

11226
69

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO DE SALUD T-III
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
MÉXICO D. F.

***LA ENTREVISTA CLÍNICA FAMILIAR PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.***

-Propuesta metodológica-

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO

MÉXICO D. F.

2003

TEJAS CON
FALLA DE ORIGEN

4



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.

**LA ENTREVISTA CLÍNICA FAMILIAR PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.**

-Propuesta metodológica-

**CENTRO DE SALUD T-III "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL.**

PRESENTA:

DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO.

AUTORIZACIONES

**DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
C. S. DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL**



Autorizo a la Dirección General de Bio.
UNAM a difundir en formato electrónico el
contenido de mi trabajo de

NOMBRE: Gloria Mara Pimentel Redondo.

FECHA: 22 Mayo 2003

FMA: [Handwritten Signature]

FALLA DE ORIGEN

ASESOR

DR. JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ LÓPEZ.
MÉDICO FAMILIAR. SSDF.
PROFESOR ASIGNATURA "A"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA UNAM
ASESOR DE TESIS

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

**LA ENTREVISTA CLÍNICA FAMILIAR PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIA.**

-Propuesta metodológica-

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

PRESENTA:

DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

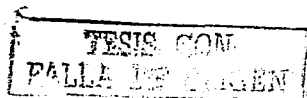
**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ÁNGEL GRACIA RAMÍREZ
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

1.Introducción.	1
2.La entrevista clínica familiar.	2
2.1.Definiciones.	2
2.1.1.Entrevista.	2
2.1.2.Entrevista clínica (E.C.).	3
2.1.3.Entrevista clínica familiar (E.C.F.).	5
2.2.La entrevista clínica y la historia clínica.	6
2.3.Propósito de la entrevista clínica.	6
2.4.Las características generales de la entrevista clínica.	8
2.4.1.La comunicación.	8
2.4.1.1.La comunicación verbal.	10
2.4.1.2.La comunicación paraverbal.	11
2.4.1.3.La comunicación no verbal.	11
2.4.2.Proceso de la comunicación.	12
2.4.2.1.Axiomas de la comunicación.	13
2.4.2.2.Niveles de la comunicación.	14
2.4.2.3.Metacomunicación.	15



2.4.3.La relación médico-paciente.	15
2.4.3.1.Relación médico-paciente-familia.	17
2.4.4.Duración de la entrevista clínica.	19
2.4.4.1.Fases de la entrevista.	20
2.4.5.El ambiente físico de la entrevista clínica.	22
2.4.6.Etapas de la entrevista clínica.	23
2.5.Modelos de la entrevista clínica familiar.	30
2.5.1.Modelos terapéuticos.	32
2.5.2.Modelos familiares.	35
2.6.Tipos de entrevista clínica.	36
2.6.1.Entrevista estructurada.	38
2.6.1.1.Entrevista estructurada sistémica	38
2.6.1.2.Entrevista estructural experimental.	38
2.6.2.Entrevista semiestructurada.	39
2.6.3.Entrevista abierta o no estructurada.	39
2.6.3.1.Entrevista no estructurada y dirigida.	40
2.6.3.2.Entrevista estructurada y no dirigida.	40
3.Reflexiones sobre la entrevista clínica.	40.
4.Modelo de capacitación y evaluación en la entrevista clínica familiar (propuesta).	44
4.1.Propósito.	44
4.2.Características generales.	45

TESIS CON
NOMBRE DE ORIGEN

4.3.Evaluación de la entrevista clínica familiar.	46
4.3.1.Habilidades en la entrevista clínica familiar.	46
4.3.2.Habilidades en la relación médico-paciente-familia.	49
4.3.3.Habilidades en la realización de familiograma.	49
4.4.Estructura del modelo.	50
5.Bibliografía.	54
6.Anexos.	
6.1.Habilidades en la entrevista clínica familiar.	58
6.2.Habilidades en la relación médico-paciente-familia.	60
6.3.Habilidades en la realización de familiograma.	61
6.4.Evaluación global de la entrevista clínica familiar.	62

TESIS CON
DE ORIGEN

**Con cariño a mi hija Pamela y mi madre
por su paciencia y apoyo incondicional.**

A toda mi familia. GRACIAS

**TESIS CON
DE ORIGEN**

VIII

AGRADECIMIENTO

A mis profesores y asesores de tesis por su tiempo, paciencia y tolerancia:

DR. E. RAÚL PONCE ROSAS.

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBÁÑEZ.

**TESIS CON
MAYOR DE ORIGEN**

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Uno de los aspectos más importantes en la actividad profesional del Médico Familiar es la práctica clínica, en la cual se requiere de un entrenamiento para desarrollar habilidades de comunicación que permitan a este profesional establecer una adecuada y armónica relación médico-paciente; en la actualidad se auxilia de la entrevista clínica, la cual proporciona el contexto en el que se realiza la historia clínica, donde el objetivo de esta es conocer los signos y síntomas que aquejan a los pacientes que acuden a consulta pasando por alto aspectos conductuales y sociales que se dan en el entorno cotidiano de los pacientes y sus familias.

En todas las especialidades o áreas médicas existe un objetivo de estudio; en medicina familiar el objetivo es la familia y se basa en tres fundamentos ó ejes principales: estudio de la familia, atención médica continua y la realización de acciones anticipadas, atendiendo individuos sin importar sexo o edad y a sus familias,¹ dando un valor significativo a la anamnesis clínica, así como relevancia a los aspectos conductuales y psicosociales que se dan en el marco de la familia y su medioambiente. Es aquí en donde la entrevista clínica tiene gran importancia para que el médico familiar establezca una relación médico-paciente adecuada y útil para el control y seguimiento de la salud de la población que atiende.

Convertirse en un entrevistador eficaz requiere de habilidades y destrezas así como de motivación y práctica continua, esto se desarrolla a lo largo de la vida profesional; sin embargo muchas veces estos aspectos se pasan por alto en la formación académica universitaria en el área médica, así como en la formación de médicos especialistas.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

Estos aspectos se facilitan con el entrenamiento en la práctica clínica trabajando con pacientes simulados, videos, pacientes auténticos, etc. en la que se motive la búsqueda de aspectos de la vida del paciente, como el estado de ánimo, la respuesta a factores de estrés, sus valores, las relaciones interpersonales así como aspectos psicosociales y familiares; además deben existir asesores clínicos, que supervisen y evalúen estas actividades académicas. Así también, debe existir tutorización efectiva entre los responsables de los estudiantes de medicina en el pregrado y de los residentes en el posgrado (especialización).

OBJETIVO. Proponer un modelo de aplicación y evaluación de la entrevista clínica familiar para el médico en formación de la especialidad de medicina familiar.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Ensayo documental descriptivo.

LUGAR DE REALIZACIÓN: Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana, Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, México D. F.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión bibliográfica actualizada de 47 referencias bibliográficas retrospectiva de 1979 al 2001, identificando los aspectos más importantes de la entrevista clínica.

RESULTADOS: Se desarrolló una propuesta metodológica para la entrevista médico familiar para la formación de especialistas en el área. Se hace una profunda y extensa revisión bibliográfica de la entrevista clínica y los aspectos de mayor importancia que se desarrollan con ella. Encontrando que no existe un modelo de evaluación y capacitación de la entrevista clínica familia sencillo y ordenado que permita al medico especialista realizar el trabajo con familias. Se encontró que algunos autores toman técnicas de la terapia de

TRABAJOS CON
FALLA DE ORIGEN

familia tratando de adaptarlas al estudio de familia perdiendo de vista aspectos básico del estudio de familia así como de la orientación que proporciona el médico familiar.

CONCLUSIONES: Una de las tareas más importantes como médico familiar es la atención a la familia donde la base principal es el establecimiento de una adecuada relación médico paciente y donde la familia toma un papel crucial en el desarrollo del plan de estrategias para la resolución de problemas. Realizar un trabajo con familias no es tarea fácil requiere del conocimiento, de habilidades y destrezas específicas tales como la comunicación, el proceso de comunicación, la relación médico/paciente/familia, la duración de la entrevista, el ambiente físico, los tipos de entrevista, y los aspectos estructurales y socio dinámicos de familia, que permitan desarrollar un trabajo integral y profesionalizado.

PALABRAS CLAVES: ENTREVISTA CLÍNICA FAMILIAR, MEDICINA FAMILIAR, PROPUESTA METODOLÓGICA, MODELO DE ENTREVISTA CLÍNICA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

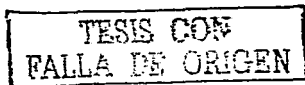
SUMMARY

INTRODUCTION: One of the most important topic in the Familiar Doctors professional activities is the clinic practice, this subject requires especial training to development communications skills, that allows this person to stablish a suitable and armonic relationship doctor-patient; nowaday the clinic interview helps to reach this goal, this kind of interview give us the context to do the clinic history, where the objective is to know the signs and symptoms suffering by the patient in the consultation, leaving out behaviour and social aspects from the daily enviroment of the patient and his family.

All specialities or medical areas have a study objective, familiar medicine works with family and is based on three sound principles: family studies, continuous medical care and one step ahead actions, attending people without concern sex, age or families, giving significant value to clinic anamnesis, as well as behaviour and psychosocial aspects presents in the family and the enviroment. Hence where the clinic interview have great importance for familiar doctor and the relationship between doctor and patient, allowing a suitable and useful healt control of the attended population.

To became an efficient interviewer requires skills, motivation and continuous practical, this skills are development along the professional life; however this issues many times are missed out in medicine academical training and in the specialist doctors education.

This topics are easiest with training in clinical practice working on simulated patients, videos, real patients, etc., in such a way that we can motivate the search of relevant points from the patients life, like state of mind, the answer to stress factors, his values, the interpersonal relationships, such as psychosocial and familiars aspects, besides there must be clinical advisors to evaluate and check this academical activities. Thus should be tutelary



action between the person in charge of the pre-degree medicine students and the post-degree residents (specialization)

OBJECTIVE: It is to propose a model of application and evaluation of the familiar clinical interview for the doctor in formation of the familiar medicine specialty.

DESIGN OF THE STUDY: Documentary descriptive essay

MATERIAL AND METHODS: In order to prepare this paper were reviewed 47 updated bibliographical references identifying the most important items from the clinical interview.

RESULTS: It's have been developed a methodological proposal for the familiar medical interview dedicated to the theme specialist and a profound and extensive clinical interview review and its most relevant aspects used in it.

CONCLUSIONS: One of the most importants works as familiar doctors is the keen on family, where the principal objective is to stablish an suitable relationship doctor-patient and where the family plays and important roll in the strategic plan to solve the problem. Work with families is not an easy labour, this requires knowledge, skills and specific cleverness such as comunication, relationship doctor/patient/family, interview length, physical enviroment, kind of interview and the family structure topics and social dynamic, to allow development an integral and professional work.

WORDS KEYS: CLINICAL INTERVIEW FAMILIAR, FAMILIAR MEDICINE, METHODOLOGICAL PROPOSAL, MODEL OF INTERVIEW CLINICAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. INTRODUCCIÓN.

Uno de los aspectos más importantes en la actividad profesional del Médico Familiar es la práctica clínica, en la cual se requiere de un entrenamiento para desarrollar habilidades de comunicación que permitan a este profesional establecer una adecuada y armónica relación médico-paciente; en la actualidad se auxilia de la entrevista clínica, la cual proporciona el contexto en el que se realiza la historia clínica, donde el objetivo de esta es conocer los signos y síntomas que aquejan a los pacientes que acuden a consulta pasando por alto aspectos conductuales y sociales que se dan en el entorno cotidiano de los pacientes y sus familias.

En todas las especialidades o áreas médicas existe un objetivo de estudio; en medicina familiar el objetivo es la familia y se basa en tres fundamentos ó ejes principales: estudio de la familia, atención medica continua y la realización de acciones anticipadas, atendiendo individuos sin importar sexo o edad y a sus familias,¹ dando un valor significativo a la anamnesis clínica, así como relevancia a los aspectos conductuales y psicosociales que se dan en el marco de la familia y su medioambiente. Es aquí en donde la entrevista clínica tiene gran importancia para que el médico familiar establezca una relación médico-paciente adecuada y útil para el control y seguimiento de la salud de la población que atiende.

Convertirse en un entrevistador eficaz requiere de habilidades y destrezas así como de motivación y práctica continua, esto se desarrolla a lo largo de la vida profesional; sin embargo muchas veces estos aspectos se pasan por alto en la formación académica universitaria en el área médica, así como en la formación de médicos especialistas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estos aspectos se facilitan con el entrenamiento en la práctica clínica trabajando con pacientes simulados, videos, pacientes auténticos, etc. en la que se motive la búsqueda de aspectos de la vida del paciente, como el estado de ánimo, la respuesta a factores de estrés, sus valores, las relaciones interpersonales así como aspectos psicosociales y familiares; además deben existir asesores clínicos, que supervisen y evalúen estas actividades académicas. Así también, debe existir tutorización efectiva entre los responsables de los estudiantes de medicina en el pregrado y de los residentes en el posgrado (especialización).

El propósito de este ensayo es proponer un modelo de aplicación y evaluación de la entrevista clínica familiar para el médico en formación de la especialidad de medicina familiar. Para el logro de este objetivo se hizo una investigación documental que sustenta esta propuesta.

2. La entrevista clínica familiar.

2.1. Definiciones.

2.1.1. Entrevista

De acuerdo con la Real Academia Española entrevista se define: "como el encuentro concertado entre varias personas para tratar un asunto".²

También se define como un instrumento de evaluación parecido a un cuestionario que reúne auto informe. Los investigadores recopilan los auto informes directamente del sujeto,

cara a cara con este. La entrevista es la técnica evaluatoria más empleada para la exploración de sujetos con problemas psicológicos, con ó sin orientación psicodinámica.³

2.1.2. Entrevista clínica.

En el contexto clínico toma el nombre de entrevista clínica (EC), la cual se define como la comunicación que se da entre un paciente y el médico, iniciada con un determinado propósito y enfocada a una determinada área temática.⁴ La entrevista detectora de problemas es un interrogatorio que se centra en la obtención de datos con el fin de identificar aquellos que el paciente necesita resolver. La entrevista clínica, se define también como la entrevista sistematizada con un paciente cuyo objetivo es obtener información que pueda ser utilizada para desarrollar un programa asistencial individualizado.⁴ Esta última definición será adoptada como fundamental para el desarrollo de los siguientes apartados de este ensayo.

La EC es el proceso por el que una persona, habitualmente un médico, intenta conocer a otra, es mucho más que realizar preguntas y recibir respuestas; pero el que la entrevista consiga su fin dependerá de las preguntas formuladas, del modo en que se hagan y de la forma en que se reciban las respuestas. La entrevista pretende conocer aspectos de las diferentes áreas de la vida cotidiana y del mundo interior de los individuos.⁵

La EC tiene aspectos y características comunes y universales, una buena EC es aquella que se plantea con cuidado, se ejecuta deliberada y hábilmente y se orienta por completo hacia una meta.⁶ En la actualidad la EC se ha convertido en una herramienta útil de uso diario

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muy importante para muchos profesionales de la salud en las que se mantiene una relación de persona a persona; se pueden mencionar algunos campos administrativos, políticos y sociales, sin pasar por alto la relación asistencial que se da en el campo de la salud.⁶ Sin embargo como en cualquier otra actividad, en ocasiones las personas consideran a la entrevista como algo fácil o creen que no requieren de habilidades especiales.⁶

En las áreas profesionales donde se considera al ser humano en su totalidad y en su medio ambiente se pone en práctica la EC ⁷ este procedimiento de comunicación es el más común en la práctica médica y consiste en tomar datos de la anamnesis, principalmente para establecer una alianza afectiva entre el médico y el paciente, orientada al intercambio ordenado de toda la información de interés clínico.⁸

Una forma de realizar entrevistas clínicas en las diferentes especialidades médicas como pediatría, ginecología, urología, psiquiatría, etc. consiste en recoger datos de la anamnesis que revelen y revisen signos y síntomas de la enfermedad actual, la naturaleza y la evolución de las enfermedades pasadas, los antecedentes familiares y la revisión de los distintos sistemas,⁸ básicamente la realización de la historia clínica que proporcione el contexto y trasfondo del paciente y su problema⁶ pasando por alto aspectos conductuales y sociales que se presentan en el entorno cotidiano de los pacientes y sus familias.

Para establecer una alianza entre el médico y el paciente es necesario realizar una entrevista clínica, tomando datos de la anamnesis útiles en la obtención de información de interés clínico, dentro de una comunicación clara, sencilla y de respeto mutuo.

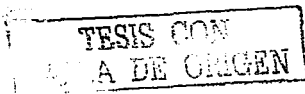
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1.3. Entrevista clínica familiar (ECF)

En muchas áreas o especialidades médicas existe un objetivo de estudio, en la medicina familiar es fundamental dar atención médica de calidad, dar continuidad a la atención, realizar una acción anticipada en todos los paciente y sus familias así como el estudio de la familia; cuando el médico familiar proporciona atención médica al individuo o miembros de una familia, es importante resaltar el valor significativo de la anamnesis clínica resaltando aspectos conductuales y psicosociales que se da en el marco de la familia y medioambiente de cada uno de los pacientes. Sin embargo y como mencionan algunos autores ^{1,5,6,8,10-12,14,16,26,27} existen pocos métodos ordenados para realizar esta labor que permita establecer una adecuada relación médico-paciente.

En las fuentes bibliográficas consultadas no se encontró una definición como tal de "*Entrevista Clínica Familiar*" la mayoría de los autores aplican la definición de entrevista clínica en general tomando en cuenta algunos aspectos de importancia para el estudio del paciente y sus familias. Este concepto o idea también es fundamental para proponer la definición de ECF:

La Entrevista Clínica Familiar es la metodología que permite establecer una relación médico-paciente-familia orientada a recoger ordenadamente información del paciente, medioambiente y su familia, así como aspectos conductuales y psicosociales que permitan entender el entorno biopsicosocial en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo, tomando como parte fundamental el estudio de la familia de una forma estructural y dinámica.



Esta propuesta será la base que tendrá el presente trabajo como directriz de las siguientes secciones.

2.2.La entrevista clínica familiar y la historia clínica médica.

Es importante realizar consideraciones acerca de algunos términos utilizados, se puede señalar que la historia clínica médica se define como parte de la historia clínica que se realiza a un paciente por los médicos,⁴ ésta es la descripción escrita o transcrita de las distintas enfermedades o lesiones que han requerido asistencia médica, vacunaciones, alergias, tratamientos y con frecuencia información sobre padres, hermanos, ocupación, etc. La historia es revisada por el médico para establecer el diagnóstico de cada trastorno que aparezca.⁴ Este registro médico es parte de una buena ECF siguiendo una serie de preguntas específicas, con el fin de tener una serie de datos con los que se pueda hacer un plan diagnóstico, terapéutico, asistencial y de seguimiento del paciente.⁴

2.3.Propósito de la Entrevista clínica.

En la EC el objetivo es conocer el mundo interior de otra persona,⁵ este proceso de comunicación se diseña para lograr un propósito seleccionado a nivel consciente, donde el entrevistador tiene la responsabilidad de mantener el rumbo de la entrevista y dirigirla a una meta, de una manera formal, diferente a lo que se observa en una conversación común.⁶ Para el área de salud, en el ámbito clínico, la entrevista se realiza de una forma dirigida

TESIS CON
FALLA DE URGEN

para conocer signos y síntomas que aquejen a los pacientes como ya se mencionó previamente.

El propósito de la ECF queda muy claro para algunos autores^{1,5,6,8,10-12,14,16,26,27,29,32} y la mayoría están de acuerdo que realizar una entrevista clínica individual y/o familiar requiere de tiempo y habilidades, así como de fijar, definir y establecer prioridades en cuanto al problema que aqueja al paciente.^{8,12} Alarid, menciona que la exploración de la familia no es tarea fácil, que no se trata de realizar un registro de las preguntas y respuestas mecánicamente.⁹

Pocos autores están de acuerdo que el valor de la información obtenida dependerá en gran parte del interés del médico y de las habilidades para formular preguntas que sean comprendidas sin sugerir respuestas. Es importante atender de una forma simultánea todo lo que dice el paciente de una forma verbal y no verbal como lo es la expresión facial, posturas, movimientos, silencios, así como aspectos emocionales. Así también, el comportamiento que, junto con los anteriores, produzcan datos de lo que ocurre a nivel biológico y psicológico de los pacientes, y al mismo tiempo investigar e interpretar lo que ocurre en el ambiente sociocultural y familiar a fin de integrar todos los procesos que forman parte de la vida del paciente y que juegan un papel muy importante en su atención médica.¹⁰

Se puede concluir que el objetivo de la Entrevista Clínica Familiar es establecer un plan de manejo compartido de la problemática de salud particular de cada persona en el cual el médico de familia y el paciente participen conjuntamente en las acciones que se deban

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN

seguir a nivel individual y familiar para resolver o controlar sus problemas de salud estableciendo una relación empática entre ambos.

El párrafo anterior se suma a la propuesta de definición de ECF y que también le dará fundamento a los conceptos e ideas que siguen.

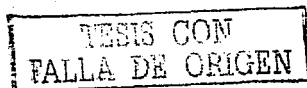
2.4. Las características generales de la entrevista clínica.

La EC requiere de aspectos universales, es decir, se aplican los mismos principios a cualquier clase de entrevista, médica o no médica,⁵ como los de interacción social que se hallan sujetas a las reglas sociales; por ejemplo el saludo, el tiempo de encuentro, la calidez, el ambiente, la comunicación y la relación que se establece entre el médico y el paciente.¹⁴

2.4.1. La comunicación.

La comunicación es un acto fundamental en la vida cotidiana de los seres humanos, es un aspecto dinámico en el que se expresan ideas, sentimientos, opiniones y se da una interpretación individual de los momentos de la vida. Esta se puede expresar con palabras gestos, y acciones.

La entrevista representa un proceso de comunicación,⁵ esto se da con el propósito principal de intercambiar información; es por esto que en toda interacción social la comunicación



posee características fundamentales como lo es el mensaje o contenido y el modo de intercambiar el contenido o proceso de la relación.⁸ En la estructura mas simple de la comunicación es importante mencionar los siguientes elementos:¹⁰

- Emisor: persona con un objetivo de comunicación.
- Mensaje: es lo que se quiere decir.
- Encodificador: es el componente encargado de tomar ideas de la fuente para traducirlas en un código.
- Canal: es el medio o conducto de mensajes.
- Receptor: es la persona al otro extremo del canal.
- Decodificador: componente que descifra el mensaje.
- Retroalimentación: por ser un proceso de interacción entre individuos, la comunicación da lugar a que el receptor modifique su conducta, pero a su vez, este cambio ocasiona que el emisor también modifique la suya por medio de la retroalimentación.
- Contexto: es el conjunto de experiencias y significados por medio del cual los signos adquieren un sentido determinado.
- Ruido: son los factores que distorsionan la calidad de la señal.

La noción de contenido define al sentido literal de las palabras intercambiables entre las partes de la comunicación (mensaje) verbal; con el proceso se hace referencia a los aspectos de relación o comunicación no verbal, este tipo de expresión transmite el estado cognitivo, emocional, social o global del emisor respecto a lo que esta diciendo e indica al receptor como debe interpretar el contenido.^{5,6,8,11,13,14,16.}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La comunicación eficaz es una característica fundamental de la relación médico-paciente y uno de los aspectos más complejos, por lo que no se deben hacer consideraciones acerca de estos elementos por separado. García-Shelton hace referencia a tres niveles en los que se da la comunicación el nivel lingüístico o verbal, paralingüístico o para verbal y el no lingüístico o no verbal.¹³

2.4.1.1. La comunicación verbal son los mensajes transmitidos por palabras y que se usan para describir sentimientos o conductas utilizando cuatro tipos de respuestas verbales o conocidas como técnicas de escucha activa: exploratorias, clarificadoras, afectivas y calificación clara.^{13,14,16}

- Las respuestas exploratorias son abiertas, animan a los pacientes a continuar hablando y a dirigir la conversación. Son ejemplo de estas respuestas “sí, continúe” y “hable de”.
- Las respuestas clarificadoras son una paráfrasis de lo que ha dicho el paciente que permite al médico asegurarse de que el mensaje que ha enviado ha sido recibido correctamente y que le da oportunidad de corregir o modificar una interpretación. Estas respuestas transmiten comprensión y fomentan la autoobservación.
- Las respuestas afectivas hacen referencia a los sentimientos, actitudes y valores y tienden a favorecer la autocomprensión de los pacientes además califican emociones, preguntan sobre ellas o las describen.

TESIS CON
LA DE ORIGEN

- La respuestas de calificación clara: hablan claro y directo de los temas sin conceder o contribuir a una continua mala interpretación; esto es importante que se use para explorar tanto el contenido como el proceso de los temas.

2.4.1.2. La *comunicación paraverbal* es el conjunto de mensajes no verbales que son transmitidos por el habla. La entonación y el hacer énfasis en diferentes palabras de una frase son dos formas habituales de cambiar el significado de las mismas. El tono de la voz y la rapidez del habla puede transmitir sentimientos subyacentes no declarados. Verbalizar una emoción intensamente sentida es casi siempre útil y puede producir una liberación de la misma y un aumento de la capacidad de comunicación.^{13,14,16.}

2.4.1.3. La *comunicación no verbal* frecuentemente es conocida como el lenguaje del cuerpo consta de tres partes: la expresión facial, la postura y los movimientos del cuerpo y el uso de contactos.⁹ este tipo de comunicación permite que los mensajes no verbales puedan contradecir los verbales, matizarlos, regularlos y reforzarlos lo que permite mejorar el análisis de las emociones y las conductas de los pacientes.^{9,10,16}

- La expresión facial es una aspecto importante que considerar en las entrevistas resaltando que el significado puede ser difícil, ya que cada uno de los entrevistadores percibirá con diferente significado. La mirada es un aspecto importante, el llanto, los cambios rápidos de expresión, el cambio de coloración que se puede dar en el rostro indican emociones que se presentan sobre los temas que se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

están tratando en ese momento. De igual manera la postura tomada por el paciente y el médico entrevistador es un mecanismo de comunicación no verbal que es importante evaluar y dar significado. Por otro lado el contacto físico permite establecer una relación de cordialidad, seguridad y de respeto al paciente que permite la participación activa de este.^{11,13,14}

2.4.2. Proceso de comunicación.

En el análisis de la interacción humana, el proceso de la comunicación existen manifestaciones observables y estas se dividen en cuatro áreas interdependientes.^{10,12,18}

- **Sintáxis:** la cual se entiende como las formas a través de las cuales se transmite la información. En las familias estos conceptos pueden traducirse además en elementos prácticos como: quién habla con quién, qué porcentaje del tiempo, y cantidad de información.
- **Semántica:** representa el significado de la comunicación.
- **Semiótica:** que constituye la teoría general de los signos y los lenguajes.
- **Pragmática:** se refiere a los aspectos conductuales de la comunicación. En la pragmática la comunicación y la conducta se usan como sinónimos; toda comunicación es conducta y toda conducta es comunicación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4.2.1. Axiomas de la comunicación.

Huerta¹⁰ y Garza¹² comentan acerca del trabajo que realizado por Watzlawick y cols. Los cuales formularon una serie de principios que son fundamento para la comprensión de la interacción humana y especialmente útiles para entender el proceso de la comunicación familiar que son llamados *AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN*.

Con el objeto de evitar patologías derivadas de una mala interacción comunicativa entre los miembros de una familia:²¹

- *Todo es comunicación, no es posible no comunicarse:* desde el primer instante en que dos o mas personas interaccionan.
- *Todo mensaje o fragmento de comunicación tienen dos niveles, de forma que el segundo califica el primero y es por lo tanto una metacomunicación:*
 1. De contenido: información objetiva, definición literal de una palabra.
 2. De relación: define la naturaleza de la misma entre quienes comunican. Esto es los matices y la parte importante del significado. Interpretación, intención, asociaciones y sentimientos que rodean a las palabras.
- *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre las personas:* es decir, la comunicación no puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios, sino como una cadena de vínculos superpuestos, cada uno de los cuales resulta comparable a una secuencia estímulo-respuesta-refuerzo.

TESIS CON
IA DE ORIGEN

- *Todo mundo utiliza las siguientes formas de comunicación:* digital o verbal y análoga o no verbal, a las cuales ya se les realizó consideraciones pertinentes.
- *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios según estén basados en la igualdad o diferencia:*
 1. **Simétrica:** tienden a igualar conductas recíprocas; se comportan como si tuvieran el mismo nivel.
 2. **Complementaria:** las dos personas que interactúan tiene estatus distintos y la que ocupa la posición superior en el contexto social o cultural inicia la relación y la otra la sigue.

2.4.2.2. Niveles de la comunicación.

Así mismo es importante hacer la siguientes consideraciones en cuanto a la comunicación dentro de la familia ya que es un indicador del grado de funcionalidad y debe evaluarse de acuerdo a los siguientes niveles:¹⁰

- I. **Primer nivel:** describe qué se esta comunicando.
 - *Afectiva:* es la comunicación que se relaciona con los sentimientos. "soy feliz porque te quiero".
 - *Instrumental:* es la comunicación que se relaciona con el cumplimiento de tareas habituales y cotidianas o con labores mecánicas.

II. Segundo nivel: se refiere a la forma de entrega del mensaje, según sea su calidad.

- *Clara*: "Eres un mentiroso".
- *Enmascarada*: "todos los hombres son iguales"

III. Tercer nivel: se relaciona con el receptor del mensaje

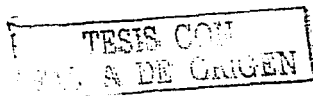
- *Directa*: cuando enfoca directamente a quien va dirigido. "Juan, te extraño mucho"
- *Desplazada*: cuando se utiliza algún intermediario. "Dile a este tipo que se vaya".

2.4.2.3. Metacomunicación.

Significa que cualquier conducta de comunicación tiene la capacidad de diferenciar la información que se está transmitiendo o todos los modelos de comunicación existentes pueden utilizarse como modalidades de meta comunicación.²¹

2.4.3. La relación médico-paciente.

La relación médico paciente es un elemento importante en la interrelación de los usuarios y el personal de los servicios de salud, esta relación debe desarrollarse en una mutua



confianza lo que implica una comunicación bilateral de conceptos y conductas de todas las partes de esta relación humana, que se da en el marco de la entrevista clínica.¹⁵

La entrevista es el escenario donde mejor se puede describir el estilo de relación que se entabla entre el médico y el paciente. Existen tres estilos básicos de relación médico-paciente.

- *Relación activa-pasiva:* éste es un modelo paternalista en el que el paciente tiene poco control sobre las decisiones que se toman sobre su cuidado.
- *Relación de guía-cooperación:* el médico aconseja y el paciente sigue las recomendaciones.
- *Relación de participación mutua:* el médico supervisa mientras el paciente realiza las actividades diarias del tratamiento.

Los médicos familiares deben de manejar técnicas adecuadas de entrevista que le permitan versatilidad y flexibilidad en la relación médico paciente y sus familias.¹⁷

La buena comunicación, que fomentará la confianza en el médico, se relaciona con la capacidad de empatía de éste.¹⁶

La confianza es la capacidad de que alguien en el medio social circundante pueda ayudar a la persona a resolver problemas que lo aquejan; es una capacidad que se desarrolla muy tempranamente en la vida; se adquiere en la cercanía con la madre y en la convicción de que esta es capaz de resolver las necesidades básicas del niño. Muchos pacientes se acercan al médico regresando a esta posición básica de dependencia y representa la base sobre la cual se edificarán los procesos diagnósticos y terapéuticos adecuados.¹⁶

El poder empatizar con el paciente, captar donde se encuentra su problema y ayudar a resolver es un capacidad central para el quehacer médico.¹⁶ La empatía es la forma de comunicación que expresa comprensión y simpatía por los sentimientos del paciente.⁶ Es la capacidad de colocarse emocionalmente en el lugar del otro.¹⁶

En este proceso de interrelación humana afectivo dirigido a la comprensión del paciente surgen tres fenómenos en la consulta médica: ¹⁵

- 1) Transferencia: significa lo que representa el médico para el paciente.
- 2) Contratransferencia: representa lo que es el enfermo para el médico
- 3) Rapport: indica relación cordial, afectuosa, de confianza, aprecio y respeto mutuo.

En una buena relación médico-paciente, ambos deben aprender del conocimiento mutuo de los hechos biológicos y psicológicos, además de las influencias socioeconómico culturales sobre la conducta y la personalidad de los que participan en el proceso y programas de atención médica.

2.4.3.1. Relación médico-paciente-familia.

Durante,¹⁷ menciona que la relación médico paciente es multilateral más que bilateral así como también Jarabo²⁴ en su trabajo de un enfoque sistémico, hacen referencia a que el sistema terapéutico opera sustentado en por lo menos tres miembros: el paciente, un miembro del soporte del modelo familiar o social y el médico; este sistema de tres partes es la estructura básica para entender las relaciones multilaterales.

Este sistema es el triángulo terapéutico en medicina o triángulo terapéutico médico/paciente/familia como menciona Jarabo²⁴ este modelo esta basado en la teoría de los sistemas aplicado a la familia.

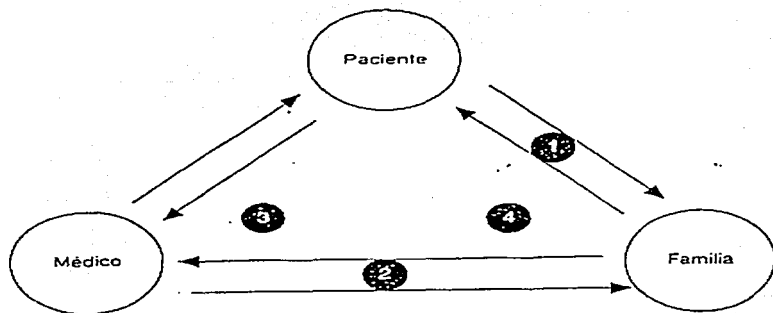


Figura 1. *Triángulo terapéutico médico paciente familia.*

Para entender este sistema es importante observar y describir las relaciones que se hacen posibles: obsérvese que en la figura 1 aparecen al menos cuatro niveles de interacción alrededor de la relación entre el médico y el paciente. Por una parte aparece la relación del paciente con su familia, la cual constituye el soporte básico de este, ya que contar con la familia como elemento primordial del tratamiento puede depender de gran medida de ella.

La relación del médico con la familia del paciente se identifica con el número 2: esta trascendencia clínica viene condicionada por el hecho demostrado de que el grado de

cooperación entre el médico y la familia se corresponde estrechamente con el grado de cooperación paciente-médico de modo que existe mayor complejidad del problema a abordar, mayor necesidad de trabajo a este nivel. La relación número 3 la constituye el apoyo por parte del médico de la relación existente entre el paciente y su familia, en el que el primero actúa como elementos de soporte externo al sistema. Finalmente la relación número 4 este apoyo por parte de la familia de la relación médico paciente, representa un importante papel sobre todo en los momentos del diagnóstico de una enfermedad grave. Esto permite que el médico observe a la familia como sistema y tenga una visión circular de los problemas de salud-enfermedad; por esta vía se comprende que los síntomas individuales tienen una función dentro de la dinámica familiar y entendiéndolo como un problema colectivo sin tomar partido.²⁴

Las características de la interacción médico-paciente-familia son uno de los componentes que inciden con mayor fuerza en la satisfacción de los pacientes con el sistema de atención médica.¹⁷

2.4.4. Duración de la entrevista clínica

Una entrevista clínica en la que se pretende explorar a fondo los aspectos psicosociales y biomédicos de la afección de un extraño que acaba de convertirse en un nuevo paciente necesita al menos de 30-40 minutos para un intercambio significativo de información de interés básica; tanto el médico como el paciente debe disponer de tiempo para sentirse cómodos el uno con el otro y establecer el tipo de relación que facilite las indagaciones en

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

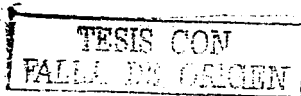
los ámbitos psicológico y social. Cuando el paciente y el médico han mantenido una entrevista inicial adecuada y el médico conoce por tanto algunos de los principales aspectos de la situación psicosocial del paciente, es posible centrarse en problemas concretos en tan solo 10 minutos, pero una entrevista inicial de esta duración es ineficaz y puede suscitar en la familia la impresión de falta de respeto hacia su sensibilidad y hacia la importancia del material teniendo en cuenta esa atención tan superficial.⁸

En la práctica familiar típica no hay posibilidades de dedicar más de 10-15 minutos a los pacientes utilizando habilidades para observar y comprender detalles del paciente respecto a su historia clínica, su familia, su medio social y su trabajo con el fin de evaluar cuidadosamente el padecimiento y la enfermedad que se este presentando. Este tiempo ayudará a realizar el ajuste individual para una enfermedad seria del miembro de una familia; también puede utilizarse de modo preventivo para explicar el plan propuesto de tratamiento.¹¹

2.4.4.1. Fases de la entrevista

García-Shelton recomienda para la entrevista médica una duración de 15 minutos la cual se puede dividir en tres fases: inicial, media y final.¹³

Fase inicial: como en todas las entrevistas médicas se inicia con el saludo, y una presentación; este sirve para establecer un tono emocional de la visita, cálido, interesado, útil y pausado, transmitiendo respeto hacia el paciente. Esta primera fase inicial requiere de dos minutos.¹³



Fase media o recogida de datos en la cual se puede recoger los datos subjetivos que se obtienen del relato del paciente y los objetivos que se obtienen durante la exploración física y las subsiguientes investigaciones de laboratorio. Un objetivo de esta parte de la recogida de datos es ayudar al paciente a relatar su propia historia de la forma mas completa que pueda, con sus palabras y en su propio estilo.

También es momento de obtener una historia personal, familiar y social que es parte integrante de la medicina familiar de calidad. Esta capacidad para integrar la esfera biopsicosocial de la experiencia familiar ayudará a los médicos de cabecera a proporcionar una asistencia sanitaria de calidad a las familias de los pacientes.

Después de desarrollar un guión que detalle la evolución del problema del paciente es el momento de recoger los datos objetivos a través de una atenta exploración física, una revisión por sistemas puede combinarse con el examen de las diferentes partes del cuerpo.⁹

Fase final, en esta parte final de la entrevista se discutirán las causas probables, de las formas del tratamiento posibles y de las estrategias recomendadas para tratar de forma eficaz. En este punto es muy importante las preferencias del paciente y la factibilidad del tratamiento. Se podrá repetir el problema presentado, se revisarán los datos relevantes y se resumirá el plan de tratamiento.¹³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4.5. El ambiente físico de la entrevista clínica.

La entrevista se puede llevar a cabo en cualquier sitio en que dos personas puedan reunirse e interactuar. Es obvio que son especialmente deseables ciertos arreglos físicos para una entrevista. Dos de ellos son intimidad y protección contra interrupciones. Estas interrupciones son destructivas y desorganizantes.^{6,8,11}

La organización y funcionamiento del entorno físico en que se desarrolla la interacción médico-paciente es un aspecto importante para obtener un buen resultado. Dado que en la relación terapéutica es importante poder presentar toda la atención necesaria, las distracciones físicas deben reducirse al mínimo o eliminarse. Estas incluyen la temperatura fría o caliente, el humo, las luces demasiado brillantes o deslumbrantes y las interrupciones innecesarias. Cada interrupción requiere de un nuevo comienzo y prolonga la estresante parte inicial de la relación.^{6,8,11,13,14}

Las barreras físicas entre el médico y el paciente crean una distancia emocional y reduce la capacidad de aquel para crear una alianza sólida y positiva con sus enfermos. Ni se crea ni se potencia una imagen de objetividad profesional por el mero hecho de colocarse detrás de una mesa, antes bien se introduce la posibilidad perjudicial de una relación de poder de superior a inferior.¹³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4.6. Etapas de la entrevista clínica.

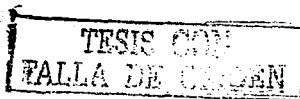
Durante,¹⁷ describe un modelo validado como instrumento para la realización de entrevista clínica, este modelo es multidimensional ya que se realiza diagnóstico en el nivel biomédico, psicológico, familiar y comunitario de la relación médico-paciente-familia; organiza los cuidados teniendo en cuenta todos los diagnósticos situacionales. Se considera un método útil para fines docentes y de investigación.

Este modelo esta construido sobre la base de seis categorías:

1. El clima de la entrevista.
2. El control de la entrevista
3. La recolección de la información.
4. La definición del problema
5. El mantenimiento de la relación terapéutica.
6. La promoción del auto cuidado.

1. Clima de la entrevista: es el tono de la atmósfera en que ésta se desenvuelve; en esta parte se permite el flujo multidireccional de información, facilita el desarrollo de confianza o no y la identificación y expresión de diferencias o barreras. "es el proceso que permite generar un contexto colaborador". En este apartado se realizan algunas consideraciones como las siguientes:

- Distancia interpersonal ideal: espacio que se establece en el triángulo terapéutico.
- Rapport o joining: desarrollo de una atmósfera de confianza.



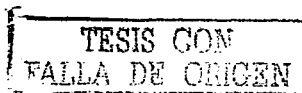
- **Barreras de la comunicación:** distancia social, culturas diferentes y diferencias lingüísticas.
- **Conductas y actitudes específicas.**

2. Control de la entrevista: es la manera por la cual el estilo del médico influye en el ritmo y el foco de la entrevista. Esta etapa y la anterior son los pilares de este método; en esta parte se trata de la efectividad de la misma entrevista.

Esta efectividad se encuentra en relación a las siguientes variables:

- **Estilo del médico:** estilo para conducir una entrevista. Directivo, democrático o no directivo.
- **Foco de la entrevista:** tema o problemas.
- **Ritmo de la entrevista:** cantidad de información que se elabora por unidad de tiempo.
- **Conductas y actitudes específicas:** se refiere a que la efectividad del control de la entrevista aumenta a medida que el médico exhibe mayor número de estas conductas.

3. Recolección de la información: es el proceso por el cual el médico capta datos con el objeto de ayudar al diagnóstico y formula hipótesis, mediante un razonamiento hipotético-deductivo. En esta parte el médico debe de desarrollar habilidades y actitudes básicas, estas son las siguientes:

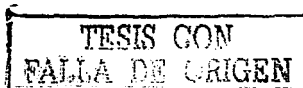


- Escucha activa en múltiples niveles: se refiere a la habilidad y la actitud del médico en identificar las palabras claves del discurso de los pacientes.
- Interpretación de las señales emitidas a través del lenguaje no verbal.
- Registro de las sensaciones y sentimientos del médico.
- Organización y jerarquización de la información según las hipótesis diagnósticas.
- Conductas y actitudes específicas.

4. Definición del problema: en esta etapa se realiza la definición del problema por parte del paciente-médico-familia. Además de establecer un contrato terapéutico.

Esta parte requiere de los siguientes puntos:

- **Habilidades y actitud básica:**
 - Joining o Rapport.
 - Empatía.
 - Identificación y discusión de las diferencias.
 - Confrontación y negociación
 - Conocimiento del propio sesgo del médico.
- Factores que influyen en la definición del problemas.
- Conductas y actitudes específicas.



5. Mantenimiento de la relación terapéutica: es el desarrollo de una relación de colaboración entre el médico y el paciente y la familia con el objetivo de alcanzar y mantener el contrato terapéutico negociado en la definición del problema.

6. Promoción del auto cuidado: es la forma del cuidado en la cual se compromete la iniciativa individual del paciente y su familia en identificar y actuar según sus propias necesidades. Las características de esta categoría son:

- Una menor dependencia del médico.
- La consideración del paciente como un participante activo.
- Cambio de conducta relevantes para las necesidades del paciente y no solo para el cumplimiento de una recomendación del médico.
- Que la experiencia del paciente provea motivación interna.

La utilización de este modelo es bastante complejo ya que en diferentes etapas se miden algunas características que se presentan en las diferentes categorías; estas están estructuradas sobre la base de las conductas del médico, con la idea de mejorar la efectividad de la relación médico-paciente-familia. Sin embargo este método permite un abordaje familiar: en la actualidad se utilizan modelos terapéuticos para realizar la primera entrevista a la familia, perdiendo de alguna manera aspectos fundamentales que cada día son mejor estudiados como lo son: la estructura familiar, el ciclo de vida familiar, las funciones y disfunciones familiares, crisis familiares, así como los recursos socioeconómicos y culturales.²⁵

Huerta,¹⁰ en su trabajo sobre la familia en el proceso de salud enfermedad, realiza consideraciones especiales a la entrevista clínica familiar; tomando en cuenta dos apartados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

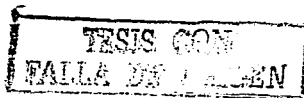
importantes como lo son la metas principales de la entrevista y las técnicas de comunicación durante esta, tratando de organizar diferentes dimensiones de la entrevista médica dentro de los tres elementos siguientes de la comunicación, simplificando el complejo proceso de la educación, la investigación, y la asistencia médica.

Metas principales durante la entrevista:

1. Inicio de la entrevista: Establecimiento de una relación de confianza y respeto mutuo entre el médico y el paciente.
2. Durante la entrevista: identificación de los problemas relevantes de una forma sistemática, tratando de mantener una relación empática.
3. Final de la entrevista: busca la satisfacción del paciente, considerando la información adecuada y oportuna respecto al problema, disminuyendo así la ansiedad que pudiera haberse producido y dejando al paciente realizar preguntas mediante tribuna libre.

Técnicas de comunicación durante la entrevista: en esta parte destacan 3 funciones elementales de la interacción entre el médico y paciente.

1. Recolección de información. Recabar exactamente y eficientemente la información utilizando preguntas abiertas, facilitación, verificación, detección de nuevos problemas, negociación de prioridades, instrucción, resumen y obtención de ideas del paciente sobre la etiología.
2. Respuesta a las emociones del paciente. Incrementar la satisfacción del paciente, desarrollando y manteniendo una relación armoniosa, detectar y manejar trastornos



emocionales, y así obtener una satisfacción médica y mejorar el resultado terapéutico; utilizando la reflexión, legitimización, apoyo, asociación y respeto.

3. Educar al paciente e influir sobre su conducta. En esta parte se pretende obtener del paciente la comprensión de su enfermedad y las opciones del tratamiento, involucrarlo en el proceso terapéutico y lograr una alta adherencia al tratamiento; utilizando la educación sobre la enfermedad del paciente, negociación y mantenimiento de un plan terapéutico y la motivación.

Se puede observar que este método pierde de vista aspectos psicológicos socioculturales de la familia; en la relación médico-paciente establecida en las metas y técnicas propuestas su principal objetivo es el paciente, perdiendo de vista a la familia a la que se considera como parte importante en el triángulo terapéutico y por lo tanto aspectos básico de la familia como lo es la estructura familia, aspectos demográficos, dinámica familiar, crisis familiares así como las redes de apoyo. Sin embargo se pueden tomar algunas características que si permiten realizar con objetividad el análisis y síntesis de la entrevista clínica familiar.

Rodríguez¹⁶ aborda a la familia con un modelo donde explora a la dinámica familiar de una forma integral, este modelo se divide en los estadios siguientes:

1. Estadio de primer contacto con la familia
2. Estadio de socialización y reconocimiento de la familia
3. Estadio de exposición de motivos de consulta y abordaje del problema
4. Estadio interactivo con la familia
5. Estadio de focalización de problemas

6. Estadio de búsqueda de alternativas

7. Diagnóstico familiar

1. **Primer contacto con la familia:** en este apartado se hacen consideraciones importantes a la información que se da al realizar la referencia de la familia; ya sea por vía telefónica o por la información que se tenga en el expediente clínico; y es en esta parte donde el médico decidirá si es útil o no esta información para que esta sea un complemento de análisis final.
2. **Socialización y reconocimiento de la familia:** en esta fase se entra en primer contacto con la familia, tiene como objetivo realizar una ficha de identificación y un famioliograma además de dar confianza a la familia.
3. **Exposición del motivo de consulta y abordaje del problema:** en esta parte el médico identifica el motivo de consulta, donde el abordaje del problema por el clínico estará encaminado a abarcar todos los elementos de la familia.
4. **Estadio de la interacción con la familia:** en esta fase interactiva el médico investigará las relaciones existentes entre los subsistemas, roles, jerarquías, límites, etc. investigando la participación o no participación de cada uno de los integrantes del sistema en cuanto al problema.
5. **Focalización de problemas:** en esta parte la familia tiene la tarea de aclarar y concretar los problemas por los que va a consulta y el médico conjuntamente, respetando la autonomía de la familia investigando el problema en grados de intensidad y duración, realizado de forma comparativa con el tiempo.

6. **Búsqueda de alternativas y soluciones:** en este apartado la familia plantea alternativas después de delimitar el problema y de realizar un estado interactivo con la familia y el médico.
7. **Diagnóstico familiar:** aquí el trabajo del médico es elaborar un diagnóstico familiar orientado a los problemas planteados por la familia evitando producir conflictos debido a una mala orientación.

Aquí el autor diseña este modelo de primer contacto con el paciente, utilizando diferentes técnicas de entrevista tomados de las diferentes corrientes de la terapia familiar.

Este modelo aporta los fundamentos teóricos para desarrollar una propuesta relacionada con la entrevista clínica familiar como instrumento útil de docencia e investigación que permita capacitar y evaluar a los médicos de familia en formación en el posgrado de la especialidad de medicina familiar.

2.5. Modelos de entrevista clínica familiar.

En los últimos años la terapia familiar se ha convertido en una de las modalidades terapéuticas que se práctica en los centros de salud mental, dentro del campo de la terapia familiar se ha desarrollado una diferenciación en los conceptos teóricos tradicionales.²⁰ Esta disciplina surge como apoyo a profesiones como la psiquiatría, psicología, pedagogía y sexología; se independiza a finales de la década de 1930, el movimiento se inicia en

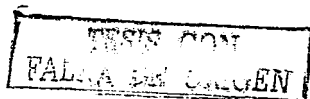
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Alemania entre 1929 y 1932; en Estados Unidos (1930) se abre la clínica del instituto estadounidense de relaciones familiares en los Ángeles California con Popcnoc por mencionar algunos de los tantos fundadores en todo el mundo.²¹

Uno de los países donde se ha visto crecer estos modelos terapéuticos es Estados Unidos, donde se han desarrollado tres corrientes:²⁰

1. La corriente transicional donde el tratamiento tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente y pone énfasis en la exploración del pasado, en el contenido de la comunicación y en interpretación y transferencia como instrumento de cambio.
2. La corriente existencial que tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona y en el tratamiento, pone énfasis en la experiencia en el presente el terapeuta y los miembros de la familia, como instrumento de cambio para ambos.
3. La corriente familiar, tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia y en la terapia el énfasis está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción.

Tradicionalmente las técnicas de la salud mental originaron una fascinación producida por la dinámica del individuo, esto condujo al terapeuta a concentrarse en la exploración de la vida intra psíquica, concentrándose en el individuo, aislándolo de su medio. Un terapeuta orientado hacia la terapia individual tiende aún a considerar a el individuo como el asiento de la patología y a reunir solamente los datos que pueden obtenerse del o acerca del individuo.²⁰



En la segunda mitad del siglo veinte fue desarrollada la terapia estructural de familias, que estudia al hombre en su contexto social, esta se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales.²⁰

Minuchin²⁰ considera de este modo al terapeuta de familia, no basa sus concepciones en una personalidad esencial que permanecería inmodificada a través de las vicisitudes de diferentes contextos y circunstancias, considera al paciente como miembro de diferentes contextos sociales actuando y respondiendo en su marco; su concepción acerca de la localización de la patología es mucho más amplia y también lo son consecuentemente las posibilidades de intervención.

2.5.1. Modelos terapéuticos.

La terapia estructural inicia con el equipo de palo alto California, al trabajar con niños delincuentes y sus familias, Minuchin en conjunto con Haley inician la terapia estructural.

Los principios de la terapia estructural son los siguientes: el individuo por si solo no existe, cada individuo en si mismo es un subsistema, el individuo es el portador de un síntoma producto de una disfunción familiar.²⁰

Minuchin toma a la familia como un sistema abierto donde existe intercambio y transformación, desarrollo evolutivo dado por una crisis reestructurada, adaptación a los cambios sin perder su continuidad y donde se conoce la estructura de la familia.^{20,32}

En su modelo estructural Minuchin divide a la entrevista inicial en tres etapas. La primera en donde el terapeuta sigue las reglas culturales de etiqueta; en la segunda interroga a cada miembro de la familia acerca de cuales son en su opinión los problemas de la familia y en la ultima explora la estructura familiar apoyando a la familia y pone en juego su drama familiar.²⁰ Así mismo, define a la estructura como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia.

Otro de los recursos terapéuticos utilizados en la primera entrevista es el descrito por Haley y referido por Martínez que cuenta con tres fases: ¹⁹

- La socialización,
- Planteamiento del problema
- Objetivos

En este modelo vivencial se observa que el psicoterapeuta realiza una entrevista con flexibilidad, rompiendo con la entrevista tradicional y ponen especial énfasis en el lenguaje corporal, así como en el contacto analógico que permitan establecer una alianza terapéutica. Además el terapeuta toma el papel de ciego donde va a pisar por primera vez un terreno en donde desconoce todas las características físicas del lugar y en donde es guiado por alguien que conoce cada rincón de la familia (paciente o algún integrante de la familia); este trabajo se desarrolla en base a los objetivos de transformación presentados por el paciente o la familia en cuanto al problema o los problemas que se necesiten resolver. En estas técnicas vivenciales los pacientes observan la interacción a distancia como si ellos fueran los espectadores, para así identificar lo que hacen, lo que les es útil o inútil, de que forma participan y que otras cosas podrían modificar. Convirtiendo al sistema familiar y/o

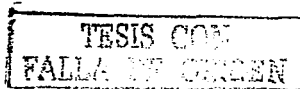
paciente en responsable del rumbo de la terapia al definir los objetivos y permitir al terapeuta planear estrategias de intervención y observar las reacciones de reflexión y vivencias ocurridas en la familia.¹⁹

Por ultimo se mencionan algunas características del modelo de Milán ya que este adopta el concepto de que la familia es un sistema, donde su comportamiento asintomático se mantiene bajo los patrones de homeostasis. Este corriente hace dos grandes contribuciones al trabajar con la paradoja y contra paradoja, para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar un cambio. Esta corriente terapéutica desarrollo tres principios indispensables en los que se apoya, los cuales son los siguientes: hipótesis, circularidad, y neutralidad.²¹

Describe a la *hipótesis* como el elemento para organizar la información que le servirá al terapeuta para delinear su trabajo, la información puede ser cierta o no pero servirá para buscar mas información.

Define a la *circularidad* como la capacidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que el terapeuta solicita, respecto a las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios. Estos se logra realizando la misma pregunta a cada miembro de la familia con respecto a cada problema, con el fin de obtener la verdad sistémica de la familia.

La *neutralidad* la definen como el efecto pragmático que el terapeuta ejerce sobre la familia. La familia deberá ver al terapeuta como neutral sin que tome preferencia o haga



coaliciones con ningún miembro de la familia, sin omitir juicios, minimizando la problemática del paciente identificado.

2.5.2 Modelos familiares.

Existen algunos modelos de entrevistas clínica familiar donde se utiliza un instrumento para medir funcionalidad; Garza, menciona en su trabajo con familia, que el apgar familiar no sustituye a la entrevista familiar y que esta es la principal herramienta de trabajo con familias; sin embargo el aplica durante la entrevista familia seis aspectos de la funcionalidad familiar, siguiendo el modelo de McMaster,¹² donde es importante recordar que la entrevista es una tarea mas complicada y que sirve para valorar si es funcional o disfuncional una familia y entonces aplicar un instrumento de funcionalidad familiar y documentar en que nivel de la dinámica familiar puede estar dándose la crisis y ver así que grado de disfuncionalidad se esta dando. Sin embargo en el apartado de aplicaciones de trabajo con familias propone que el médico familiar requiere de habilidades como la de establecer una buena relación médico paciente familia. La recopilación de datos a través de la historia clínica familiar que se obtiene de una entrevista individual y/o familiar. Garza considera elementos importantes a investigar.¹²

1. Composición familiar y características socioeconómicas.
2. Ciclo de vida familia.
3. Eventos vitales tensionantes.
4. Recursos familiares.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Funcionalidad familiar.

Este modelo toma muchos aspectos importantes en el estudio de la familia, considera que el médico familiar requiere de habilidades específicas en el abordaje de la problemática de un individuo para optimizar el trabajo con familias, considera de forma importante el establecimiento de una relación médico paciente y no solo se queda en esta relación sino también toma en cuenta a la familia; esto es el triángulo terapéutico que se establece en la relación médico paciente y familia. La recopilación de datos o de información de la familia se debe hacer a través de la historia clínica familiar, esto se realiza aplicando la entrevista individual y/o familiar. Así mismo toma aspectos como la integración y la negociación de la familia en cuanto a la problemática detectada, la educación y orientación que esta puede recibir.

2.6. Tipos de entrevista clínica.

En el proceso de investigación existen ciertas técnicas que permiten lograr una recolección de datos confiables, esta es la entrevista que logra una interacción verbal inmediata y personal, entre un entrevistador y un responsable, con un fin determinado.

En ciencias sociales la entrevista es una técnica para obtener información mediante una conversación dirigida por un profesional y destinada a otro u otros individuos, con objeto de obtener información abierta o sobre aspectos específicos.²² La entrevista puede ser individual o colectiva. Los personajes son entrevistador e informador o informadores. Con

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

esto se obtiene un informe verbal sobre hechos y conductas observables o no observables por lo que puede ser datos objetivos o subjetivos.²²

En consecuencia el contenido de las preguntas debe referirse a:²²

- Hechos.
- Ideas, creencias, manera de pensar.
- Opiniones, sentimientos, manera de sentir.
- Manera o forma de actuar.
- Conductas o comportamientos presentes, pasados y futuros.
- Razones concientes o inconsciente de determinadas creencias, sentimientos, maneras de actuar o comportamientos.

Las pautas de interacción son bastante complejas, de manera que la dinámica de la situación va mas allá de tratar la entrevista como un simple proceso de recolección de datos y se postula la necesidad de tratar a las respuestas individuales como síntomas, mas que como realidades o hechos.²²

La entrevista en sí puede estar estructurada o ser abierta o una combinación de ambas (semiestructurada). Así como puede ser no estructurada pero dirigida o no dirigida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6.1. Entrevista estructurada.

En este tipo de entrevista las respuestas están preestablecidas y por lo tanto el entrevistador tiene que ceñirse a esas respuestas, un ejemplo de estas son los sondeos de opinión. Esta utiliza guías e instrumentos mecánicos para garantizar la exactitud, además se estandarizan las condiciones de la observación con objeto de hacer comparables diversas observaciones y para tener control sobre ciertas variables sobre todo ambientales y también socio-culturales. En esta se procura tener control sobre el observador mismo de tal forma que sus características no interfieran en los resultados de la observación, se prefiere realizar en un campo cerrado y delimitado; pero si esto no es posible entonces en lugares donde se pueda controlar las variables externas al fenómeno que se quiera observar.²²

2.6.1.1. La entrevista estructurada sistémica:

Se utiliza cuando se quiere comprobar una hipótesis o para descubrir regularidades en la conducta de individuos o grupos.²²

2.6.1.2. La entrevista estructural experimental:

Se utiliza cuando se quiere observar lo que pasa cuando se alteran algunas variables del hecho, variables que son conocidas y controladas y se supone están en interacción real en el fenómeno analizado.²²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6.2. Entrevista semiestructurada.

Es la entrevista en la que se utilizan preguntas cerradas con otras abiertas, son algo menos flexibles. Existe margen para reformulación y la profundidad en algunas áreas, combinando algunas preguntas de alternativas cerradas de respuestas, en general existe una pauta de guía de la entrevista, en donde se respeta el orden y fraseo de las preguntas. Esto permite un margen de variabilidad amplio en las respuestas de los sujetos, donde se da a estos oportunidades para que contesten según su propio margen de referencia, su propia terminología, etc, anotando por lo general textualmente las respuestas, las que seguramente serán sometidas a posterior análisis de contenido.²²

2.6.3. Entrevista abierta o no estructurada.

Es aquella entrevista en la cual todas las preguntas son abiertas. Se utilizan en etapas exploratorias de la investigación ya sea para detectar las dimensiones mas relevantes, para determinar las peculiaridades de una situación específica y para generar hipótesis iniciales, la característica esencial de este tipo de entrevista es la flexibilidad en la relación entrevistador-respondiente, lo que permite un margen tanto en la reformulación de preguntas como en la profundización de algunos temas y, por lo general, la ruptura en cualquier orden en cuanto a la secuencia en que las preguntas deben ser presentadas, en este tipo el respondiente se expresa con grado de libertad relativamente amplio, estas pueden ser no estructurada dirigida o no dirigida.²²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.6.3.1. Entrevista no estructurada y dirigida.

La entrevista de este tipo pretende cerrar la conversación sobre un tema determinado, pero sin tener preguntas preparadas previamente.²²

2.6.3.2. Entrevista estructurada y no dirigida.

Esta entrevista consiste en dejar ir la conversación sobre los temas que el informante desarrolle, sin preguntas y sin tema previamente determinados.²²

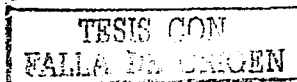
3. Reflexiones sobre la entrevista clínica.

Durante la formación del médico familiar un aspecto importante es el trabajo que se realiza con el paciente o individuo y la familia, este primer punto se centra en el primer eje de la medicina familiar; en la primera parte se insiste en la realización del estudio de salud familiar, que contempla diferentes etapas en cuanto al abordaje de la familia, tanto la estructura familiar como el abordaje socio dinámico. Se inicia por sensibilizar al nuevo médico que se preparará para atender las necesidades de toda la población que requiere de atención médica y social sin importar sexo o edad, o estrato social: capacitándolo en el abordaje de aspectos emocionales, sociales conductuales etc. de cada uno de los integrantes de la familia.

Este médico tiene como tareas principales la atención individual exigiendo un compromiso en la atención clínica efectiva y eficiente que permitan un diagnóstico y tratamiento oportuno del paciente, así como el desarrollo adecuado de todos los programas de salud que se manejen en cada institución de una forma profesional y comprometida con el paciente y su familia.

Otra de sus tareas es la atención a la familia donde la base principal es el establecimiento de una relación médico-paciente de calidad y calidez, donde la familia toma un papel crucial en el desarrollo en el plan de estrategias para la resolución de problemas. Otra no menos importante de mencionar es la atención a la comunidad donde se insiste en la necesidad de que existan médicos comprometidos con las familias que integran las comunidades conociendo la problemática de salud del área, así como los recursos sanitarios con los que cuenta, es decir formar un recurso médico cuidador de la salud general de la población que integra esa comunidad.

Estos puntos invitan al nuevo a médico a decidir si continua este camino de formación, con la idea de ser mas útil cada día y poder ayudar a la población. Es entonces cuando se inicia el estudio de familia abordando y estudiando sus principales fases que se consideran en un estudio de salud familiar (teoría) puntos tan importantes como lo son: definir a la familia, las funciones de la familia, las crisis por las que pasan ya sean esperadas o no esperadas, la forma de interrelación de cada uno de los integrantes de la familia (dinámica familiar), la realización de un familiograma y su simbología, etc; pero es entonces cuando llega al verdadero paciente que nos enfrentamos a la realidad de cómo abordar un paciente o una familia y de que forma, de cual será la mejor técnica para obtener una buena cantidad de información y de cuáles serán nuestras reglas de oro que cuidaremos para obtener una



buena comunicación que nos permita establecer una adecuada relación médico paciente-familia.

Otra necesidad es la motivación por realizar un buen trabajo con familias, esta motivación se hace difícil al trabajar de una forma irregular en tiempo de las sesiones de teoría y práctica por las disposiciones con las que se ejecutan o se trabaja en cada institución, esto imprime en el médico en formación una desmotivación o pérdida de la relación del trabajo que se puede realizar con las familias en estudio.

La realización de este trabajo va mas allá de ver al paciente y su familia como un expediente familiar, requiere de mayor habilidad y destreza para desarrollar un trabajo integral y profesionalizado que permita brindar atención médica de calidad y calidez.

Esto hace que surja la necesidad y la inquietud de estudiar los instrumentos o técnicas con las que cuenta el médico, encontrando que la forma mas antigua y útil es la aplicación de la entrevista que se da en el margen de relación establecida cuando un paciente requiere de nuestros servicios; encontrando que no es fácil definirla en el contexto médico ya que en esta área surgen términos como lo son la historia clínica, la entrevista clínica y las diferentes historias clínicas que se realizan según la especialidad que este abordando la patología. Es importante mencionar que no existe una definición clara de la entrevista que realiza en el médico familiar y más sorprendente es no encontrar bibliografía suficiente que realice un abordaje sistematizado y ordenado de los objetivos que deben de tomarse en cuenta para realizar un trabajo con familia. Sin embargo es importante mencionar que los profesionales que hacen un abordaje familiar son los terapeutas familiares, este abordaje se realiza para ayudar a las familias en las que ya se detectaron problemas y han sido referidas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por médicos generales o familiares; en este abordaje se pierden de vista aspectos básicos del estudio de familia así como de la orientación que da el médico familiar.

Es importante mencionar que aun padecemos de los vicios con los que se formaron las instituciones y los recursos de salud y que por ende no contamos con la excelencia académica con la que nos debemos de formar las nuevas generaciones de médicos familiares, por tal razón este trabajo se queda limitado a los objetivos principales pero sin duda es una buena aportación bibliográfica que engloba características importantes que deben de estudiarse y tomar en cuenta para la realización de una entrevista clínica familiar que ayude en el abordaje y trabajo con familias.

A continuación se presenta la propuesta de un programa de capacitación y evaluación de la entrevista clínica familiar. Este programa originalmente se planteó como un proyecto de investigación factible para realizarse en una de las sedes del curso de especialización en medicina familiar. Sin embargo por problemas en la logística para realizar el proyecto, este no se ejecutó y se presenta ahora como una propuesta viable cuando las condiciones educativas así lo permitan.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Modelo de capacitación y evaluación en la entrevista clínica familiar (propuesta).

Uno de los pilares con los que cuenta el médico para investigar el motivo de consulta de los paciente que solicitan ayuda es indudablemente la entrevista clínica, definida de muchas formas y englobada en el concepto de un espacio relacionado, profesionalizado, donde el acto clínico se da cuando el sujeto de la demanda expone algún problema que es procesado por el médico en orden a su relación.²⁶

La entrevista clínica es un instrumento insustituible en relación a otros instrumentos para investigar el motivo de asistencia del paciente y la familia.²⁸

4.1. Propósito.

El principio básico de este modelo es ayudar al médico en formación así como al médico de la especialidad de medicina familiar a realizar de una manera ordenada y metodológica una adecuada entrevista clínica familiar, cuidando aspectos importantes del estudio de familia tanto estructurales como socio dinámicos.

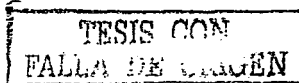
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2. Características generales.

Esta propuesta esta dirigida a los médicos en formación de la especialidad de medicina familiar (residentes) de los tres grados del curso de la unidad académica Centro de Salud T-III Dr. José Castro Villagrana de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal.

La duración de este proceso de capacitación y evaluación se ha estimado en aproximadamente siete semanas para la capacitación teórica, y dos semanas para la capacitación práctica; para la segunda parte de evaluación se estima aproximadamente de diez a doce semanas para la evaluación de los residentes, esta etapa puede extenderse en tiempo según sea el número de residentes a evaluar.

En el proceso de capacitación se propone una hora de teoría por siete semanas para la revisión de los temas de familia descritos más adelante. En cuanto a la capacitación práctica se propone utilizar dos horas durante 2 sesión las cuales se efectuarán en una cámara de Gessell. En la segunda parte del proceso se sugiere realizar una evaluación previa teórica para estimar el nivel de conocimientos en cuanto a familia y entrevista clínica familiar, siguiendo con tres a cinco evaluaciones prácticas de cada uno de los residentes con diferentes pacientes reales o simulados, donde el tiempo estimado por cada evaluación práctica es de aproximadamente una hora.



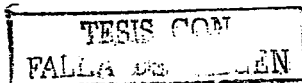
4.3. Evaluación de la entrevista clínica familiar.

El instrumento propuesto evalúa los siguientes aspectos que deben realizarse en la entrevista clínica familiar:

4.3.1. Habilidades en la entrevista clínica familiar:

(Definición conceptual y operativa de las variables)

1. **Primer contacto con la familia:** en este apartado se hacen consideraciones importantes a la información que se da al realizar la referencia de la familia; ya sea por vía telefónica o por la información que se tenga en el expediente clínico; y es en esta parte donde el médico decidirá si es útil o no esta información para que sea un complemento al análisis final:
 - El médico solicita información sobre el paciente o la familia antes de la entrevista.
 - El médico investiga cual fue la vía de referencia.
2. **Socialización y reconocimiento de la familia:** en esta fase se entra en primer contacto con la familia, tiene como objetivo realizar una ficha de identificación y un familiograma además de dar confianza a la familia:
 - El médico se presenta ante el paciente o la familia.
 - El médico solicita la información necesaria para elaborar una ficha de identificación y el familiograma (nombre, edad, ocupación, antecedentes, etc.)
 - El médico establece el tiempo y frecuencia de las sesiones.



3. **Exposición del motivo de consulta y abordaje del problema:** en esta parte el médico identifica el motivo de consulta, el abordaje del problema por el clínico estará encaminado a abarcar todos los elementos de la familia:
- El médico solicita al paciente o la familia que exprese su motivo de consulta.
 - El médico utiliza un cuestionamiento circular a nivel verbal y no verbal.
 - El médico investiga sobre el problema o problemas y su relación entre los diferentes subsistemas.
4. **Estadio de la interacción con la familia:** en esta fase interactiva el médico investiga las relaciones existentes entre los subsistemas, roles, jerarquías límites, etc. investigando la participación o no participación de cada uno de los integrantes del sistema en cuanto al problema:
- El médico busca y pregunta a la visión individual de cada elemento en relación al problema presentado.
 - El médico observa las reacciones del paciente o de cada uno de los integrantes, durante la entrevista.
5. **Focalización del problemas:** en esta parte él médico tiene la tarea de aclarar y concretar los problemas por los que va a consulta la familia, respetando la autonomía de la misma, investigando el problema en grados de intensidad y duración, de forma comparativa con el tiempo:
- El médico aclara con la familia el problema o problemas presentados.

- El médico conjuntamente con la familia o el paciente identifican prioridades y jerarquizan problemas.
6. **Búsqueda de alternativas y soluciones:** en este apartado la familia plantea alternativas después de delimitar el problema y de realizar un estado interactivo junto con el médico:
- El médico pide información sobre las alternativas empleadas.
 - El médico investiga sobre los resultados de sus alternativas.
 - El médico facilita la búsqueda de nuevas alternativas.
7. **Diagnóstico familiar:** aquí es trabajo del médico elaborar un diagnóstico familiar orientado a los problemas planteados por la familia evitando producir conflictos debido a una mala orientación:
- El médico identifica los subsistemas involucrados.
 - El médico identifica los problemas de salud presentes.
 - El médico explica al paciente o familia sobre los problemas encontrados.
 - El médico resuelve las dudas del paciente o familia.
 - El médico plantea posibles vías de solución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.2. Habilidades en la relación médico-paciente-familia

1. El médico entiende la situación, problemática del paciente y la familia.
2. El médico capta en forma completa el contenido emocional del paciente o de la familia.
3. El médico identifica a nivel conductual problemas del paciente o de la familia.
4. El médico se mantiene atento al lenguaje verbal, paraverbal y no verbal del paciente o la familia.
5. El médico conjuntamente con el paciente o la familia aclara los contenidos emocionales.
6. El médico mantiene contacto visual con el paciente y su familia.
7. El médico explica de acuerdo a nivel de entendimiento del paciente o de la familia el problema.
8. El médico sólo hace diagnósticos en relación a los problemas presentados.

4.3.3. Habilidades en la realización de familiograma.

1. El médico solicita la información necesaria para la elaboración del familiograma.
2. El médico utiliza la simbología adecuada.
3. El médico realiza el familiograma hasta tres generaciones.
4. El médico identifica y simboliza al paciente problema.
5. El médico delinea las relaciones familiares.
6. El médico define tipología e identifica fase del ciclo vital.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.4. Estructura del modelo

Este modelo se divide en dos partes, la primera que es la capacitación teórica y práctica donde se revisará en la primera fase:

CAPACITACION TEORICA:

1. La familia y su historia.
2. La estructura familiar o tipología, utilizando el familiograma de una forma estructural y socio dinámico unificando criterios de simbología propuestos por el comité académico para la revisión de genogramas (CARG) integrado por profesores del Departamento de Medicina Familiar de la facultad de medicina de la UNAM y miembros del Comité Examinador del Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar.
3. Ciclo de vida familiar, revisando algunas clasificaciones que se ajusten a la época de las familias en estudio y considerando en esta parte el ciclo de vida individual y de pareja.
4. Funciones de la familia.
5. Crisis: considerando a las normativas y no normativas así como sus principales factores desencadenantes.
6. Dinámica de la familia, donde se considerara una revisión de temas como teoría general de los sistemas, revisando a los subsistemas de una familia; comunicación, roles, grupo y liderazgo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. Entrevista clínica familiar, definición, propósito, características generales y el modelo sistematizado propuesto de entrevista clínica aplicado a la medicina familiar.

CAPACITACIÓN PRÁCTICA:

Se realizar sesiones con pacientes reales o simulados en cámara de Gessell dirigidas por un terapeuta familia capacitado y experimentado que realiza paso a paso el modelo propuesto para el abordaje del paciente y su familia. .

La segunda fase del modelo es la evaluación que se da en dos etapas:

1. Evaluación teórica: ya que esto permitirá observar o tener visión de los conocimientos obtenidos por el grupo en formación que se esta capacitando
2. Evaluación práctica: donde se evaluará al grupo en el trabajo con familias reales o simuladas, utilizando la cámara de Gessell, se efectuarán tres a cinco secciones por cada alumno, en esta evaluación se usarán cédulas que registren y evalúen los siguientes puntos.
 - Habilidades de la entrevista clínica familiar.
 - Relación médico-paciente-familia.
 - Familiograma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La cédula ó lista de cotejo de estos tres apartados se evaluarán con una escala de puntuación; ésta tiene cuatro niveles de evaluación que se refiere a la frecuencia en que se hace ó realiza la habilidad o cuestionamiento específico que se pregunta en cada parte de la entrevista clínica. La escala tiene equivalentes en número como se muestra a continuación:

NUNCA = 0	A VECES = 1	CASI SIEMPRE = 2	SIEMPRE = 3
-----------	-------------	------------------	-------------

Es importante insistir en que se necesita por lo menos tres a cinco evaluaciones de cada residente para poder utilizar esta escala. De esta forma, una habilidad será evaluada con 0 (nunca) cuando en las 3, 4 o 5 sesiones, el residente no la ejecute. Se evaluará con 1 (casi siempre) cuando las habilidades se hacen en menos de la mitad de las evaluaciones. Será evaluado con 2 (casi siempre) cuando las habilidades se realizan en más de la mitad de las evaluaciones y será evaluado con 3 (siempre) cuando las habilidades sean ejecutadas en todas las evaluaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA ENTREVISTA CLINICA FAMILIAR.

HABILIDADES DE LA ENTREVISTA CLINICA FAMILIAR.		EXCELENTE	51-60
		BUENA	41-50
PUNTUACIÓN MÁXIMA	60	REGULAR	31-40
PUNTUACIÓN MINIMA	0	INSUFICIENTE	0-30
HABILIDADES EN LA RELACION MÉDICO PACIENTE.		EXCELENTE	21-24
		BUENA	17-20
PUNTUACIÓN MÁXIMA	24	REGULAR	13-16
PUNTUACIÓN MINIMA	0	INSUFICIENTE	0-12
HABILIDADES PARA REALIZAR EL FAMILIOGRAMA.		EXCELENTE	16-18
		BUENA	13-15
PUNTUACIÓN MÁXIMA	18	REGULAR	10-12
PUNTUACIÓN MINIMA	0	INSUFICIENTE	0-9

Los insumos requeridos para este trabajo son:

1. Terapeuta capacitado y especializado en el área.
2. Investigador del presente trabajo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN.

3. Cámara de Gëssell
4. Cédulas, lápices y papelería en general.

Las cédulas desarrolladas y lista de cotejo se muestran en los anexos:

- 6.1. Habilidades en la entrevista clínica familiar.
- 6.2. Habilidades en la relación médico-paciente.
- 6.3. Habilidades en la realización de familiograma.
- 6.4. Evaluación global de la entrevista clínica familiar.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. Editorial medicina familiar mexicana, 7ª. Edición. México 2000. Págs. 143-149.
2. Diccionario de la real academia de la lengua, edición 1969. Editorial Larousse. Francia. Pág. 410
3. Diccionario de pedagogía y psicología. 1ª. Edición. España 2000. Pág. 105
4. Diccionario. Mosby de la medicina y ciencias de la salud. 2ª edición. España 1995. Editorial Mosby. Pág 584
5. Mc Whinney IR. Medicina familiar. Editorial Mosby/Doyma. 1ª edición. España 1995. Págs. 101-113.
6. Phares EJ. Psicología clínica, conceptos, métodos y práctica. Editorial Manual Moderno. 4ª edición. Estados Unidos 1996. Págs. 153-181.
7. Poussin C. La entrevista clínica. Editorial Limusa, 1ª edición. México 1995. Págs. 105-115.
8. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson tratado de pediatría. Editorial McGraw-Hill interamericana. 15ª edición. Estados Unidos 1995.
9. Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. Ediciones medicina familiar mexicana. 1ª edición. México 1982. Págs. 104-110-
10. Huerta GJ. La familia en el proceso salud-enfermedad. México 1999. Págs. 22-68.
11. Medalie JH. Medicina familiar, principios y practica. Editorial Limusa. 1ª edición. Estados Unidos 1997. Págs. 77-91.
12. Garza ET. Trabajos con familias. Subdirección de educación continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León. 1ª edición. México 1997. Págs. 27-33, 39-62, 101-105.
13. García SL. Técnicas de entrevista y comunicación. En: Taylor RB, Buckingham JL, Donatelle EP, Johnson TA, Sherger JE. Medicina de familia, principios y práctica. Editorial Doyma. 3ª edición. Estados Unidos 1991. Págs. 55-61.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14. Zurro M, Pérez C. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Editorial Mosby/Doyma. 3ª edición. España 1995. Págs. 158-169.
15. Brambila BG. Análisis de la relación médico-paciente con el modelo de Szasz-Hollander, en dos clínicas del ISSSTE. Tesis del curso de especialización en medicina familiar de la Facultad de Medicina. UNAM. México 1988. Págs.5-13.
16. Florenzano UR. La relación médico-paciente en medicina familiar. Revista internacional de medicina familiar 1986; (4)3:23-27.
17. Durante E. La relación médico-paciente-familia una aproximación metodológica. En: Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Editorial Panamericana. 1ª edición. Argentina 2001. Págs. 159-171
18. Freidberg A. Un enfoque humanista a la terapia de la pareja. Editorial Limusa. 1ª edición. México 1992. Págs.66-71.
19. Martínez JA. La terapia de familia un modelo vivencial. Editorial Limusa. 1ª edición. México. Págs. 30-35.
20. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Editorial Gedisa. 2ª edición. España 1979. Págs. 19-38,138-164.
21. Sánchez GD. Terapia familiar; modelos y técnicas. Editorial Manual Moderno. 1ª edición. México 2000. Págs.
22. Apuntes de entrevista. Instituto nacional de antropología e historia.2002.
23. Abreu LM. Fundamentos del diagnóstico. Editorial Méndez editores. 9ª edición 1991. Págs.12-16.
24. Jarabo CY, Vaz LF. Orientación familiar en atención primaria de salud: un enfoque sistémico. Aten Primaria 1995; 16 (9): 557-562.
25. Márquez CI, Gascón VJ, Domínguez GB, Gutiérrez MM, Garrido BC. Clasificación demográfica de la familia en la zona básica de salud la orden de Huelva. Aten Primaria 1995; 15(1):30-32.
26. Albíges LI, Saans I. Entrevista clínica. Aten Primaria 1991; 8 (1):40-57.
27. García CJ, Aseguiñolaza L, Tazon P, Lasa G. Docencia en técnicas de comunicación y entrevista: necesidad de un modelo integrador. Aten Primaria 1994; 9(30): 1088-1091.
28. Bellón SJ, Delgado SA, Luna del castillo JD, Lardelli CP. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-297.
29. García OL, Villegas V, Martínez MN, León ML, Ballesteros AM. Actitud del médico en la entrevista clínica. Aten Primaria 1991; 8(6): 84-85.
30. Iragüen EP, Salcedo AV. Descripción del proceso de un grupo Balint durante el año 1992: a propósito de 16 casos informados. Aten Primaria 1995; 15(2): 94-100.
31. Fernández SM, Iglesias C, Maretó A, Naberan C, Rodríguez ML, Ferrer R. La relación médico-paciente a través de un grupo Balint. Aten primaria 1993; 12(7): 18-26.
32. Peñalva C. Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "entrevista estructural". Salud Mental 2001; 24(2): 32-42.
33. Iragüen EP, Olaskoaga AA, Salcedo AV, Salgado SJ, Ortego FA, de la Rica J. Satisfacción de usuarios de equipos de atención primaria: relación con la formación del médico en el área de la relación médico-paciente. Aten Primaria 1995; 16(8): 485-490.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

34. Girón M, Sánchez GE. Eficacia de una técnica de adiestramiento sobre las destrezas de entrevista clínica asociadas con la capacidad psicodiagnóstica del médico. *Aten Primaria* 1998; 21(3): 21-28.
35. Torio DJ, García TM. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria* 1997; 19(1): 44-60.
36. Torio DJ, García TM. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria* 1997; 19(1): 63-74.
37. Castro GJ, Quesada JF. ¿Como mejorar nuestras entrevistas clínicas? *Aten Primaria* 1996; 18(7): 399-402.
38. Santos CB, Armas FA, González VP, Viñas GG, Mauriset MR. Tentativa de suicidio y apgar familiar modificado. *Revista Cubana Med Gen Integr.* 1997;13 (4): 325-329.
39. Real PM, Rodríguez-Arias PJ, Cagigas VJ, Aparicio SM, Real PM. Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatoformes en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 11(4): 241-246.
40. García CJ, Sanz CC, Montón FC. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I): expectativas del paciente. *Med Clin (Barc)* 1999; 112(3): 102-105.
41. De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, De los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria* 1998; 21(4): 219-224.
42. http://www.galcon.com/poazau/art_psis_0.1.htm. *la primera entrevista familiar.*
43. Zenarutzabeitia PA. Un modelo de trabajo: la entrevista familiar. *Aten Primaria* 1998; 22(1): 235.
44. Zenarutzabeitia PA. Atención familiar: como trabajar con el paciente y su familia. *Aten Primaria* 1997; 20(1): 218-219.
45. Rodríguez GP, Rodríguez PL. Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Revista Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(4): 409-414.
46. Rodríguez LJ. La primera entrevista con familias un modelo sistémico para el médico familiar en Irigoyen CA. *Fundamentos de medicina familiar. Editorial medicina familiar mexicana, 7ª. Edición. México 2000. Págs.47-63.*
47. García VJ. Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana. *Revista Medica IMSS* 1999; 37(3): 213-220.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6. ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 6.1.

**ENTREVISTA CLINICA
HABILIDADES EN LA ENTREVISTA CLINICO FAMILIAR**

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
I. PRIMER CONTACTO CON LA FAMILIA.					
a) EL MEDICO SOLICITA INFORMACION SOBRE EL PACIENTE O LA FAMILIA ANTES DE LA ENTREVISTA.					
b) EL MEDICO INVESTIGA CUAL FUE LA VIA DE REFERENCIA REFERENCIA.					
II. SOCIALIZACION					
a) EL MEDICO SE PRESENTA ANTE EL PACIENTE O LA FAMILIA					
b) EL MEDICO SOLICITA LA INFORMACION NECESARIA PARA ELABORAR UNA FICHA DE IDENTIFICACION Y EL FAMILIOGRAMA (NOMBRE, EDAD, OCUPACION, AHI, ETC.)					
c) EL MEDICO ESTABLECE EL TIEMPO Y FRECUENCIA DE LAS SESIONES.					
III. EXPOSICION DE MOTIVO DE CONSULTA					
a) EL MEDICO SOLICITA AL PACIENTE O LA FAMILIA QUE EXPRESA SU MOTIVO DE CONSULTA.					
b) EL MEDICO UTILIZA UN CUESTIONAMIENTO CIRCULAR A NIVEL VERBAL Y NO VERBAL.					
c) EL MEDICO INVESTIGA SOBRE EL PROBLEMA O PROBLEMAS Y SU RELACION ENTRE LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.					
IV. ESTADIO INTERACTIVO					
a) EL MEDICO BUSCA Y PREGUNTA LA VISION INDIVIDUAL DE CADA ELEMENTO EN RELACION AL PROBLEMA PRESENTADO.					
b) EL MEDICO OBSERVA LA REACCIONES DEL PACIENTE O DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES, DURANTE LA ENTREVISTA.					

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 6-1. (Continuación)

ENTREVISTA CLINICA

HABILIDADES EN LA ENTREVISTA CLINICO FAMILIAR

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
V. FOCALIZACION DE PROBLEMAS					
a) EL MEDICO ACLARA CON LA FAMILIA EL PROBLEMA O PROBLEMAS PRESENTADOS					
b) EL MEDICO CONJUNTAMENTE CON LA FAMILIA O EL PACIENTE IDENTIFICA PRIORIDADES Y JERARQUIZA PROBLEMAS					
VI. BUSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIONES					
a) EL MEDICO PIDE INFORMACION SOBRE LAS ALTERNATIVAS EMPLEADAS.					
b) EL MEDICO INVESTIGA SOBRE LOS RESULTADOS DE SUS ALTERNATIVAS.					
c) EL MEDICO FACILITA LA BUSQUEDA DE NUEVAS ALTERNATIVAS.					
VII. DIAGNOSTICO FAMILIAR					
a) EL MEDICO IDENTIFICA LOS SUBSISTEMAS INVOLUCRADOS					
b) EL MEDICO IDENTIFICA LOS PROBLEMAS DE SALUD PRESENTES.					
c) EL MEDICO EXPLICA AL PACIENTE O FAMILIA SOBRE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS.					
d) EL MEDICO RESUELVE LAS DUDAS DEL PACIENTES O FAMILIA.					
e) EL MEDICO PLANTEA POSIBLES VIAS DE SOLUCION.					

TESIS CON
 ESTA ETIQUETA DE ORIGEN
 DE LA BIBLIOTECA

RELACION MEDICO PACIENTE

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
A. EL MEDICO ENTIENDE LA SITUACION PROBLEMATICA DEL PACIENTE Y LA FAMILIA (CUESTIONAMIENTO-RESPUESTA)					
B. EL MEDICO CAPTA EN FORMA COMPLETA EL CONTENIDO EMOCIONAL DEL PACIENTE O DE LA FAMILIA.					
C. EL MEDICO IDENTIFICA A NIVEL CONDUCTUAL PROBLEMAS DEL PACIENTE O DE LA FAMILIA.					
D. EL MEDICO SE MANTIENE ATENTO AL LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL DEL PACIENTE O DE LA FAMILIA.					
E. EL MEDICO CONJUNTAMENTE CON EL PACIENTE O LA FAMILIA, ACLARA LOS CONTENIDOS EMOCIONALES.					
F. EL MEDICO MANTIENE CONTACTO VISUAL CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA.					
G. EL MEDICO EXPLICA DE ACUERDO AL NIVEL DE ENTENDIMIENTO DEL PACIENTE O LA FAMILIA EL PROBLEMA.					
H. EL MEDICO SOLO HACE DIAGNOSTICOS EN RELACION A LOS PROBLEMAS PRESENTADOS					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HABILIDADES EN LA REALIZACIÓN DE FAMILIOGRAMA

	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA	OBSERVACIONES
a) EL MEDICO SOLICITA LA INFORMACION NECESARIA PARA LA ELABORACION DEL FAMILIOGRAMA.					
b) EL MEDICO UTILIZA LA SIMBOLOGIA ADECUADA.					
c) EL MEDICO REALIZA EL FAMILIOGRAMA HASTA 3 GENERACIONES.					
d) EL MEDICO IDENTIFICA Y SIMBOLIZA AL PACIENTE PROBLEMA.					
e) EL MEDICO DELINEA LAS RELACIONES FAMILIARES.					
f) EL MEDICO DEFINE TIPOLOGIA E IDENTIFICA FASE DEL CICLO VITAL.					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

LISTA DE COTEJO

NOMBRE: _____ Folio: _____
 SEDE HOSPITALARIA: _____ GRADO: _____

EVALUACION GLOBAL DE LA ENTREVISTA CLINICA FAMILIAR

ITEMS	1ª ENTREVISTA		2ª ENTREVISTA		3ª ENTREVISTA		Resultado final			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1a										
1b										
2a										
2b										
2c										
3a										
3b										
3c										
4a										
4b										
5a										
5b										
6a										
6b										
6c										
7a										
7b										
7c										
7d										
7e										

TOTAL _____

RELACION MEDICO PACIENTE

ITEMS									
A									
B									
C									
D									
E									
F									
G									
H									

TOTAL _____

FAMILIOGRAMA

ITEMS									
a									
b									
c									
d									
e									
f									

TOTAL _____

TESIS CON
FALLA DE JUREN