ávidamente habilidades de comunicación clínica en concierto con otras habilidades médicas.

Las habilidades comunicativas orientadas a problemas son más fácil de enseñar y aprender que la empatía o el respeto, ya que estos requieren una fuerte influencia emocional y cultural innata. Aun así, la empatía puede ser enseñada y mejorada.

Para finalizar en varias partes del mundo ha surgido desde hace varios años un ejemplo de esto: en mayo de 1999, 21 líderes y representantes de las principales organizaciones profesionales y de educación médica asistieron a una conferencia por invitación patrocinada conjuntamente por el Bayer Institute for Health Care Communication y el Fetzer Institute: Los participantes se centraron en delinear un conjunto coherente de elementos esenciales en la comunicación médico-paciente. para: facilitar el desarrollo, implementación y evaluación de currículos orientados a la comunicación en la educación médica y informar el desarrollo de estándares específicos en este dominio. Dado que el grupo incluía arquitectos y representantes de cinco modelos de comunicación médico-paciente que se utilizan actualmente, los participantes acordaron que la mejor forma de lograr los objetivos sería mediante la revisión y síntesis de los modelos. Las presentaciones sobre los cinco modelos abarcaron su base de investigación, vistas generales del encuentro médico y aplicaciones actuales. Todos los asistentes participaron en la discusión de los modelos y elementos comunes. Los procedimientos escritos generados durante la conferencia se publicaron en una lista electrónica para revisión y comentarios por parte de todo el grupo. El grupo identificó siete conjuntos esenciales de tareas de comunicación: (1) construir la relación médico-paciente; (2) abrir la discusión; (3) recopilar información; (4) entender la perspectiva del paciente; (5) compartir información; (6) llegar a acuerdos sobre problemas y planes; y (7) proporcionar el cierre, para todo este proceso es innegable la necesidad de las habilidades sociales (17).

### **III. JUSTIFICACIÓN.**

Durante las últimas décadas el avance científico ha hecho que los programas en medicina se enfoquen al entendimiento de los procesos biológicos, creación de nuevos fármacos, nuevas técnicas quirúrgicas o inclusive la cirugía robótica, pero nos hemos olvidado de lo

que nos hace diferentes a otras especies y lo que ha influido en la evolución de la humanidad y es la capacidad que tienen las personas para relacionarse mediante las habilidades sociales de cada individuo y así poder organizarse y mantener una cooperación mutua.

En nuestra profesión es de vital importancia el poseer buenas habilidades sociales como por ejemplo, el saber comunicar nuestro estado de alegría, enojo, disconformidad, etc puesto que nuestro objetivo principal hacia el paciente es lograr una buena alianza terapéutica, un buen entendimiento diagnóstico, o una mejor comprensión de la fisiopatología de la enfermedad y así lograr un control adecuado del mismo, junto con aceptación de base del paciente.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La comunicación es una característica esencial de las relaciones humanas, se hace posible la transmisión de la experiencia histórico social, de ideas, pensamientos, emociones, etc; esto influye sobre el comportamiento de nuestros semejantes y el propio, además, contribuye en la formación de determinados valores, sentimientos y estados vivenciales. La comunicación está presente en todas las esferas de la actividad del ser humano, en especial en aquellas que involucran al médico o la enfermera con sus pacientes, en una relación directamente proporcional. En la práctica médica, esta relación entre los médicos y los pacientes tiene lugar en diferentes contextos que la singularizan y la hacen especial a diferencia de otras ramas de trabajo

Con el presente trabajo se pretende mostrar y expuso algunas características de las habilidades sociales como la comunicación de los médicos residentes de diversas especialidades durante su estancia hospitalaria. Por lo que ante esta situación surgió la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son las habilidades sociales en los médicos residentes del HGZ Y MF No1, Pachuca, Hidalgo?**

#### V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las habilidades sociales en los médicos residentes del el HGZ y MF No.1, Pachuca, Hidalgo.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el sexo y edad de los médicos residentes.
- Determinar la habilidad social predominante en todos los médicos residentes. (Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos, Expresión de enfado o disconformidad, Decir no y cortar interacciones, Hacer peticiones. Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto).
- Identificar las habilidades sociales de los residentes entre las diferentes especialidades.
- Identificar si existe alguna habilidad social predominante de acuerdo al sexo.
- Identificar la habilidad social predominante por año académico.
- Identificar la habilidad social predominante por edad del médico residente.



## VI. HIPÓTESIS:

### **HIPOTESIS DE TRABAJO:**

Las habilidades sociales en los médicos residentes del el HGZ y MF No.1, Pachuca, Hidalgo., que predominarán son la Expresión de enfado o disconformidad y el hacer peticiones.

### **HIPÓTESIS NULA (H0):**

Las habilidades sociales en los médicos residentes del el HGZ y MF No.1, Pachuca, Hidalgo., que no predominarán son la Expresión de enfado o disconformidad y el hacer peticiones.

## VII. MATERIAL Y MÉTODOS

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

#### **CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO**

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal.

**TRANSVERSAL:** El estudio es transversal ya que solo se realizó una sola medición.

**OBSERVACIONAL:** Ya que no se realizaron intervenciones.

**ANALITICO:** En el análisis del estudio se estableció relaciones entre las variables, de asociación o de causalidad.

#### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Médicos residentes de todas las especialidades del HGZMF 1 Pachuca Hidalgo, IMSS, ciclo 2022-2023.

#### **SITIO DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó en el HGZ/MF No. 1 de Pachuca, Hgo.

## PERIODO DEL ESTUDIO.

El presente protocolo se realizó en un periodo de dos meses posterior a su autorización.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Médicos residentes de cualquier edad y ambos sexos
- Médicos residentes de todas las especialidades del HGZ y MF no.1 Ciclo académico 2022-202.
- Que acepten participar en el estudio y que firmen consentimiento informado

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Médicos residentes cuya sede sea en HGZ Y MF NO 1 y que se encuentren en rotación parcial y/o de campo externa a la unidad.

### CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Que no cuenten con cédulas de recolección completas.
- Médicos residentes que decidan ya no participar en el estudio a pesar de haber aceptado inicialmente su participación.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
Habilidad social	Las habilidades sociales son el conjunto de estrategias de conducta y las capacidades para aplicar dichas conductas que nos ayudan a resolver una situación social de	Es la habilidad social del médico residente al momento del estudio, que incluyen las siguientes: -Autoexpresión en situaciones sociales. (ASS)	Cualitativa Nominal	-Autoexpresión en situaciones sociales. (ASS) -Defensa de los propios derechos como consumidor. (DPDC) -Expresión de enfado o

	manera efectiva, es decir, aceptable para el propio sujeto y para el contexto social en el que está.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Defensa de los propios derechos como consumidor. (DPDC)</li> <li>-Expresión de enfado o disconformidad. (EED)</li> <li>-Decir no y cortar interacciones. (DNCI)</li> <li>-Hacer peticiones. (HP)</li> <li>-Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. (IPSO)</li> </ul>		<p>disconformidad. (EED)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Decir no y cortar interacciones. (DNCI)</li> <li>-Hacer peticiones. (HP)</li> <li>-Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. (IPSO)</li> </ul>
Escala de Habilidades Sociales (EHS)	Es una prueba para adultos y consta de 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en sentido positivo.	<p>Es el puntaje obtenido por el médico residente al momento de realizar el estudio, se divide de acuerdo a lo siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Muy alto (122-133)</li> <li>-Alto (102-121)</li> <li>-Normal alto (94-101)</li> <li>-Normal (85-93)</li> <li>-Normal Bajo (78-84)</li> <li>-Bajo (59-77)</li> <li>-Muy Bajo (32-58)</li> </ul>	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Muy alto</li> <li>-Alto</li> <li>-Normal alto</li> <li>-Normal</li> <li>-Normal Bajo</li> <li>-Bajo</li> <li>-Muy Bajo</li> </ul>

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
Edad	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento	Es la edad en años del médico residente en estudio.	Cuantitativa Discreta	<p>1.21 a 25 años</p> <p>2.26 a 30 años</p> <p>3.31 a 35 años</p> <p>4.36 a 40 años</p>

	hasta el momento actual.			5.41a 45 años
Sexo	Características biológicas que diferencian al ser humano en hombre y mujer.	Es el sexo de cada médico residente en el estudio.	Cualitativa  Nominal	1.Hombre  2. Mujer
Especialidad Médica	Son los estudios cursados por un graduado en medicina en su período de posgrado, y que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica.	Es la especialidad Médica que está realizando el médico residente en formación al momento del estudio.	Cualitativa Nominal	1.Medicina familiar 2.Medicina Interna 3.Cirugía 4.Ginecología 5.Anestesiología 6.Urgencias
Año Académico	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios	Es el año académico de acuerdo al tiempo que lleva realizando la especialidad el médico residente.	Cualitativa ordinal	1.Primer año 2.Segundo año 3.Tercer año

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Después de ser autorizado el presente protocolo por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación en Salud, se les comentó e invitó a todos los médicos residentes de todas las especialidades con sede HGZ MF No. 1 Pachuca, Hidalgo, IMSS ciclo 2022-2023 a participar de manera voluntaria en este protocolo. Se les informó sobre el mismo, con lo cual podrán elegir si participan o no en este estudio, los que desearon participar, firmaron el consentimiento informado. Se les informó que no existirá ninguna repercusión académica o de alguna otra índole en caso de que no desearan participar y también se les explicó a los que, si desearon participar, que no tendrían algún beneficio académico o de cualquier otra índole, con lo cual se buscó evitar que los posibles participantes se sientan comprometidos.

Y como estrategia y para evitar coacción en los participantes al ser un grupo vulnerable, ya que son considerados como grupo subordinado al ser estudiantes, el Investigador principal se abstuvo de solicitar la carta de consentimiento informado, ésta se obtuvo por otros participantes en la investigación.

Se mantuvo la total confidencialidad de los datos, al no incluir ninguna información que los identifique, así como salvaguardar la seguridad de los mismos.

Se otorgó la encuesta EHS (Escala de Habilidades Sociales) la cual es auto aplicable, y consta de 33 preguntas, posteriormente, se recolectó la información de las variables estipuladas y se vació en la hoja de recolección de datos desde los cuestionarios aplicados. Se capturó la información en una base de datos creada en Microsoft Excel, información que fue procesada y con apoyo del SPSS versión 21.

## **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Se generó una base de datos en el software Microsoft Excel para la captura de datos, posteriormente la información fue exportada y analizada con el paquete estadístico SPSS Statics 23 para su análisis estadístico. Se obtuvo frecuencias absolutas y relativas, proporciones y razones para variables cualitativas, para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y varianza). Para el análisis multivariado, se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para establecer la relación entre variables

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

No se requirió cálculo de muestra, debido a que incluyo a la totalidad de los residentes del HGZMF No. 1 de Pachuca, Hidalgo.

## VIII. ASPECTOS ÉTICOS

### **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud**

Los procedimientos de esta investigación se apegan al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, siendo la última enmienda en Brasil 2013.

#### **Consentimiento informado**

Con base en el Art. 20 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Con base en el Art. 21 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, refiere que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

III. Las molestias o los riesgos esperados; IV.

Los beneficios que puedan observarse;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

Con base en el Art. 22 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Por lo que este protocolo de investigación requiere uso de consentimiento informado.

### **De la Investigación en Grupos Subordinados**

ARTÍCULO 57.- Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o Centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTICULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso:

II.- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III.- Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

#### **PRIVACIDAD.**

Con base en el Art 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, toda investigación en seres humanos protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

#### **Clasificación de riesgo de la investigación:**

Con base en el Art. 17 Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo, todo estudio que emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes psicológicos de diagnósticos rutinarios se considera con riesgo mínimo.

Por lo cual la presente investigación y de acuerdo a lo estipulado en el Art. 17 Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo es considerada:

#### **INVESTIGACION CON RIESGO MÍNIMO**



## **Declaración de Helsinki**

Los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos están normados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su última actualización Brasil 2013. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha desarrollado la Declaración de Helsinki como una declaración de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación sobre material y datos humanos identificables. Dicho documento ha sido considerado como uno de los más importantes en materia de protección y ética de la investigación en seres humanos, por lo que esta investigación se adhiere a dichos principios, mencionando a continuación aquellos que se asocian a este estudio.

4.- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

7.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10.- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las norma

y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

12.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13.- Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14.- El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

21.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22.- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

## **ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN**

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, será ordenada, clasificada y archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de cinco años una vez capturada en una base de datos.

## **AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL**

Con base en el Artículo 102 del Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el Titular de la institución de salud, con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación tendrá la facultad de decidir si autoriza la ejecución de la investigación propuesta, por lo que mediante un oficio emitido por los comités de la institución se obtendrá la autorización correspondiente para proceder a la recolección de la información.

## **DECLARACIÓN POR ESCRITO DE NO COACCIÓN.**

Al ser considerado un grupo vulnerable, ya que se considera un grupo subordinado al ser estudiantes, se les explicó ampliamente acerca de la investigación, con lo cual pudieron los Médicos Residentes elegir de forma voluntaria y sin que exista coacción si participan o no en este estudio.

Los que, si deseen participar, se procederá a la firma del consentimiento informado.

Se les informará que no existirá ninguna repercusión o represalia ya sea académica o de alguna otra índole en caso de que no deseen participar, no repercutirá en sus actividades académicas, ni en sus evaluaciones programadas en el curso.

También se les explicará a los que, si deseen participar, que no tendrán algún beneficio académico o de cualquier otra índole, con lo cual se buscará evitar que los posibles participantes se sientan presionados o comprometidos. Y que, si lo desean, se pueden retirar del proyecto en el momento que lo dispongan sin tener que explicar sus motivos y sin que se les genere ninguna sanción por su decisión.

Cabe hacer mención que como estrategia y para evitar coacción, el Investigador principal se abstendrá de solicitar la carta de consentimiento informado, éste se obtendrá por otros integrantes de la investigación.

Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos producto de su participación, al no solicitar ninguna información que los identifique en la hoja de recolección y otorgando un número de folio que ocultará su identidad, así como salvaguardar la seguridad de los datos durante un periodo de 5 años por el investigador principal.

## **IX. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **Recursos humanos.**

Médico residente de medicina familiar, asesores metodológico y clínico con experiencia en el tema, así como personal administrativo que laboran en el HGZ/MF No 1 de Pachuca, Hgo.

### **Recursos materiales**

Materiales de oficina, tecnología de cómputo, hojas de recolección de datos, impresora.

### **Recursos financieros**

Los gastos generados durante la investigación fueron costeados con recursos propios de los investigadores.

### **Factibilidad**

Se conto con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación.

## X. RESULTADOS.

Se analizó una muestra total de 74 residentes en los que se evaluaron sus habilidades sociales del HGZ/MF No. 1 Pachuca, de los cuales 46 son mujeres con 62.2% y 28 hombres que representa el 37.8%, la edad media encontrada fue de  $31.49 \pm 11.62$  años, con un rango de edad de 25-42 años, (Tabla 1).

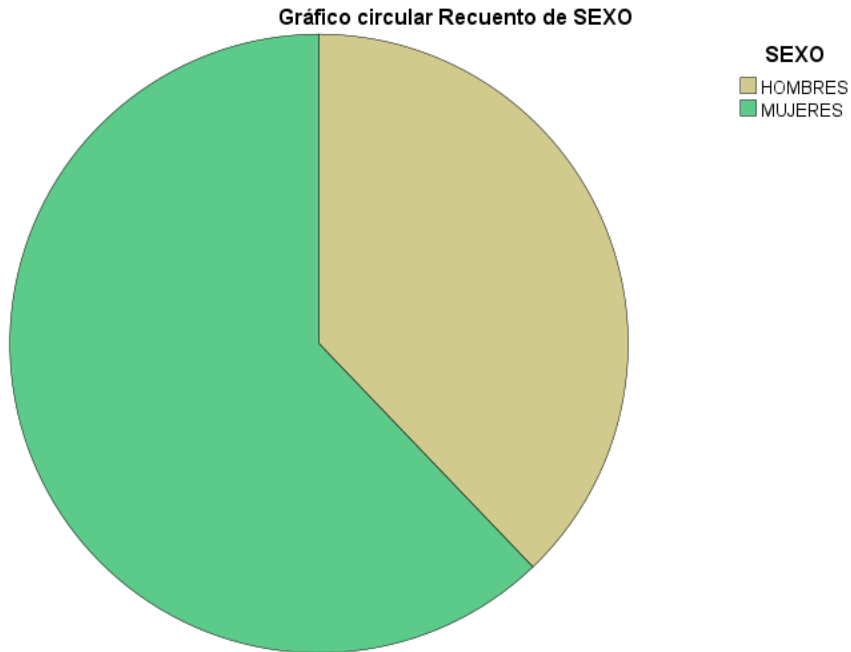


Ilustración 1. Clasificación por sexo de médicos residentes Habilidades Sociales HGZ/MF No. 1 Pachuca.

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

**Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la variante edad de médicos residentes Habilidades Sociales en el HGZ/MF No.1 Pachuca durante noviembre 2022**

EDAD		
N	Válido	74
	Perdidos	0
Media		31,49
Mediana		31,00
Moda		30
Desv. Estándar		3,409
Varianza		11,623

Tabla 1.

En relación con el grado académico o año de residencia de los médicos se evidencio que 40 (54.1 %) corresponden al primer año de la residencia, 22 (29.7%) al segundo año de residencia y 12 (16.2%) al tercer año.

Año de residencia.

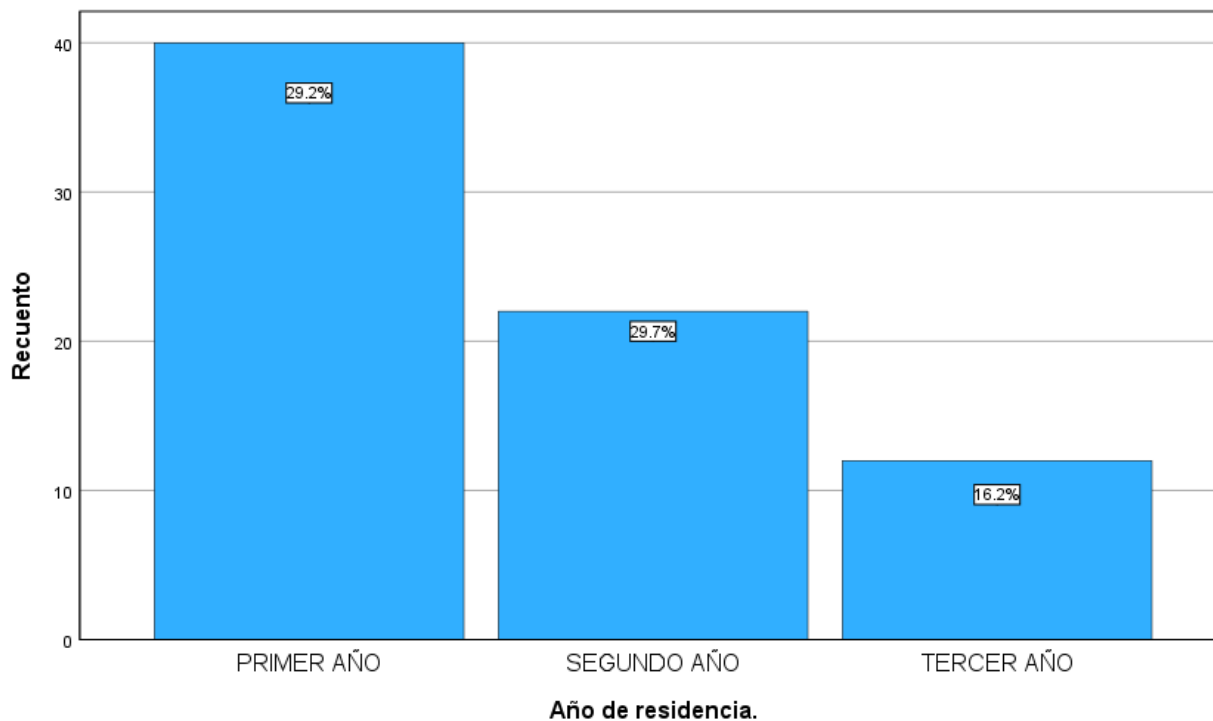


Ilustración 2; Año de residencia Habilidades sociales HGZ/MF No. 1 Pachuca.  
Fuente: instrumento de recolección de datos.

**Tabla 2. Año de residencia.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primer Año	40	54,1	54,1	54,1
	Segundo Año	22	29,7	29,7	83,8
	Tercer Año	12	16,2	16,2	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Tabla 2.

En cuanto a las especialidades se encontró que predomina medicina familiar con 41 residentes (55.4%) le sigue medicina interna con 10 residentes (13.5%) la que obtuvo la menor cantidad fue ginecología y obstetricia con 3 residentes (4.1%).

**Tabla 3. Especialidad de los residentes.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MEDICINA FAMILIAR	41	55,4	55,4	55,4
	MEDICINA INTERNA	10	13,5	13,5	68,9
	CIRUGIA	5	6,8	6,8	75,7
	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	3	4,1	4,1	79,7
	ANESTECIOLOGIA	7	9,5	9,5	89,2
	URGENCIAS MEDICAS	8	10,8	10,8	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Tabla 3. Especialidad de los residentes del HGZ/MF 1 Pachuca.

Fuente: instrumento de recolección de datos.

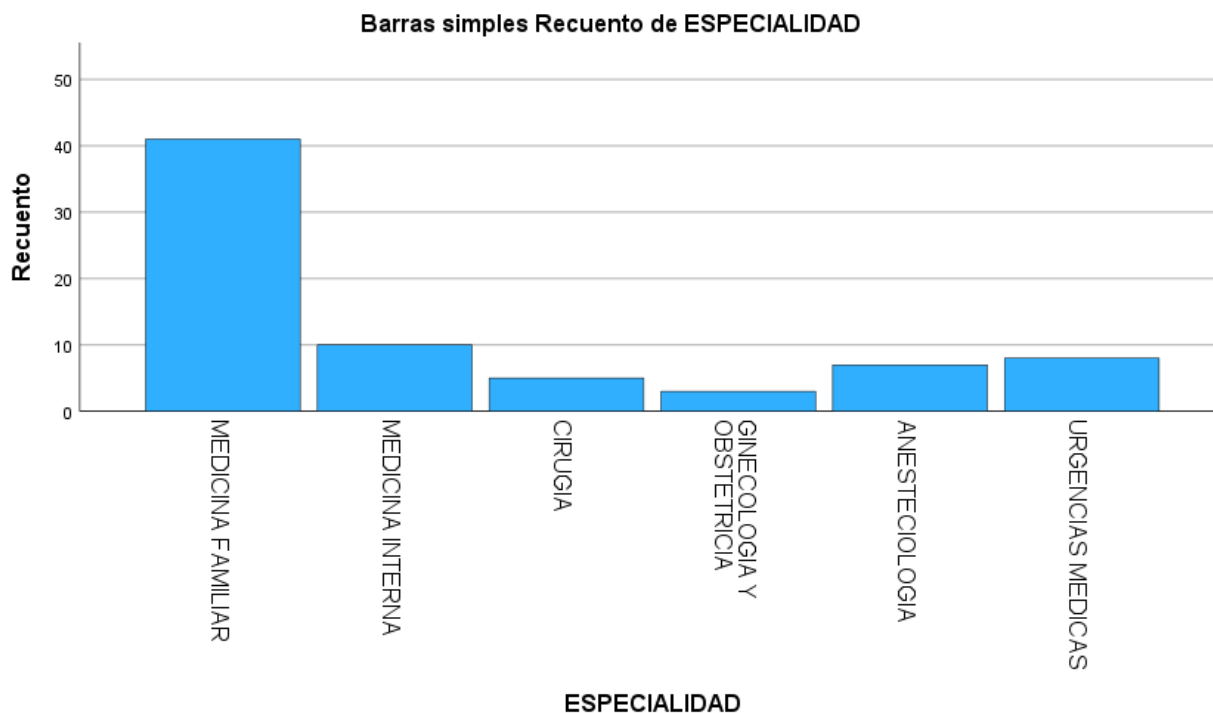


Ilustración 3, grafica especialidad de los residentes HGZ/MF 1 Pachuca.

En las habilidades sociales se obtuvo que predomina en los residentes la interacción con el sexo opuesto con 21 residentes (28.4%), le siguieron defensa de los propios derechos como consumidor 15 (20.3%) y decir NO y cortar interacciones 15 (20.3%), en sentido opuesto la expresión de enfado o disconformidad fue la más baja con 11 (14.9%).

**Tabla 4 Habilidad Social de los residentes del HGZ/MF 1 Pachuca.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DPDC	15	20,3	20,3	20,3
	EED	11	14,9	14,9	35,1
	DNCI	15	20,3	20,3	55,4
	HP	12	16,2	16,2	71,6
	IPSO	21	28,4	28,4	100,0
	Total	74	100,0	100,0	

Tabla 4. Habilidad social de los residentes del HGZ/MF 1 Pachuca.

Fuente. Instrumento de recolección de datos.

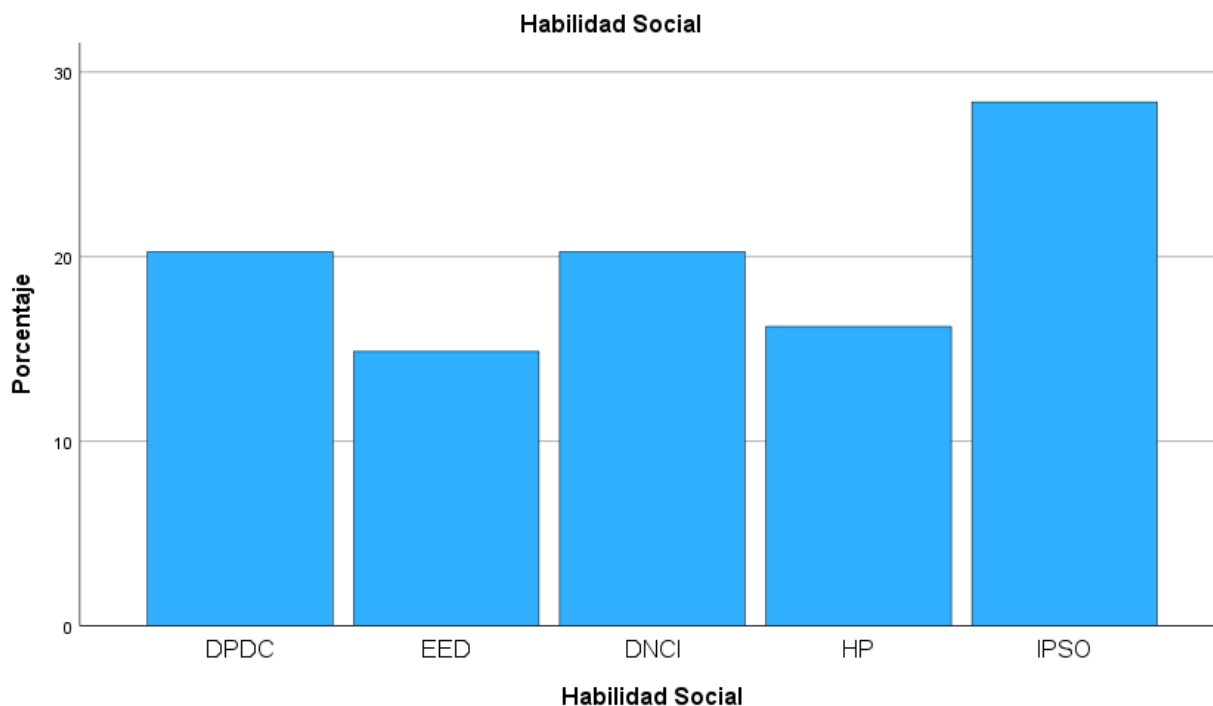


Ilustración 4: habilidad social en los residentes del HGZ/MF 1 Pachuca.



De acuerdo con los resultados obtenidos se observa que no existe asociación significativa entre el sexo y la habilidad social. Dado que el valor de significancia es de 0.730. (Tabla 5). Acorde a la ilustración 5, predomino en las mujeres 3 habilidades sociales: iniciar interacciones con el sexo opuesto, decir no y cortar interacciones.

Tabla 5. Pruebas analíticas para determinar relación entre el sexo y habilidad social.

**Pruebas de chi-cuadrado sexo - habilidad social**

	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,033 <sup>a</sup>	4	,730
Razón de verosimilitud	2,048	4	,727
Asociación lineal por lineal	,094	1	,759
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. <sup>b</sup>
N de casos válidos	74		

a. 2 casillas (20,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

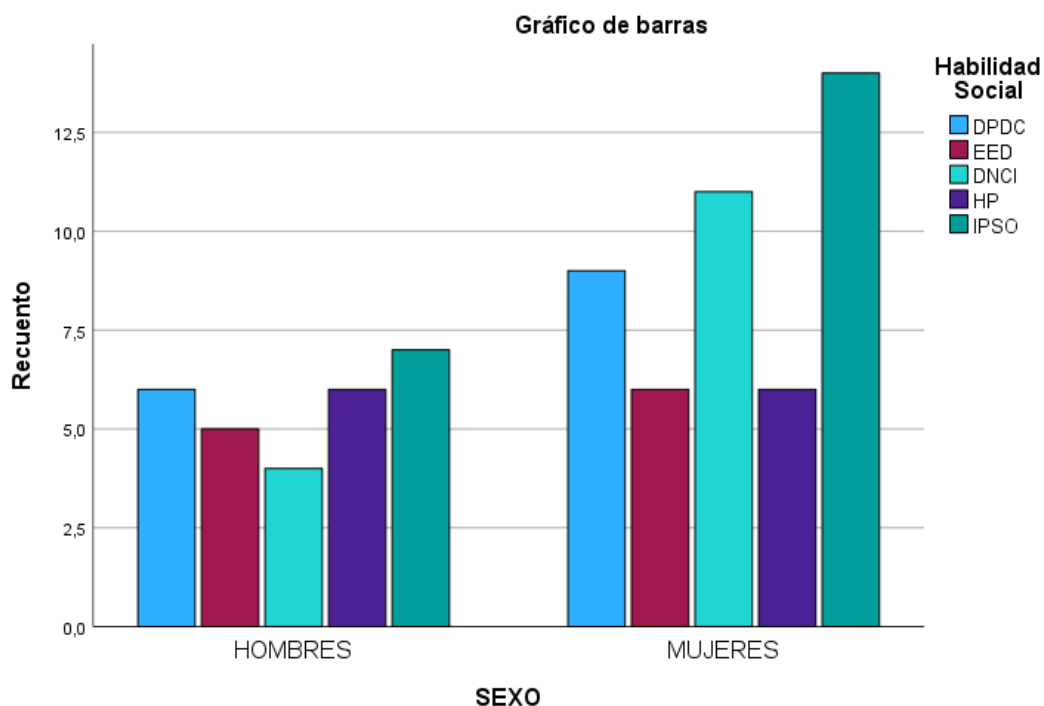


Ilustración 5. Relación entre sexo y habilidad social de los residentes en el HGZ/MF 1 Pachuca.

También observamos en los resultados obtenidos se observa que no existe asociación significativa entre la edad y habilidad social de los residentes. Dado que el valor de significancia es de 0.495. (Tabla 6).

Tabla 6. Pruebas analíticas para determinar relación entre la edad y habilidad social.

**Pruebas de chi-cuadrado edad – Habilidad social.**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,463 <sup>a</sup>	60	,495
Razón de verosimilitud	62,142	60	,400
Asociación lineal por lineal	3,370	1	,066
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. <sup>b</sup>
N de casos válidos	74		

a. 80 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

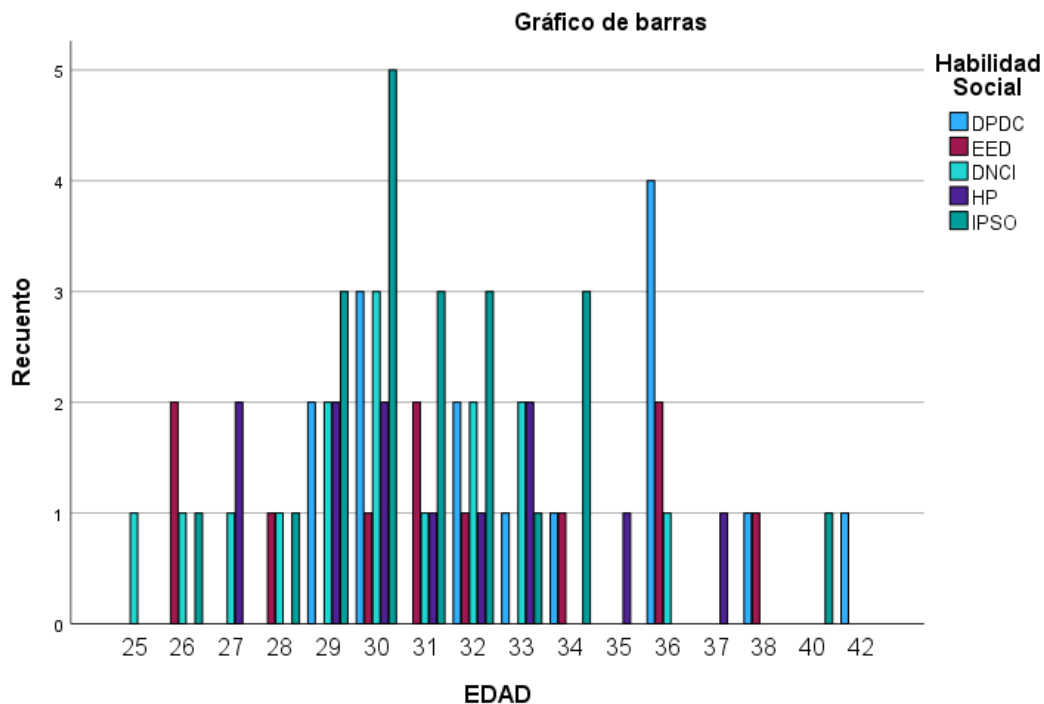


Ilustración 6: Pruebas de chi-cuadrado edad – Habilidad social.

En los resultados obtenidos se puede observar que no existe asociación significativa entre la especialidad y la habilidad social. Denotando que el valor de significancia es de 0.401 (tabla 7). Como se muestra en la ilustración 7 hubo diferencias entre especialidad, medicina familiar predomino la interacción positiva con el sexo opuesto mientras que para los de medicina interna predomino la expresión de enfado o disconformidad.

Tabla 7. Pruebas analíticas para determinar relación entre la especialidad y habilidad social.

**Pruebas de chi-cuadrado Especialidad – Habilidad social**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,927 <sup>a</sup>	20	,401
Razón de verosimilitud	23,481	20	,266
Asociación lineal por lineal	1,654	1	,198
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. <sup>b</sup>
N de casos válidos	74		

a. 25 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,45.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

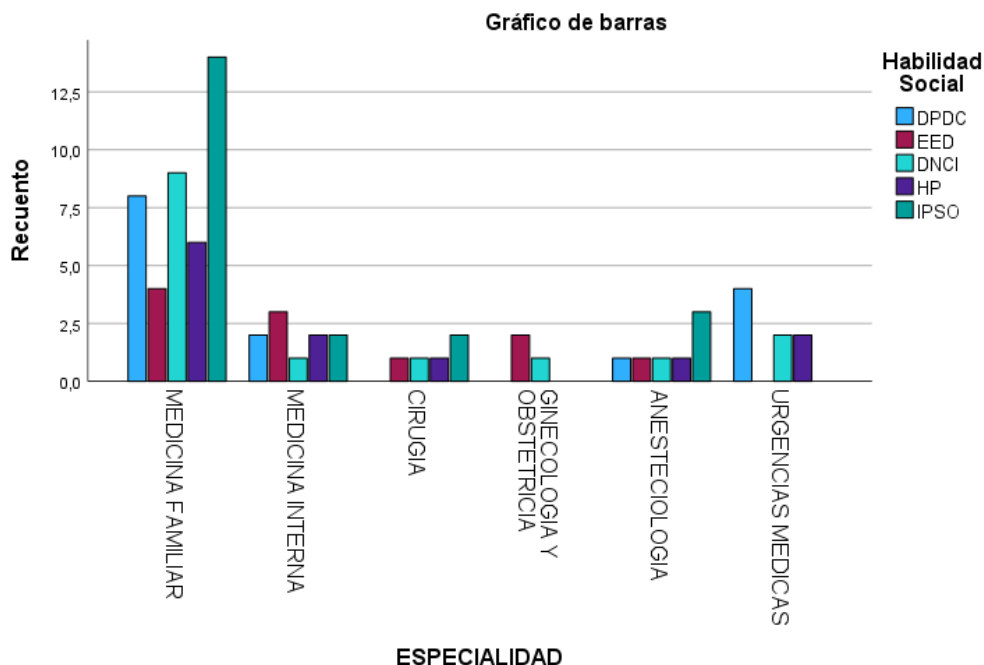


Ilustración 7. Grafico relación entre especialidad y habilidad social de los residentes del HGZ/MF 1 Pachuca.

Continuando con el estudio se muestra que no existe una asociación significativa entre el año de especialidad y habilidad social dentro del estudio ya que su valor de significancia resulta de 0.160 (tabla 8).

Tabla 8. Pruebas analíticas para determinar relación entre año de especialidad y habilidad social.

**Pruebas de chi-cuadrado Año de especialidad – Habilidad social.**

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,803 <sup>a</sup>	8	,160
Razón de verosimilitud	11,438	8	,178
Asociación lineal por lineal	,396	1	,529
Prueba de McNemar-Bowker	.	.	. <sup>b</sup>
N de casos válidos	74		

a. 9 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,78.

b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

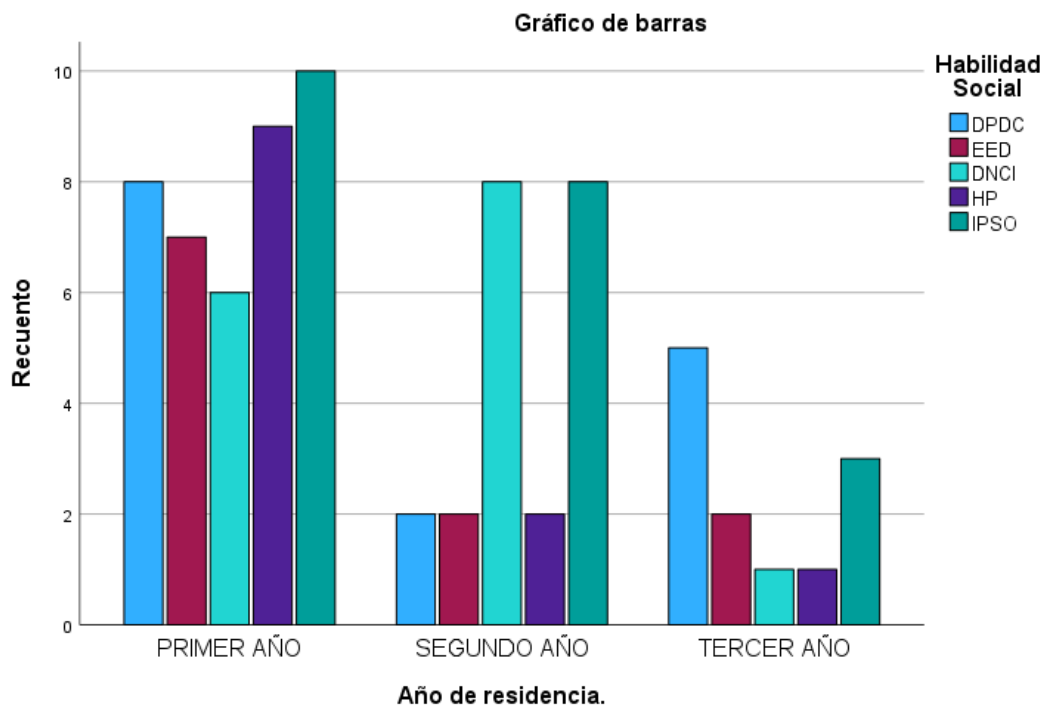


Ilustración 8, año de especialidad relación habilidad social.

## XI. DISCUSIÓN.

Según Gismero podemos tomar como habilidades sociales al conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera asertiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo. (5)

Se analizó una muestra total de 74 residentes del HGZ y MF 1 Pachuca de los cuales 46 son mujeres con 62.2% y 28 hombres que representa el 37.8%, la edad media encontrada fue de  $31.49 \pm 11.62$  años, con un rango de edad de 25-42 años, En relación con el grado académico o año de residencia de los médicos se evidencio que 40 (54.1 %) corresponden al primer año de la residencia, 22 (29.7%) al segundo año de residencia y 12 (16.2%) al tercer año. En cuanto a las especialidades se encontró que predomina medicina familiar con 41 residentes (55.4%) le sigue medicina interna con 10 residentes (13.5%) la que obtuvo la menor cantidad fue ginecología y obstetricia con 3 residentes (4.1%). Para la variable habilidades sociales se obtuvo que predomina en los residentes la interacción con el sexo opuesto con 21 residentes (28.4%), le siguieron defensa de los propios derechos como consumidor 15 (20.3%) y decir NO y cortar interacciones 15 (20.3%), en sentido opuesto la expresión de enfado o disconformidad fue la más baja con 11 (14.9%).

De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que no existe significancia entre el sexo y la habilidad social dado que el valor de significancia es de 0.730. Para especialidad y la habilidad social el valor de significancia es de 0.401, se analizó también: la edad y habilidad social de los residentes el valor de significancia es de 0.495, tampoco mostro significancia entre el año de especialidad y habilidad social dentro del estudio ya que su valor de significancia resulta de 0.160 En otro estudio realizado por Ruiz Moral se analizó el aspecto sociocultural que influye es el género de los médicos, se encontró que: las mujeres muestran más sensibilidad ante los sentimientos de los pacientes, siendo más abiertas a los aspectos sociales y humanísticos de sus cuidados. También dan más énfasis a las conversaciones para establecer y mantener las relaciones. (10), en esta investigación se encontró que la mayoría de los residentes son mujeres y de ellas se encontró que cuentan con habilidades sociales normales altas.

El ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) en los Estados Unidos ha definido las habilidades de comunicación como competencias básicas que los profesionales médicos deben desarrollar a través de programas de capacitación y evaluaciones, en este estudio se concluyó que existen excelentes habilidades de comunicación que facilitaran la práctica de la medicina en los residentes. Se ha informado que las buenas habilidades de

comunicación de los profesionales médicos reducen el estrés psicológico de los pacientes y mejoran sus habilidades de afrontamiento (16)

Las habilidades sociales mostradas por los residentes no representan ser mejores unas que en otras o la falta de las mismas, lo cual demuestra se tiene lo necesario para desarrollar una buena comunicación como se ha visto en varias investigaciones en centros de enseñanza medica ya que la comunicación es parte fundamental de la practica medica.

## XII. CONCLUSION.

Con base en los resultados obtenidos en el estudio habilidades sociales en los residentes del HGZ y MF 1 Pachuca en el periodo noviembre 2022-enero 2023.

Concluyo lo siguiente; se cumplió el objetivo principal el cual era determinar las habilidades sociales en los médicos residentes en el periodo de tiempo previsto.

Se identificó del total analizado pertenece a mujeres residentes con el 62.2 % y 37.8 % a los hombre, promedio de edad del grupo fue de 31.49 años en un rango de edad desde los 25-42 años.

Se observaron 2 habilidades sociales predominantes en los residentes la primera es la interacción con el sexo opuesto en igual frecuencia encontramos el defender los derechos como consumidor y decir no y cortar interacciones, visto en diferencia con las diferentes especialidades médicas se observaron diferencias en medicina interna al ser predominante la expresión de enfado o disconformidad.

En cuanto al año de la especialidad la mayoría fueron especialistas del primer año con el 54.1%, esto tal vez porque las únicas especialidades que se contemplan 3 años es medicina familiar y urgencias médicas las cuales algunos residentes cumplen con rotaciones externas, las únicas especialidades que completan año académico son cirugía general, ginecología y obstetricia y medicina interna.

Al realizar análisis estadístico y como parte de los objetivos se buscó la relación entre las habilidades sociales la edad, grado académico, especialidad sin encontrar significancia como se mostró en las tablas de resultados, esto no significa que sea malas o buenas la habilidades sociales solo no depende estadísticamente la relación entre edad, especialidad y año académico con la predominancia de la habilidad social. En la literatura revisada se ha encontrado que impera la necesidad en las facultades y hospitales donde existen estudiantes de medicina en enfocar programas para enseñar la manera correcta de comunicarse con los pacientes pues es igual de necesario conocer la fisiopatología de la enfermedades como la manera de educar a los pacientes, estudiantes de menor jerarquía o residentes en formación.

No se acepta la hipótesis de trabajo puesto que la habilidad social predominante fue la interacción con el sexo opuesto esto indica la facilidad para tales conductas, es decir, la iniciativa para comenzar interacciones con el sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta de este la siguiente habilidad más destacada y por lo que se rechazó la hipótesis fue defender los derechos como consumidor esto refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo.

Dentro de los problemas encontrados fue que solo 2 especialidades cuentan con un periodo de 3 años en la sede para realizarse, puede ser que esto haya sido un factor para la predominancia de cierta habilidad social, los resultados no los podemos catalogar como buenos o malos solo la habilidad social más alta, al igual al realizar actividades o rotaciones de campo residentes de 3° año quedaron fuera del estudio.

Los resultados podrán servir para investigaciones posteriores en temas más complejos como medir la interacción en la relación médico paciente, este estudio sirve como primer paso para saber que existe habilidades sociales en los médicos residentes, para el área de enseñanza reforzar en temas de expresión, verbal, oral y escrita a los residentes de las diferentes especialidades ya que como se ha encontrado en otros estudios forma parte esencial del quehacer medico la interacción y socialización humana y según el estudio de Makoul en donde de identificaron siete conjuntos esenciales de tareas de comunicación: construir la relación médico-paciente; abrir la discusión; recopilar información; entender la perspectiva del paciente; compartir información; llegar a acuerdos sobre problemas y planes; y proporcionar el cierre, para todo este proceso es innegable la necesidad de las habilidades sociales (17) las cuales se encuentran en los residentes del HGZ y MF # 1 Pachuca.




CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO CONCEPTO		2021					2022			2023	
		MARZO-ABRIL	MAYO-JUNIO	JULIO-AGOST	SEPTIE M-	NOVIE-DIC	ENE-FEB	MARZO-ABRIL	MAYO-NOVIE	DICIEM BRE 22-	FEBRE RO-
ELECCIÓN TEMA INVESTIGACIÓN.	P										
	R										
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.	P										
	R										
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.	P										
	R										
INGRESO A SIRELCIS	P										
	R										
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	P										
	R										
CAPTURA EN BASE DE DATOS.	P										
	R										
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	P										
	R										
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	P										
	R										
CONCLUSIONES.	P										
	R										
PRESENTACIÓN DE TESIS	P										
	R										

P= proyectado 

R= realizado 

Sujeto a modificaciones 

### XIII. BIBLIOGRAFIA

1. Valory T, Mello S, Soares AB. HABILIDADES SOCIALES Y FRUSTRACIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA SOCIAL SKILLS AND FRUSTRATION IN MEDICAL COLLEGE STUDENTS HABILIDADES SOCIAIS E FRUSTRAÇÃO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE MEDICINA.
2. Lockwood BJ, Gustin J, Verbeck N, Rossfeld K, Norton K, Barrett T, et al. Training to Promote Empathic Communication in Graduate Medical Education: A Shared Learning Intervention in Internal Medicine and General Surgery. *Palliat Med Rep*. 2022 Mar 1;3(1):26–35.
3. Lamiani G, Mistraletti G, Moreschi C, Andrichi E, Vegni E. Cultivating Empathy and Soft Skills Among Intensive Care Residents: Effects of a Mandatory, Simulation-Based, Experiential Training. *Ann Transplant*. 2021 Aug 13;26:e931147.
4. Leal Costa C, Luján Cebrián I, Gascón García J, Ferrer Villalonga L, Van-der Hofstadt Román CJ. Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enferm Intensiva*. 2010 Oct;21(4):136–41.
5. Lamiani G, Mistraletti G, Moreschi C, Andrichi E, Vegni E. Cultivating Empathy and Soft Skills Among Intensive Care Residents: Effects of a Mandatory, Simulation-Based, Experiential Training. *Ann Transplant*. 2021 Aug 13;26:e931147.
6. General O. PROCESOS DE COMUNICACIÓN HUMANA.
7. Ríos Hernández I, Juan S, Rico Resumen P. HEALTH COMMUNICATION: CONCEPTS AND THEORETICAL MODELS. *PERSPECTIVAS DE LA COMUNICACIÓN*. 2011;4(1):123–40.
8. Haq C, Steele DJ, Marchand L, Seibert C, Brody D. Integrating the Art and Science of Medical Practice: Innovations in Teaching Medical Communication Skills. Vol. 36.
9. Scielo M. () [Internet]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-2125200...](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-2125200...)
10. Ruiz Moral R, Caballero Martínez F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Teaching and learning clinical communication skills in Francisco de Vitoria medical school (Madrid). Vol. 18, *Educacion Medica*. Fundacion Educacion Medica; 2017. p. 289–97.
11. María I, -Micu P. La enseñanza de la comunicación en medicina [Internet]. Vol. 1, *Inv Ed Med*. 2012. Available from: [www.elsevier.com.mx](http://www.elsevier.com.mx)
12. al Odhayani A, Ratnapalan S, Bs MB, Faap MF. Teaching Moment | Occasion d'enseignement Teaching communication skills [Internet]. Vol. 57, *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*. Available from: [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca)
13. Exenberger S, Kumnig M. Communicative and social competence in the medical curriculum of the Medical University of Innsbruck: learning objectives, content, and teaching methods Abstract Aim: The Austrian Competence Level Catalogue for Medical Skills clearly states the importance of teaching communicative and social compet.
14. KMJ46-1p053-059.
15. Ortiz-Acosta R, Beltrán-Jiménez BE. Habilidades clínicas, inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos pasantes de servicio social. *Investigación en Educación Médica*. 2017 Feb;

16. Taveira-Gomes I, Mota-Cardoso R, Figueiredo-Braga M. Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships. *Porto Biomed J.* 2016 Nov;1(5):173–80.
17. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* [Internet]. 2001 [citado el 29 de agosto de 2022];76(4):390–3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11299158/>

# INSTRUMENTO DE RECOLECCION



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1



## INSTRUMENTO DE RECOLECCION HABILIDADES SOCIALES EN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL HGZ Y MF NO.1, PACHUCA, HIDALGO

### INSTRUCCIONES:

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si se le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible.

Para responder utilice las siguientes claves:

A = No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

C = me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así.

D = Muy de acuerdo, me sentía así o actuaría así en la mayoría de los casos.

Encierre con un Círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

No. Registro: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer tonto ante los demás								
2	Me cuesta llamar por teléfono a tiendas, oficinas, etc. Para preguntar por alguna inquietud.								
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo o cambiarlo.								
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.								
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo, me cuesta trabajo decirle que "NO DESEO COMPRAR".								
6	Cuando presto algo, a veces me resulta difícil pedir que me lo devuelvan.								
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al mesero y pido que me la hagan de nuevo.								
8	A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.								
9	Muchas veces cuando quiero hacer un halago no sé qué decir.								
10	Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo.								
11	A veces evito las reuniones sociales, por miedo a hacer el ridículo o decir alguna tontería.								
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.								
13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.								
14	Cuando tengo mucha prisa y me llama un amigo(a) por teléfono, me cuesta mucho terminar la llamada.								
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.								
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal el vuelto, regreso a pedir el vuelto correcto.								
17	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.								
18	Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco para iniciar conversación con ella.								
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.								
20	Si tuviera que buscar trabajo, prefiero escribir y enviar cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.								
21	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.								
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.								
23	Nunca se cómo "cortar" a un amigo que habla mucho.								
24	Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.								
25	Si un amigo al que le preste cierta cantidad de dinero, parece haberlo olvidado, le hago recordar la deuda.								
26	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.								
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.							....	
28	Me siento confundido o agresivo cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.								
29	Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo.								
30	Cuando alguien se "cuela o mete" en la fila que me encuentro, hago como si no me diera cuenta y dejo pasar lo sucedido.								
31	Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo, aunque tenga motivos justificados.								
32	Para evitar problemas con otras personas, muchas veces prefiero "callarme o quitarme de en medio".								
33	Hay veces que no se negarme con alguien que no me gusta pero que me ha llamado varias veces.								
<b>TOTAL</b>									

Los ítems redactados de manera positiva se puntúan como sigue: A=1, B=2, C=3 y D=4; si la redacción del elemento es inversa se puntúan: A=4, B=3, C=2 y D=1. Por tanto, una mayor puntuación global indica que la persona tiene más habilidades sociales y más capacidad de aserción en distintos contextos. Los seis factores que componen la escala son los siguientes: \_

I: autoexpresión en las situaciones sociales. Este factor está compuesto por 8 ítems y refleja la capacidad de expresarse uno mismo de forma espontánea y sin ansiedad en distintos tipos de situaciones sociales (entrevistas laborales, tiendas y lugares oficiales, en grupos y reuniones sociales, etc.). Obtener una alta puntuación indica facilidad para las interacciones en tales contextos para expresar las opiniones y los sentimientos, hacer preguntas, etc.

II: defensa de los propios derechos como consumidor. Una alta puntuación en este factor compuesto por 5 ítems refleja la expresión de conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo (no dejar colarse\* a alguien en una fila o en una tienda, pedir a alguien que habla en el cine que se calle, pedir descuentos, devolver un objeto defectuoso, etc.).

III: expresión de enfado o disconformidad. Bajo este factor que incluye 4 ítems subyace la idea de evitar conflictos o confrontaciones con otras personas. Una puntuación alta indica la capacidad de expresar enfado o sentimientos negativos justificados y/o desacuerdo con otras personas. Una puntuación baja indicaría la dificultad para expresar discrepancias y el preferir callarse lo que a uno le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás (aunque se trate de amigos o familiares).

IV: decir no y cortar interacciones. Los 6 ítems de este factor reflejan la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener (tanto con un vendedor como con amigos que quieren seguir charlando en un momento en que queremos interrumpir la conversación o con personas con las que no se desea seguir saliendo o manteniendo la relación), así como el negarse a prestar algo cuando nos disgusta hacerlo. Se trata de un aspecto de la aserción en que lo crucial es poder decir = no\* a otras personas y cortar las interacciones a corto o a largo plazo que no se desean mantener por más tiempo.

V: hacer peticiones. Esta dimensión está compuesta por 5 ítems y refleja la expresión de peticiones a otras personas de algo que deseamos, sea un amigo (que nos devuelva algo que le prestamos, que nos haga un favor) o en situaciones de consumo (en un restaurante no nos traen algo como lo pedimos y queremos cambiarlo o en una tienda nos dieron mal el cambio). Una puntuación alta indicaría que la persona que la obtiene es capaz de hacer peticiones semejantes a estas sin excesiva dificultad, mientras que una baja puntuación indicaría la dificultad para expresar peticiones de lo que queremos a otras personas.

VI: iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. El factor compuesto por 5 ítems se define por la habilidad para iniciar interacciones con el sexo opuesto (una conversación, pedir una cita, etc.) y de poder hacer espontáneamente un cumplido, un halago, hablar con alguien que te resulta atractivo. En esta ocasión se trata de intercambios positivos. Una puntuación alta indica la facilidad para tales conductas, es decir, la iniciativa para comenzar interacciones con el sexo opuesto y para expresar espontáneamente lo que nos gusta de este. Una baja puntuación indicaría una dificultad para llevar a cabo espontáneamente y sin ansiedad tales conductas.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: HABILIDADES SOCIALES EN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL HGZ Y MF NO.1, PACHUCA, HIDALGO

Patrocinador externo (si aplica): **NO APLICA**

Lugar y fecha: Justificación y	<b>HGZ Y MF No. 1 PACHUCA, HIDALGO</b>
Objetivo del estudio:	Determinar las habilidades sociales de los médicos residentes, ya que son imprescindibles en su actuar diario, por tanto se invita a participar en este estudio.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le hará un cuestionario sobre las habilidades sociales con las que cuenta el cuestionario tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.
Posibles riesgos y molestias:	Alguna respuesta puede generarle o no, cierto grado de incomodidad. Solo se indagará las habilidades sociales en usted.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La participación en este estudio no generará un beneficio directo a usted, pero será de gran utilidad para tener un mejor conocimiento y comprensión de las habilidades sociales existentes en usted.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede tener acceso a los resultados finales de su evaluación y de los globales de forma anónima.
Participación o retiro:	Su participación es voluntaria, tiene la libertad de participar o retirarse del estudio en el momento que lo desee, aun habiendo otorgado su consentimiento de participar, sin necesidad de expresar las razones de su decisión y sin que ello afecte en su formación médica.
Privacidad y confidencialidad:	Tenga la seguridad de que no se identificarán sus datos personales y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, asegurando que, si los resultados del estudio se publican, su identidad en la investigación se mantendrá de forma anónima, con resguardo de los instrumentos y consentimientos por el investigador responsable.
Beneficios al término del estudio:	Saber las habilidades sociales de los residentes para posterior poder basar un metodo de enzeñanza dirigido a mejorar las habilidades sociales de los residentes.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Edgar Ernesto Juárez Cruz mat. 98132449, tel. 5585332907.
Colaboradores:	Dulce Trejo González. Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo. Teléfono de contacto: 771 127 950. Néstor Mejía Miranda, Adscripción: HGZ MF No1, Pachuca, Hgo. Teléfono de contacto: 771 194 5683
<b>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hgo CP 42088 Teléfono: 771 3 78 33 ó comunicarse al correo: <a href="mailto:comite.etica.investigacion12018@gmail.com">comite.etica.investigacion12018@gmail.com</a></b>	

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del participante</p>	<p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>
<p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>

