

11262



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
CAMPO DE ESTUDIO PRINCIPAL: EDUCACIÓN MÉDICA

“IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO – PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN CIENCIAS

PRESENTA

MC. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

ASESOR DE TESIS: DR. LUIS FELIPE ABREU HERNÁNDEZ

CO-ASESOR: DR. TONATIUH GARCÍA CAMPOS

Facultad de Medicina



MÉXICO, D.F., JUNIO DE 2005

m 345862



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

CONTENIDO	PÁGINA
Resumen	3
Introducción	4
Antecedentes	6
a) Comunicación	6
b) Educación basada en competencias	19
Método	35
Objetivos	35
Metodología primera fase del estudio	36
Metodología segunda fase del estudio	39
Resultados primera fase del estudio	43
Resultados segunda fase del estudio	64
▪ Análisis de la población estudiada	64
▪ Análisis del cuestionario aplicado y análisis factorial	66
Discusión de resultados primera fase	93
Discusión de resultados segunda fase	106
Elaboración de las competencias de comunicación médico paciente en medicina familiar	136
Redacción final de las competencias	139
Propuesta educativa sobre comunicación médico paciente por competencias, en medicina familiar	144
Conclusiones	156
Referencias bibliográficas	159
Anexos	164

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

RESUMEN

Dada la importancia de la comunicación como herramienta para la interacción médico paciente, el objetivo de esta investigación es identificar las situaciones en las cuales el médico familiar requiere desarrollar su competencia profesional para comunicarse más eficazmente con sus pacientes, a fin de incidir positivamente en los resultados de salud y, derivado de lo anterior elaborar una propuesta de curso sobre competencias de comunicación.

El método de investigación implicó incursionar en las teorías de la educación basada en competencias, en la atención centrada en el paciente y en la metodología cualitativa con el propósito de encontrar las técnicas más apropiadas para obtener la información deseada.

El proceso se dividió en dos fases; en la primera, mediante dos técnicas de la metodología cualitativa, denominadas “incidente crítico” y “tkj”, se investigaron a 166 médicos residentes y adscritos en unidades de medicina familiar en el Distrito Federal: 73 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 84 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y 9 de la Secretaría de Salud (Ssa).

Los resultados de esta etapa permitieron identificar 64 categorías que representan situaciones en las cuales los médicos familiares reconocen tener dificultades para comunicarse con sus pacientes. Aplicando el método de Catell (19), se realizó una reducción de categorías y se elaboró un cuestionario con 34 reactivos que permitieron explorar tanto la frecuencia con la que confrontan dichas situaciones ante sus pacientes, como el nivel de dificultad que les representa abordar el problema. El proyecto de cuestionario se sometió a un procedimiento de revisión por jueces, con ello se depuró y corrigió para aplicarlo durante la segunda fase del estudio.

Se aplicó a 580 médicos: 228 del IMSS y a 352 del ISSSTE. Posteriormente se efectuó el estudio de la confiabilidad con el alfa de Crhonbach, y a continuación se efectuó un análisis factorial exploratorio mediante el cual se logró explicar el 47.04 % de la varianza y alfa de Crhonbach de 0.83 para la exploración de la frecuencia; y una explicación de la varianza de 53.55% con alfa de Crhonbach de 0.92 para la exploración de la dificultad. El análisis factorial identificó los siguientes factores de importancia para los médicos: otorgar malas noticias, abordaje de la sexualidad y dinámica familiar, lograr que el paciente aprecie de forma realista su situación médica, insatisfacción de expectativas del paciente, dificultades del médico para que el paciente acepte las repercusiones de enfermedades crónica y degenerativas, involucrar al paciente y familia en el manejo del problema de salud, problemas logísticos de la institución para otorgar la atención médica y proporcionar información médica efectiva para facilitar las decisiones del paciente.

Con esta información y basado en la teoría de elaboración de competencias profesionales, se elaboraron las competencias de comunicación y se realizó la propuesta de curso. Puesto que fueron obtenidas desde la propia perspectiva de los médicos que laboran en unidades de medicina familiar, aunque pueden existir otras competencias, se estima que estas pueden ser las más relevantes para los médicos investigados.

Palabras clave: educación basada en competencias, comunicación médico paciente, medicina familiar.

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

INTRODUCCIÓN

Existen evidencias de mala comunicación entre el médico y el paciente, por ejemplo reportes (64) en los cuales se hace notar que el médico de nuestro país ha entrado en una etapa de demandas por práctica inadecuada. También se ha señalado (52), que un elevado porcentaje de las quejas que se presentan ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), refleja una mala interacción entre el médico y el paciente e insatisfacción de éste por el trato recibido. Se considera que como parte de la competencia que debe poseer el médico para un adecuado ejercicio clínico, está la habilidad para establecer una comunicación afectiva con el paciente, ganar su confianza y compartir con él las decisiones. Lo anterior implica evitar el error de ver a la comunicación como una herramienta que sólo sirve de ventana para inspeccionar el aspecto puramente biológico del individuo. Esta relación afectiva requiere un espíritu humanista, con apertura para las necesidades de comunicación del paciente, disposición para trabajar en equipo y transmitir conocimientos y experiencia tanto al paciente como a su familia y equipo de salud. Se considera que la mayoría de los clínicos tienen un escaso entrenamiento formal en habilidades de comunicación (90), situación que también se identifica en la formación profesional de los médicos en nuestro país. Se sabe que una buena comunicación es determinante para la satisfacción del paciente, para la satisfacción del propio médico, para el apego terapéutico por parte del paciente y para obtener resultados médicos adecuados, asimismo, la insatisfacción con el cuidado médico y las quejas por mala práctica, están frecuentemente relacionadas con dificultades en la comunicación entre el médico y su paciente (21, 61, 90). Otras investigaciones (34), han señalado que las habilidades de comunicación y características humanísticas son altamente valoradas por el paciente.

A pesar de que se observa el efecto adverso de la mala comunicación en la práctica clínica, y que se ha identificado la necesidad de capacitación formal específica en esta área, por la revisión hecha en la literatura médica relativa al tema, aparentemente no se ha abordado de manera sistematizada esta situación en nuestro país, es decir; sólo se han identificado los problemas derivados de una mala comunicación entre el médico y el paciente, pero no se han propuesto alternativas que puedan contribuir a dar solución a tal problemática en la etapa formativa del médico familiar.

Por lo anterior, resulta oportuno determinar las competencias de comunicación médico paciente que debe poseer el médico familiar, contextualizadas a nuestra cultura, a fin de que pueda tener un desempeño más humanista y sea más efectivo en su trabajo profesional.

Sin embargo, al observar el estado actual de la enseñanza de esta área, se observa que tradicionalmente se ha manejado la tarea como parte de ciertos temas aislados en donde sólo se señala la importancia de mantener una comunicación adecuada. Las habilidades de comunicación interpersonal no se han enseñado ni se enseñan al médico familiar, tampoco se han incluido como parte de su currículo académico de forma específica (25, 26). Actualmente nos encontramos ante una etapa en la cual surge la corriente educativa de aprendizaje basado en competencias, la cual trata de vincular la enseñanza escolarizada con los problemas reales que aquejan a la sociedad, de tal forma que pretende dotar al profesional con un potencial en habilidades comunicativas en este caso, que le permita en un futuro cercano contender eficientemente con la problemática que le plantee su profesión ante escenarios reales, complejos y dinámicos (1).

El abordaje mediante esta estrategia educativa podrá indicar las competencias que debe poseer el médico familiar en esta área y a partir de ello se podrían plantear alternativas de capacitación a fin de mejorar la actividad clínica de este profesionista con sus pacientes.

De esta manera, como problema de investigación en este trabajo, se pretende caracterizar los problemas de comunicación existentes en la práctica clínica de los médicos familiares y utilizar esta información para determinar las competencias de comunicación interpersonal médico paciente, que debe poseer el médico familiar de nuestro medio a fin de mejorar su desempeño durante su trabajo clínico.

De igual manera, se pretende diseñar un instrumento válido y confiable que permita efectuar una medición de las situaciones dificultosas de comunicación más frecuentes y de difícil manejo para el médico familiar.

Finalmente, con la información anterior se pretende efectuar una propuesta de curso sobre competencias de comunicación para el médico familiar.

Para cumplir con lo anterior, este trabajo se desarrolla en dos fases; una primera fase de investigación que permita identificar las situaciones que el médico familiar considera como problemáticas para comunicarse con sus pacientes. Y una segunda fase en la cual, partiendo de la información obtenida en la fase primaria, se pueda construir un instrumento válido para medir las situaciones problemáticas de comunicación más frecuentes y de manejo difícil para el médico familiar. Se considera que esta metodología permitirá efectuar, finalmente, la propuesta para un curso de comunicación médico paciente para el médico familiar de nuestro entorno.

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

ANTECEDENTES

Puesto que se pretenden identificar las competencias de comunicación médico paciente del médico familiar de nuestro medio y considerando que el tema de la comunicación es muy complejo, este trabajo tratará de centrarse en los problemas que pueden existir durante la interacción entre el clínico y sus pacientes, por ello a continuación se exponen algunas de las consideraciones hechas por diferentes autores, tanto en el tema de la comunicación misma, como en el de las competencias como fenómeno educativo.

A) COMUNICACIÓN

Es probable que el estudio del fenómeno comunicativo entre el médico y el paciente resulte justificable no sólo porque la comunicación represente una de las bases tecnológicas de la medicina familiar (93), parece ser importante por diferentes razones.

Quizás la falta de adherencia terapéutica sea uno de los principales argumentos para la investigación de este fenómeno. A este respecto, por ejemplo, Britten y cols. (8), mediante un estudio de tipo cualitativo, encontraron que la falta de intercambio de información entre el médico y paciente, la falta de comprensión del diagnóstico hecho, la incomprensión del tratamiento indicado y por acciones mal comprendidas para establecer la relación médico paciente, todas fueron causas de la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente. Algunos otros de los hallazgos de estos autores, mostraron que las expectativas de los pacientes no se exploraban y que los errores que culminan en una falta de adherencia al tratamiento parecen estar vinculados a supuestos y conjeturas tanto del médico como del paciente. En su estudio, Makoul (67) llega a la conclusión de que los médicos no otorgan ni obtienen mucha información que ayude al paciente a la toma de decisiones óptimas acerca de su manejo. Sin embargo, es probable que la comunicación durante la consulta médica mejore la habilidad del paciente para poner en práctica el poder que desea sobre su propia salud, además la información adecuada de su situación médica seguramente favorecerá la participación del enfermo en las decisiones de su tratamiento.

Otro razonamiento útil para este análisis, es lo referente a la relación médico paciente. En su estudio, Torío y cols. (107), detectaron que algunos de los aspectos de mayor interés para el enfermo, fueron que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere la opinión del paciente acerca del tratamiento. Tates (104), también coincide en que una de las mayores necesidades del paciente es ser tomado seriamente, necesidad de ser entendido y conocido y por tanto, que una de las mayores cualidades del médico debe ser su conducta afectiva que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes, y aunque el autor profundiza en otros elementos de este punto señalando que una explicación de la falta de estas cualidades se puede encontrar en la asimetría cultural entre el médico y el paciente, lo cierto es que, como también señala Fones (34), las cualidades humanísticas del médico, parecen ser muy valoradas por los pacientes, y la comunicación como parte de ellas.

En un estudio hecho en nuestro país, Campero (12) y cols., observaron que los médicos en servicio social, se encuentran poco habilitados para transmitir los conocimientos generados durante la consulta médica, la anterior conclusión la basaron en observaciones tales como que el médico conducía mediante muchas preguntas el interrogatorio, interrumpiendo al paciente en su respuesta cuando éste proporcionaba más información de la solicitada, en muy pocos casos se daba tribuna libre, la exploración transcurría en completo silencio sin devolver información o educación al paciente en torno a su cuerpo, el médico no se aseguraba de que conocieran o entendieran su diagnóstico, así como tampoco su tratamiento y el canal más utilizado para las indicaciones fue la receta escrita y en menor proporción la información oral y finalmente tampoco existía un cierre adecuado de la entrevista. Tal parece que también los médicos de nuestro medio comparten dificultades para establecer una adecuada relación médico paciente.

Con relación a la satisfacción o insatisfacción que produce la comunicación adecuada tanto al paciente como al médico, se puede comentar lo siguiente: por una parte no sólo existe beneficio para el paciente, Torío (107) por ejemplo encontró que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información. Otros autores han encontrado que también existe una gran insatisfacción del paciente por la mala interacción con su médico (61, 90). Por otra parte, Maguirre y cols. (66) señalan que cuando el médico logra identificar y entender los problemas importantes de sus pacientes, cuando logra mayor satisfacción en ellos acerca de la atención recibida, cuando logra una mejor adherencia al tratamiento por parte de los enfermos, finalmente el médico también incrementa su bienestar por los resultados adecuados en el manejo del paciente. Otros autores igualmente han encontrado una alta asociación entre la satisfacción del médico con su trabajo y el proceso de comunicación con el paciente, así como insatisfacción de los médicos acerca de su formación en materia de comunicación (106), y acerca de la entrevista clínica (93). Aparentemente, existen evidencias de que los médicos reportan menor cantidad de entrevistas frustrantes después de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación (10), lo cual como se verá más adelante, también justificaría programas de entrenamiento específico en comunicación médico paciente.

Orientando la comunicación hacia otro punto interesante, también existen evidencias de resultados adversos derivados de una comunicación defectuosa, como se ejemplifica por las quejas o demandas ante la CONAMED en nuestro país. Infante y cols. (52), al identificar y documentar los aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica, encontraron que los motivos de queja se podían agrupar en nueve rubros, los problemas de comunicación fueron uno de ellos, encontrándose presentes en un 4.9 % de los casos y en un porcentaje elevado de las otras causas se podía identificar un substrato de mala relación médico paciente, de la cual la comunicación representa un aspecto fundamental. Otros dos temas interesantes que observaron estos autores, por una lado fue la elevada incidencia de quejas debidas a problemas de comunicación asociada a diferencias culturales entre el médico y el paciente, y por otro lado la posible asociación de problemas comunicativos con los aspectos organizacionales de la atención médica. Independientemente de la queja del paciente, es probable que estos dos aspectos; cultura y dificultades administrativas de los servicios de salud, sean también fenómenos de interés en la posible la capacitación del médico familiar como parte de sus habilidades de comunicación.

En otro de sus estudios, Infante (51), califica a las quejas médicas como un mecanismo que utiliza el paciente al buscar obtener un mayor control sobre la atención médica que recibe, fenómeno que, entre otras cosas, parece perseguir por parte del paciente una mayor participación en la toma de decisiones médicas, fenómeno que aparentemente se incrementa en diversos lugares del mundo (67), y que posiblemente en nuestro país también. Nuevamente, en este otro estudio la autora parece detectar problemas técnicos y administrativos como parte importante de las quejas del paciente, por lo que se

refuerza un poco la idea anterior de capacitar en estos aspectos al médico para incrementar su competencia comunicativa.

El consenso de Toronto, señala que es factible proporcionar entrenamiento específico en habilidades de comunicación, y que la comunicación efectiva entre el médico y el paciente es una función clínica central que no puede ser relegada (96, 101). También Baile y cols. (4), en un estudio más reciente concluyen la posibilidad y la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico, aunque ejemplificaron la situación con la habilidad de los médicos para otorgar malas noticias, señalan que aproximadamente el 90 % de ellos no ha tenido un entrenamiento formal para tal función, en sus revisiones encontraron que la mayoría de programas educativos de pre y posgrado no enseñan como dar malas noticias al paciente y se aprenden al observar como otros colegas manejan estas situaciones. Igualmente Ronald (90), ya había observado el bajo nivel de capacitación formal del médico en el área de comunicación.

Es posible que también en nuestro medio exista la posibilidad de capacitación en comunicación médico paciente, mediante estrategias educativas factibles de aplicarse aún ante las dificultades de nuestros sistemas de salud.

Tal parece que los educadores deben tomar el liderazgo en definir y estudiar el cambio de paradigma hacia la educación basada en competencias, pues aparentemente existen suficientes trabajos descriptivos que pueden ser empleados para crear planes curriculares basados en competencias. Sin embargo, de acuerdo con Carraccio (14), tales educadores deberán aceptar el reto de definir y estudiar los resultados de esta modalidad educativa con el mismo rigor de los estudios clínicos aleatorizados. En esta tarea, es probable que uno de los mayores desafíos sea el desarrollo de herramientas de evaluación válidas, que puedan evidenciar si el entrenamiento basado en competencias aumenta la competencia clínica. Por el momento, en este trabajo bastará con identificar en qué dimensiones de la comunicación médico paciente conviene que el médico familiar incremente su competencia comunicativa, a fin de mejorar en su desempeño profesional con el paciente. También por su parte, Maguirre y cols. (66) señalan que antes de proporcionar al médico la oportunidad de practicar las habilidades de comunicación, es conveniente primero demostrar cuáles son las habilidades que deben ser aprendidas. Del mismo modo, Cumming (16), subraya que dado el inmenso daño que puede ocasionar la mala comunicación, las escuelas deben asegurarse que los graduados estén equipados para proporcionar un buen cuidado mediante un amplio rango de competencias en esta área. En esta misma vertiente, Inui y cols. (53), precisan la necesidad de obtener competencias de comunicación basadas en la propia experiencia de los médicos de un medio determinado (9, 53), con lo cual parece justificable intentar definir las áreas o dimensiones de la comunicación en las cuales debe ser competente el médico familiar, pero además lograrlo dentro del contexto de la práctica de la medicina familiar que los médicos de nuestro medio realizan cotidianamente.

De esta manera, aquí se ha de considerar la competencia comunicativa del médico como parte de las competencias requeridas para confrontar con la diversa y compleja problemática que presenta el paciente, y parece encontrarse un apoyo teórico en la categorización que Norman (78) hace acerca de las competencias del médico. Este autor considera que son cinco las habilidades requeridas para el encuentro profesional entre el médico y el paciente: habilidades clínicas, conocimiento y comprensión, atributos interpersonales, solución de problemas con juicio clínico, y habilidades técnicas. Se puede ubicar a la comunicación dentro de los atributos interpersonales, ya que estos son considerados como la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional y personal observables en la interacción con los pacientes.

En su disertación acerca de la competencia clínica del médico, Norman comenta que aunque el paciente no está en la mejor posición para juzgar la competencia profesional del médico, existe un área en la cual se puede convertir en el mejor juez de la competencia de su médico: el dominio de la relación médico paciente y sus habilidades interpersonales. En este mismo trabajo, el autor hace alusión al trabajo de Korsch y cols. (57), quienes estudiaron la relación entre las técnicas de intervención del médico y la satisfacción del paciente, habiendo encontrado una relación significativa entre dicha satisfacción y las siguientes características del trabajador de la salud: lo amigable y simpático del médico, las habilidades de comunicación, la explicación médica de la naturaleza de la enfermedad y el manejo de la preocupación y ansiedad del paciente. Como se puede observar, aunque sólo el segundo aspecto señala directamente la comunicación, en realidad todos los aspectos en tal estudio son relativos a las habilidades comunicacionales.

En nuestro país, Lifshitz (64) por ejemplo, también señala que el trabajo clínico abarca la habilidad de establecer una relación afectiva con el paciente, que reclama la capacidad para obtener información fidedigna, completa, jerarquizarla y estimar la necesidad de información complementaria. En otro de sus trabajos (65), al describir el perfil profesional del especialista médico, Lifshitz argumenta que las habilidades deben incluir un espíritu humanista con una apertura para las necesidades de comunicación del paciente y su familia, así como una disposición para transmitir sus conocimientos y experiencias no sólo a pacientes y familia, sino también a los alumnos y equipo de trabajo.

En el ensayo que García Vigil (36) hace en torno a la relación médico paciente, describe las características de la entrevista clínica, la entrevista psicológica, la entrevista psiquiátrica y la entrevista antropológica, en todas ellas se advierte la presencia constante de las necesidades comunicacionales entre el médico y el paciente, y aunque privilegiando el modelo de entrevista antropológico, las conclusiones del autor llevan a reconocer que con una adecuada orientación comunicativa se permite entre otras cosas: mejorar la comprensión del proceso salud-enfermedad al observar la relación médico paciente, un enfoque netamente humano al enfatizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales del entrevistado, sin olvidar su substrato biológico, el uso deliberado de la palabra como herramienta poderosa de comunicación intra e interpersonal, y un máximo aprovechamiento del efecto terapéutico de la palabra per se.

Por su parte, Ronald y cols. (90), hacen una revisión de la literatura acerca de los modelos de comunicación en la entrevista médico paciente, partiendo de varios supuestos como el hecho de que la mayoría de los clínicos tienen poco entrenamiento formal en habilidades de comunicación, y que la investigación de los últimos 20 años evidencia la gran relación que existe entre la comunicación efectiva por parte del médico y la satisfacción del paciente, así como la satisfacción del propio médico. Estos autores han observado que la insatisfacción del paciente, inclusive las demandas jurídicas por una mala práctica se asocian estrechamente a una comunicación defectuosa del médico. También señalan otros aspectos interesantes como la situación de que los médicos, en general, tienen poca disposición a escuchar las historias que sus pacientes tienen y que sin embargo, tales historias con frecuencia revelan muchos aspectos del sufrimiento que no pueden ser detectados por las maravillas tecnológicas, tales como las posturas corporales, las expresiones faciales o los cambios de voz. Señalan también, que los médicos deben aprender a escuchar con ambos oídos, metáfora que significa con un oído escuchar la información biomédica y con el otro la información psicosocial del paciente. Aspectos que aparentemente tampoco han aprendido los médicos de nuestro país.

Ronal y cols (90) refieren la existencia de cuatro modelos de comunicación: 1. Modelo de las tres funciones del médico, desarrollado por Julián Bird, en el cual se comenta que el médico tiene tres funciones durante el encuentro con su paciente: recolectar información, responder a las emociones de su

paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su manejo. 2. El modelo clínico centrado en el paciente: desarrollado por el grupo de trabajo de la Universidad del Oeste de Ontario, el cual se diseñó con la intención de reemplazar al que ha predominado en la última centuria, al decir de los autores. Este modelo centrado en el paciente presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente, también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Los autores indican que dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico tenga apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, tomando en cuenta que algunos de ellos pueden resultar trastornadores, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría en el proceso de escuchar, como una actitud mental y como un atributo personal, pues dicha habilidad requiere concentración absoluta en las expresiones verbales y no verbales del paciente, entender también que este nivel de persona a persona, se basa en la confianza y el compromiso bilateral. 3. El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente, modelo desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas; comparte muchas de las características de los modelos previos, por ejemplo se señala que el médico debe poseer excelentes habilidades de comunicación, tal como lo indica el modelo de las tres funciones. También toma en cuenta la experiencia del paciente en su sufrimiento, como lo hace el segundo modelo, pero además toma en cuenta la experiencia de la familia acerca de ese mismo sufrimiento. Este modelo considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de la díada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no sólo en el biomédico. 4. El cuarto modelo es el del autoconocimiento del médico: este modelo parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos puede contribuir de manera importante para otorgar más poder a sus encuentros clínicos, sin embargo, los autores consideran que el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino tener la intención de hacerlo con el propósito de poder ser más acorde con la experiencia del paciente.

Como podrá observarse, en realidad los cuatro modelos que se han presentado por Ronald y cols. no son excluyentes uno del otro, más bien parecen complementarios y lo rescatable para este trabajo, es que en todos ellos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, así como una necesidad de capacitación del clínico en habilidades comunicacionales específicas para el mejor manejo de los fenómenos que se suscitan en su trabajo con los pacientes.

En otro trabajo realizado durante 1985-86 por Roter y Stewart (91), se analizan entrevistas grabadas, así como cuestionarios aplicados durante el trabajo cotidiano de diferentes médicos en unidades médicas de Estados Unidos y Canadá. En dicho trabajo se conformaron cinco patrones de comunicación entre el médico y el paciente: 1. Modelo de comunicación biomédico estrecho, en el cual tanto médicos como pacientes trataron poco los aspectos psicosociales de la enfermedad, centrándose en la información biomédica. 2. Modelo biomédico amplio, en el cual ya existe un poco más de intercambio de información psicosocial, pero al mismo tiempo todavía es mayor el peso de la información biomédica. 3. Modelo Biopsicosocial, aquí hay mayor equilibrio entre la información psicosocial y biomédica tanto de parte del médico como del paciente, pero aún predomina la comunicación biomédica por parte del médico. 4. Psicosocial, en este patrón ya existe mas predominio del intercambio psicosocial, los médicos casi dividen por igual su comunicación en aspectos psicosociales y biomédicos y los pacientes hacen mayor énfasis en

los aspectos psicosociales que en los biomédicos. 5. Modelo de comunicación orientado hacia el consumidor, este modelo es caracterizado porque el médico se convierte más en un consultante, que responde preguntas en lugar de hacerlas, aquí existe una gran cantidad de información otorgada por el médico hacia su paciente, este patrón tiene bajo intercambio de contenidos psicosociales.

En estos modelos, los autores detectaron que el patrón más empleado en la práctica de los médicos fue el biomédico estrecho al igual que el biomédico amplio, mientras que los patrones menos utilizados fueron el psicosocial y el dirigido al consumidor. El autor de esta líneas considera importante hace dos señalamientos con relación a este trabajo de Roter y Stewart (91), conviene señalar que la terminología empleada para la designación de los patrones encontrados, podría confundir un poco al médico familiar de nuestro medio que está acostumbrado a dar al modelo de atención biopsicosocial la connotación de integralidad (abarcando tantos aspectos biomédicos como psicosociales del paciente) y que no corresponde con el concepto empleado por los autores en su estudio para el patrón de comunicación denominado biopsicosocial, en el cual predomina la comunicación biomédica por parte del propio médico. Al mismo tiempo, resulta interesante que los autores parecen privilegiar el patrón psicosocial y si bien es adecuado animar al paciente a hablar del fenómeno psicosocial que le rodea, es conveniente resaltar que el médico familiar debe equilibrar la obtención de información biomédica con los aspectos psicosociales durante la atención del paciente.

Por su parte, McWhinney (72) señala que dentro de las habilidades que requiere el médico para desempeñarse bajo el método centrado en el paciente, se encuentra la de escuchar en forma activa, lo cual significa escuchar con una concentración intensa y total, no sólo escuchar el significado literal de las palabras, sino el significado de la expresión, también implica responder activamente en forma que revele las expresiones del médico. El autor considera que esta habilidad es una disciplina del cuerpo y de la mente. Como se puede observar, lo que McWhinney denomina escuchar activamente, en realidad se convierte en un requisito indispensable para mantener no sólo una adecuada comunicación verbal y no verbal, sino una comunicación en un nivel afectivo que permita comprender el verdadero significado de la enfermedad para el paciente, y la expresión abierta de sus sentimientos, lo cual hace recordar un hallazgo importante que Fones y cols. (34) encontraron al señalar que la comunicación y el sentido humanístico del médico son cualidades fuertemente valoradas.

En otro estudio, Jeong y cols. (55), también consideran que el logro de una interacción más humana en la relación del médico con el paciente, permite fortalecer los lazos entre el médico y el paciente, mejora la satisfacción de ambos, mejora el cumplimiento del tratamiento y además encuentran que existen pocas demandas jurídicas cuando el médico logra practicar sus habilidades de comunicación su intervención médica. Aquí, al igual que otros autores, Jeong y cols. ya permiten observar un efecto muy importante de la comunicación en el trabajo profesional del médico: el cumplimiento del tratamiento, es decir; lograr parte de una de las funciones fundamentales de todo médico con actividad clínica, el tratamiento médico del problema de salud del paciente.

En otro de sus estudios, Stewart y cols. (100), encuentran que la comunicación centrada en el paciente tiene una relación significativa con percepciones positivas para él, tales como haber encontrado puntos comunes de acuerdo con su médico, percepción de que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada, y que su nivel de molestias y preocupación han sido evaluadas. Esta relación significativa se traduce en una mayor recuperación del estado de salud del paciente con mejor recuperación de las molestias y de las preocupaciones, así como también parece disminuir la necesidad de realizar pruebas diagnósticas o referencias a otros niveles de atención. Otro aspecto importante que se destaca en este trabajo, es la consideración de que la educación en el área comunicativa, debe ir más allá del simple entrenamiento en habilidades de comunicación, señala que la educación debe encaminarse hacia una comprensión más

profunda y tratar de acompañar responsablemente al paciente durante todas las fases que implica la recuperación y conservación de la salud. Es probable que en su trabajo, los autores estén tratando de considerar que para el logro de esta tarea educativa se requiere ir más allá de una simple capacitación técnica, que se requiere de toda una filosofía y abordaje de diversas consideraciones bioéticas para poder obtener un compromiso más responsable del médico con su paciente.

Nuevamente, Stewart (101) se cuestiona si la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente hace diferencia significativa en los resultados de salud, y en una revisión que efectúa de estudios publicados al respecto en un periodo de diez años, encontró que la comunicación efectiva influye tanto durante la fase de la obtención de datos para la historia clínica, como durante la discusión del plan de manejo para los resultados deseados. Los resultados afectados fueron la salud emocional del paciente, la resolución de sus síntomas como el control del dolor y mejoría en ciertas medidas fisiológicas como la presión sanguínea y niveles de glucemia. Dentro de los obstáculos que intervienen negativamente en la comunicación, la autora describe que los problemas y psicosociales se pierden por parte del profesional de la salud, que el médico interrumpe a los pocos segundos cuando el enfermo habla, los problemas y preocupaciones del paciente no son obtenidos en casi el 50 % de los casos y que en una gran cantidad de casos no hay acuerdo de haberse obtenido el problema principal, con todo ello la autora indica que los pacientes están insatisfechos con la información proporcionada por sus médicos. Asimismo, en tal trabajo, Stewart propone montar programas educativos dirigidos a solucionar estos problemas de formación que padece el médico, basándose en la premisa de que la comunicación puede ser enseñada.

Britten (8) y su equipo, durante la búsqueda de los malos entendidos entre el médico y el paciente acerca de las decisiones en la prescripción médica, detectaron que no existió un intercambio de información adecuada por ambas partes en la población estudiada, que existía mucha información en conflicto, y que el enfermo no comprendía algunas implicaciones de su diagnóstico ni las acciones que el médico tomaba con la intención de preservar la relación médico paciente. Todo ello repercutió en una falta de adherencia al tratamiento. De lo anterior, los autores destacan la importancia de explorar y permitir que el paciente exprese sus expectativas y preferencias hacia las acciones y decisiones del médico, pues el clínico parece no darse cuenta de la relevancia de las ideas del enfermo sobre la indicación médica para el éxito del plan terapéutico.

Estos autores reportan un aspecto de importancia a considerar durante el desarrollo de la presente investigación, la falta de participación del paciente en la consulta, señalan que los errores se asocian con ello y que además los supuestos y conjeturas tanto de pacientes como de médicos, son inexactos. Por último, estos investigadores señalan la necesidad de intervenciones educativas que contribuyan a solucionar problemas como los que ellos detectaron y aparentemente se encuentran en el diseño de un modelo de abordaje que tome en cuenta ambas partes, pues se cuestionan de quién es la responsabilidad de mejorar la comunicación, destacan que hay argumentos para cambiar ambas partes, pero que dado el desbalance de poder, la responsabilidad debe recaer en el médico quien debe comprometerse en obtener las ideas y expectativas del paciente, mostrando lo valioso de tal información para cada consulta.

Por otra parte, en la búsqueda de una descripción de las habilidades comunicativas que deben desarrollar los profesionales de la salud, aparentemente no existe una clasificación clara de las características deseables para un adecuado desempeño del médico en su práctica clínica. Sin embargo, Levinson y cols, en una de sus investigaciones (61) señalan que la comunicación puede ser clasificada en tres categorías; contenido, proceso y emociones. Comentan que el contenido es la información entre el médico y el paciente acerca de temas biomédicos y psicosociales relacionados con la salud del paciente. Que el proceso es la orientación acerca del flujo de la consulta y que incluye la facilitación, entendiendo por ésta

que el paciente hable mientras el médico refuerza la conversación con breves comentarios. Y que las emociones son declaraciones positivas y negativas de aprobación o rechazo, incluyendo la risa y el buen humor, así como comentarios que indiquen preocupación o interés del médico.

Aunque el anterior trabajo estuvo relacionado con la conducta que adoptaban los médicos respecto de esas tres categorías, al igual que los demás estudios considerados en esta revisión, permite observar las características de la comunicación entre el médico y el paciente que pueden ser consideradas para ir determinando las competencias en esta área.

Otro estudio que hace una clasificación interesante de las habilidades comunicativas que debe poseer el médico, es el trabajo efectuado por Dubé y cols. (22), quienes describen las habilidades necesarias para el médico que labora en el primer nivel de atención médica:

Habilidades de comunicación básicas:

- Abrir y cerrar la entrevista
- Iniciar con una pregunta abierta
- Habilidades de obtener y cuestionar datos
- Habilidad de organizar la entrevista
- Responder a las emociones y otras habilidades de la relación

Habilidades de comunicación intermedias:

- Manejo de violencias
- Negociación para cambios de conductas indeseables

Habilidades de comunicación avanzadas:

- Entregar malas noticias
- Historia espiritual del paciente
- Decisiones avanzadas
- Dilemas éticos
- Confrontación del alcohólico con su diagnóstico

Resulta de interés esta clasificación por el hecho de ser consideradas para el médico que labora en un primer nivel de atención médica, lugar donde habitualmente se desempeña el médico familiar en nuestro país, sin embargo resulta muy general en sus enunciados y por otra parte, puede diferir de las necesidades prácticas en nuestro medio, o puede variar de acuerdo a la situación que se presenta al médico. Por ejemplo; la habilidad de cerrar la entrevista ciertamente debiera ser básica, pero aún para el médico experimentado, existen situaciones ante las cuales no es tan sencillo cerrar e indicar al paciente que ha concluido la entrevista, sobre todo si labora en alguna institución de seguridad social en donde por razones de tiempo y exceso de trabajo no es posible prolongar por mucho tiempo la consulta y si a esto se agrega la frecuente necesidad del paciente de ser escuchado, se comprende que no siempre es sencillo dar por concluidas tales entrevistas. Clasificar la entrega de malas noticias como una habilidad avanzada parece evidente si pensamos en fallecimientos, enfermedades terminales o de mal pronóstico, sin embargo habría que especificar el tipo de malas noticias que debe entregar el médico familiar que labora en un primer nivel de atención y ante qué contexto debe informarlas. Por otra parte, seguramente la lista no es exhaustiva en cada categoría y cada una de ellas pueda aumentar de acuerdo a la confrontación del médico con otras situaciones específicas. Es decir; esta categorización efectuada por Dubé y colaboradores, aunque interesante porque es de las pocas clasificaciones realizadas, aún es insuficiente para nuestros objetivos.

De acuerdo con Ruiz (93), las necesidades de formación en comunicación parecen ser muchas. En su estudio, se encontró que los médicos no valoraban los aspectos psicosociales y no empleaban habilidades de comunicación de importancia para mantener una relación eficaz, no pudiendo, por tanto ser efectivos

con sus pacientes. Además, señala que los programas de especialización en medicina familiar en España, aunque incluye cierta formación en la entrevista clínica, se consideran como una formación genérica e insuficiente. La anterior situación, aunada al hecho de que se considera a la comunicación clínica como uno de los principales sustentos de la medicina familiar, se requiere de su enseñanza formal y sistematizada a fin de que el clínico desempeñe mejor su función con el paciente.

Torío y cols (107), comentan que al evaluar el proceso de comunicación Pendleton plantea la necesidad de tener en cuenta todos los resultados de la consulta desde los inmediatos como la comprensión de la explicación y la satisfacción del enfermo, los mediatos como el cumplimiento de las indicaciones médicas, y los de largo plazo como lo sería el cambio en el estado de salud del paciente, es decir; parece apreciarse a la comunicación no sólo como una herramienta para intercambiar información, sino como una variable de cuyo contenido y calidad dependen diversos resultados del trabajo del médico, En este mismo trabajo, los autores señalan la probable concatenación de los hechos, por ejemplo; el grado de comprensión que tenga el paciente acerca de las indicaciones del médico parece aumentar su satisfacción y recuerdo del acto asistencial, lo que favorece un mayor apego a las medidas terapéuticas y por tanto un mejor resultado en su salud, de lo anterior parece desprenderse como consecuencia incrementar la calidad de la información dada al enfermo, comprobar su nivel de comprensión y tomar la medidas pertinentes en caso de detectar alguna barrera para la adherencia al tratamiento. En el estudio señalado por estos autores, se investigaron algunos de los aspectos que el paciente valora en su relación con el médico, y en orden de preferencia se encontró que la muestra de pacientes estudiados consideró en primer lugar ver al médico el mismo día, luego que el médico utilice palabras comprensibles, que aclare las dudas del enfermo, que informe como tomar el medicamento y sus reacciones secundarias, que el mismo médico atienda al paciente, y que demuestre estar interesado en el paciente. Se pueden observar varias situaciones que coinciden con algunas necesidades del paciente en nuestro medio: atención rápida, uso de un lenguaje médico comprensible, exploración de las dudas del paciente, información terapéutica, continuidad en la atención por el mismo médico y la necesidad de tener un médico interesado por el paciente. En todos estos aspectos se puede ver involucrada la comunicación, aún en circunstancias como la necesidad de ser atendido el mismo día, lo cual puede tener que ver con la percepción que el paciente tiene de una urgencia médica, y al no encontrarse necesariamente el paciente ante esta eventualidad, dependerá mucho de la forma en que el médico informe su situación real al paciente para que éste se tranquilice y se facilite el proceso del cuidado de salud.

En otro estudio de Torío y cols. (106), también se resalta la necesidad de mejorar la competencia de comunicación del médico, comentan que desde aproximadamente 1950 se ha incrementado el interés en la investigación de la relación médico paciente, en los aspectos interpersonales del cuidado y en la necesidad de demostrar la conexión de estos fenómenos con el proceso de atención a la salud y los resultados de esta. Al igual que otros autores, indican que las habilidades de comunicación están intensamente relacionadas con diversos aspectos del encuentro clínico, como la satisfacción, el cumplimiento, el pronóstico de la enfermedad y hasta la percepción de la competencia profesional así como con la frecuencia de demandas jurídicas por mala práctica. Continúan señalando que, dado lo anterior, la entrevista clínica debe convertirse en la herramienta más poderosa en manos del médico, siendo la comunicación parte fundamental de tal herramienta. Para enfatizar la importancia de la comunicación, citan el trabajo del Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud, en el que de un total de 17 competencias relevantes para el ejercicio profesional, se consideró a la competencia diagnóstico-terapéutica como la primera en importancia y a la comunicación con los pacientes se le dio el cuarto lugar, llamando también la atención que los médicos consideraron muy insatisfactoria su formación en comunicación. Torío y cols. (106) encontraron que las habilidades de comunicación más valoradas por los médicos estudiados, fueron la información que sobre el tratamiento se le da al paciente, utilización de

lenguaje comprensible, clarificación de dudas del paciente, animar al paciente al cumplimiento del tratamiento y hacer un resumen final de lo más importante de la consulta. También encontraron que la satisfacción de los médicos con su trabajo se asociaba con un proceso de comunicación adecuado con sus pacientes.

En un estudio realizado mediante la técnica de sombra en nuestro país por Campero (12), se encontró que el médico está poco habilitado para transmitir adecuadamente los conocimientos generados durante la consulta médica. El objetivo del estudio fue determinar si se favorecía la acción educativa del médico al paciente transmitiendo información y conocimientos respecto al proceso salud enfermedad. Casi la mitad de los médicos estudiados eran pasantes en servicio social, pero el resto eran médicos de base. En la mayoría de ellos se descubrieron varias faltas en la relación médico paciente, en las cuales se puede advertir una deficiencia en su formación comunicativa: sólo el 2.5 % de los médicos saludaron al paciente cuando éste entró al consultorio, únicamente el 19 % asignaba un lugar explícito al paciente y en el resto él mismo se autoasignaba el sitio, al entrar el enfermo el médico inmediatamente preguntaba “qué tiene, qué le pasa”. El 93.5 % de los médicos conducía la entrevista, preguntando lo que deseaba saber e interrumpía cuando el paciente daba más información de la solicitada, sólo el 6.5 % de los casos dio tribuna libre. La exploración transcurría en completo silencio. Aproximadamente el 45 % de los pacientes no conocieron la naturaleza de su enfermedad, y por cuanto al tratamiento indicado, el canal más utilizado fue la receta escrita y en poca proporción lo fue la información oral, sólo la tercera parte de los médicos combinó ambas modalidades, exclusivamente el 5% de los médicos buscó la comprensión de las indicaciones por parte del paciente. Finalmente, estos autores encontraron que en el 85% de los casos no existió un cierre adecuado de consulta, la cual en la mayoría de los casos terminaba con frases como “tómese los medicamentos”, o “aquí tiene la receta”. Este estudio se efectuó en una zona rural del estado de Oaxaca, sin embargo, es posible que estos deplorables resultados se descubran en médicos de otras regiones de nuestro país, evidenciando no sólo deficiencias en la comunicación, sino en el modelo de relación médico paciente, en donde parece lejano un trato centrado en el paciente y más bien parece un modelo muy preocupado en la identificación del problema, lo que produce una gran distancia entre el clínico y el enfermo, desatendiendo la colaboración del paciente en sus propios problemas de salud, ya que de acuerdo con los autores, en este tipo de relación no existe ninguna acción educativa que transforme al consultante en un sujeto participativo en el proceso, ni desarrolla en el médico un espíritu de involucrar a su paciente a quien debe devolver información y conocimientos que puedan favorecer la mejora en el cuidado a la salud.

Las anteriores argumentaciones presentadas a través de diversos autores, se constituyen en algunos de los principales elementos encontrados para resaltar la importancia de que el médico familiar posea mejor competencia en comunicación, para enfrentar de manera más eficaz la problemática que le plantea el paciente. A continuación, se revisará el aspecto cultural de la comunicación, el cual también resulta de gran interés dada la interpretación que cada cultura puede dar tanto al fenómeno de la comunicación, como al fenómeno salud-enfermedad. En el presente trabajo, se considera que el análisis de la influencia cultural, por lo menos en sus elementos básicos, es determinante para comprender mejor el fenómeno comunicativo entre el médico y su paciente.

Comunicación y contexto.

Dentro del estudio de la comunicación, el contexto en el cual se desarrolla el encuentro clínico entre el profesional de la salud y el enfermo, parece ameritar mención especial para una mejor comprensión del fenómeno. En este sentido, se abundará un poco acerca del contexto cultural del paciente, que en muchos casos es muy diferente del contexto cultural que posee el médico. La cultura suele proporcionar significados opuestos a la comunicación que utiliza cada uno de ellos, con consecuencias nada favorables durante su interacción. Diversos autores pueden ejemplificar la anterior aseveración. Por ejemplo, Carrillo y colaboradores (15) consideran que a pesar de la gran cantidad de culturas existentes en Estados Unidos, no existe un entrenamiento adecuado para solventar los problemas relativos a tal diversidad cultural de la población. Estos observadores señalan que la cultura representa un sistema de valores compartidos, creencias y patrones de conducta aprendidos, y que no es definida simplemente por el origen étnico. También señalan que está conformada por factores como la proximidad, educación, género, edad y preferencia sexual. Preocupados por la influencia que le reconocen a la cultura en el proceso salud enfermedad, este grupo de trabajo enseña a los médicos los conceptos y habilidades necesarios para superar las barreras que implican las diferencias socioculturales entre el médico y el paciente y que afectan la comunicación y la relación entre ellos. Parecen proporcionar esta instrucción mediante un currículum denominado abordaje transcultural basado en el paciente. Aparentemente este currículo abarca un juego de conceptos y habilidades enseñados en cinco módulos: conceptos básicos; problemas culturales centrales; comprensión del significado de la enfermedad; determinación del contexto social del paciente y negociación a través de la cultura. Entre los elementos que se pueden resaltar se encuentra el abordaje de problemas de ocurrencia común en encuentros transculturales y que incluyen relación de autoridad, contacto físico, estilos de comunicación, género, sexualidad y familia. Igualmente, resalta el abordaje del modelo explicatorio que el paciente otorga a su enfermedad, pues se considera que está determinado, entre otras cosas, por la cultura y que comprende una serie de creencias, preocupaciones y expectativas acerca de la enfermedad y del encuentro médico, es decir; la comprensión que tiene el paciente del origen, severidad y pronóstico de su enfermedad, expectativas del tratamiento, así como la afectación que tendrá su vida. Por último, abordan los problemas que pueden generarse a causa de la perspectiva cultural diferente que tiene el médico como cuidador de la salud y el paciente como el que experimenta la enfermedad.

Este estudio, más que mostrar los contenidos curriculares de su programa, evidencia la preocupación existente en algunos autores por abordar las dificultades en la comunicación médico paciente generadas por las diferencias culturales, y aparentemente el currículo presentado capacita a los médicos para hacer un corte en sus barreras preceptuales para ayudarles a quitarse el velo de malentendidos en los aspectos social y cultural.

En otro estudio, Waitzkin y cols. (108), señalan que las barreras sociales impiden una comunicación efectiva y representa un problema al proporcionar información por parte del médico, consideran que los médicos tienden a subestimar el deseo de información del paciente y que perciben mal el proceso de otorgar información, que la estructura sociolingüística de comunicación del médico hace que este mantenga un estilo de control elevado, lo que implica muchas preguntas, interrupciones y descuido del resto del mundo del paciente. Con estas perspectivas, en su trabajo efectuado en unidades del primer nivel de atención, en la ciudad de Oaxaca, Méx., trataron de observar la forma en que los médicos proporcionan información al paciente relacionándola con algunas variables socioculturales como sexo, clase social y aspectos socio emotivos, Como resultados interesantes encontraron que la consulta en promedio duraba 13 minutos, de los cuales sólo se gastaban 2 minutos en otorgar información. El médico hacía 27 preguntas por 1.5 del paciente. La característica más asociada con el otorgamiento de información por parte del médico, fue el género y no la educación del paciente, el médico de nuestro país fue ubicado, en ese

estudio, en un rango medio de uso de tecnicismos en sus explicaciones y parece subestimar la necesidad de información del paciente. En términos generales, encontraron que el médico en su interacción se muestra más como ocupado que como huraño, más paciente que impaciente, más respetuoso que irrespetuoso, mientras que el paciente se muestra más pasivo que asertivo, más tenso que relajado y más afable que hostil.. Al comparar estos resultados con estudios previos en Estados Unidos, encontraron variaciones culturales, y muchas de las dificultades de comunicación reportadas en otros estudios, como el poco tiempo destinado a proporcionar información, pasividad en el cuestionamiento del paciente y parece que al paciente a quien se percibe con menor educación se otorga mayor tiempo de información y más atención a sus aspectos socio emotivos. Finalizan señalando que los objetivos de la práctica clínica están cambiando para enfatizar que el mejoramiento en la comunicación médico paciente es tanto deseable como posible.

Nuevamente parece detectarse preocupación en los autores porque el médico considere los aspectos culturales y parecen señalar que los pacientes con un desarrollo sociocultural menor, tienen mayor necesidad de que les sean explicados con mayor calma sus problemas de salud. Y hacen la recomendación de que la capacitación en comunicación sea tomada en cuenta.

Skelton y colaboradores (97), también manifiestan preocupación por las dificultades que imponen las diferencias culturales. Siendo su preocupación el acontecer en Reino Unido, señalan que los estudios de comunicación se han hecho en escenarios donde predomina un modelo occidental y que éste ha influenciado la formación en habilidades de comunicación, que aunque se ha avanzado en investigación acerca de la comunicación, pocos estudios incluyen los problemas de cruce cultural, tomándose poco en cuenta aspectos como el hecho de que cada cultura percibe y metafórica sus enfermedades de manera diferente, o que se producen relaciones profesionales distintas, o que la negociación con el paciente no siempre lleva a la misma conformidad occidental ante ciertos problemas como el consentimiento informado. Estos autores consideran pues, que existe un hueco de conocimientos acerca de la efectividad de los patrones de comunicación en circunstancias diferentes de las occidentales, por lo cual plantean varias interrogantes, por ejemplo: ¿las conclusiones obtenidas en estudios de occidente, pueden ser generalizables a otras culturas? ¿Es posible transferir conceptos de una cultura a otra como la atención centrada en el paciente o el lenguaje para manifestar el sufrimiento?

Con este grupo de trabajo, parece encontrarse un elemento importante para la argumentación de obtener competencias contextualizadas a nuestro medio, es decir; no bastaría con identificar las habilidades requeridas y ya detectadas por otros autores, sino que éstas deberán surgir desde el interior del trabajo cotidiano mismo de este profesionista de la salud, ante sus propios escenarios laborales, y ante las muy particulares dificultades que le representan la atención de pacientes con una idiosincrasia impresa por el hecho de pertenecer a una cultura como la nuestra, o más bien pertenecer a una de las diferentes culturas existentes en nuestro país, y al interactuar entre ellas, se constituyen en una mezcla de gran diversidad cultural.

Ante lo anterior, Skelton (97) y su grupo por su parte, sugieren el aprendizaje de habilidades genéricas y transferibles que incluyan responder a una cultura individual en su más alto sentido, desarrollar una elevada conciencia de las propias actitudes hacia las diferencias, y sensibilidad para problemas de estereotipo, prejuicio y racismo, incluyendo el poder y desventajas sociales, asimismo proponen que se incluya en los programas la negociación de cambios institucionales. De esta forma, los autores también coinciden en que a pesar de que ya se empieza a preparar a los médicos para trabajar ante la diversidad cultural, aún hay mucho camino por recorrer y que los educadores enfrentan actualmente un gran número de cuestiones y cambios en la determinación de cómo debe ser enseñada la comunicación transcultural.

Por otra parte, en la investigación de Hallenbeck (46), se encuentran elementos muy importantes al definir la cultura como un juego de pautas implícitas y explícitas que heredan los individuos como miembros de una sociedad particular, éstas les dicen cómo observar el mundo, cómo experimentar los aspectos emocionales, y cómo conducirse ante los demás, cómo comportarse ante las fuerzas sobrenaturales y ante el medio ambiente. También se hallan elementos que coinciden con la definición de Carrillo (15), al señalar que la cultura no es sólo etnicidad, que la raza, nacionalidad, origen geográfico, religión, edad, género, orientación sexual, familia, profesión y roles sociales, todos pueden contribuir a la identidad cultural. Otros elementos importantes que se observan en ese trabajo, son los conceptos de contextos alto y bajo culturalmente hablando, señala Hallenbeck que los antropólogos han observado que algunas culturas dependen del contexto en el cual ocurre la comunicación. Señalan que una comunicación de contexto cultural bajo, es aquella en la cual los individuos tienden utilizar preferentemente la comunicación verbal y prestan menos atención a la comunicación no verbal y a la relación entre los participantes, mientras que en la comunicación de contexto cultural alto, los individuos dependen más de la comunicación no verbal y de las conexiones no habladas entre la gente, y menos de la comunicación verbal. El autor llama la atención también, al hecho de que la medicina occidental, como subcultura, trasmite sus datos científicos mediante un contexto bajo, mientras que muchos fenómenos de la salud, como la agonía y la muerte, por citar ejemplos, son fenómenos humanos que se dan en un contexto cultural alto. Hallenbeck, señala que existen varios desafíos transculturales en la comunicación médico paciente, y que el más obvio es el lenguaje. También comenta que la cultura esconde más de lo que revela y que los valores y creencias pueden ser conscientes o inconscientes de tal forma que el fenómeno se complica, por ejemplo; la negociación mutua para el cuidado de la salud puede resultar dificultosa dado que los participantes con frecuencia no son conscientes de la postura con la cual están negociando. Puede llegarse a malos entendidos si no se comparte el contexto cultural cuando se está hablando de temas con elevado contenido emotivo y de importancia para el paciente aunque no necesariamente importantes para el médico. Además, continua disertando este autor, todos los humanos traen a sus encuentros su propia historia cultural, es decir; si el paciente ha vivido conflictos de grupo como el racismo, esta historia se torna parte de su encuentro con el médico, aunque ambos no se percaten de ello. Los rituales o tabúes ante enfermedades terminales también deberá tratar de entenderlos el médico.

No podrá existir comunicación a menos que el médico desarrolle habilidades para facilitar este proceso, y cuando menos deberá ser conciente de la existencia de dos habilidades particularmente importantes (46): promover el entendimiento mutuo, y negociar también mutuamente un abordaje para el cuidado de la salud del paciente. Así, se considera que un camino seguro para promover el entendimiento compartido es la facilitación de la expresión verbal del contexto no hablado de los participantes, es decir; promover la comunicación de bajo contexto. Para ello, Hallenbeck, recomienda el abordaje del “modelo explicatorio del paciente”, consistente en un método para verbalizar el contexto cultural de la enfermedad, mediante una serie de preguntas acerca de cómo es entendido el padecimiento y qué debe hacerse acerca de él, las preguntas se agrupan alrededor del “qué, por qué, cómo y quién”, se supone que este modelo permite al médico explorar creencias y valores, conductas y roles sociales de los participantes. Finalmente, el autor señala que el desarrollo de una comunicación culturalmente competente significa mejorar el conocimiento y ampliar actitudes y habilidades prácticas necesarias en el médico, y que el médico de atención primaria tiene la oportunidad de obtener el conocimiento tanto del paciente como de su familia antes de que surjan situaciones dificultosas en su cuidado y con ello promover la comprensión compartida entre el clínico del sistema de salud, el paciente y su familia.

B) EDUCACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS

Otro factor de gran importancia para el presente trabajo, es el relativo al concepto de competencias, por lo que pasando al estudio de este fenómeno, puede resultar conveniente remitirse primero a sus orígenes.

Todo parece indicar que esta modalidad educativa surge a partir del fenómeno de la globalización de mercados en el ámbito internacional y que incluye el aspecto educativo. En Estados Unidos de Norteamérica, se origina aplicado inicialmente a la formación de maestros de educación básica y luego se extiende a la educación superior. Este movimiento se ubica en los comienzos de la década de los años sesenta, de tal forma que para 1963 aparecen los primeros documentos (1). Esta novedosa modalidad se va propagando hasta llegar al Continente Europeo, encontrando en la Gran Bretaña tierra fértil, en donde se funda el Council of Vocational Qualifications (NCVQ), organismo que elabora el marco conceptual para la conformación de las competencias relativas a varias ocupaciones y profesiones, entre ellas la medicina.

En el trabajo de Carraccio y cols. (14) se señala que el clima cultural de los 60s' y al inicio de los 70s', ocasionó una fragmentación significativa del currículo y disminución en el énfasis de las habilidades básicas de los alumnos, con una concomitante declinación en las puntuaciones de efectividad escolar, lo anterior parece haber ocasionado que las miradas se volvieran al logro de estándares mínimos en la ejecución de la competencia en todos los niveles educativos. Coincidió además con la exigencia pública de mejoría en la aptitud profesional, por lo que los líderes de la salud pública demandaron fuerza de trabajo capaz de manejar las necesidades de la población, haciendo también énfasis en la competencia dentro de los escenarios donde se desarrolla la práctica, con lo cual se adiciona un elemento interesante al concepto de competencia, el contexto laboral. Ante tal panorama, los autores, se aventuran a señalar que la educación basada en competencias puede significar un cambio de paradigma educativo encaminado a evaluar resultados vinculados con el mejor cuidado de la salud del enfermo. Estos investigadores comentan que Chambers y Glassman distinguen cinco estadios en la transformación del sujeto competente: novato, principiante, competente, proficiente o diestro y experto. La diferencia parece residir en el punto de atención que tiene cada sujeto acerca de la experiencia de aprendizaje. La atención del novato aparenta estar sobre hechos aislados dificultándosele la integración de ellos. El principiante se enfoca en procesos superiores como la síntesis e integración de la información. El competente, además de las anteriores capacidades funciona como un aprendiz independiente y su práctica ya se puede dar en escenarios reales. La destreza o proeficiencia se logra mediante la socialización del conocimiento y entrenamiento especializado. El nivel más elevado de competencia es el experto quien internaliza procesos, su atención es centrada en el paciente, aprende mediante autodirección y confía en la auto evaluación y estándares de evaluación existentes. Finalmente, otro elemento destacable del trabajo de estos autores, es que llegan a sugerir los pasos para el diseño de currículo basado en competencias: 1) identificar las competencias; 2) determinar los componentes de las competencias y sus niveles de ejecución; 3) evaluar las competencias; y 4) evaluar el proceso completo.

De este último punto tratado por Carraccio, se desprende que el objetivo perseguido en esta investigación parece bien fundamentado como paso inicial para un futuro entrenamiento mediante las competencias en el campo de la comunicación médico paciente en medicina familiar. Por su parte, Díaz Barriga y Rigo (18) señala que la educación basada en competencias ha tenido sus orígenes por los años sesenta en los países industrializados bajo el supuesto de que las instituciones escolares se han distanciado de las necesidades del aparato productivo laboral y ante el interés de vincular dicho sector productivo con la formación escolar profesional y su preparación para el empleo. Bajo esta misma óptica, en nuestro país otros autores (5) refuerzan este origen señalando que la firma del Tratado de Libre Comercio (TLC) entre México,

Canadá y Estados Unidos, viene a imponer nuevas exigencias a nuestro país en el sector educativo, considerando que el TLC presupone que las escuelas y universidades deberán capacitar a sus educandos para el trabajo bajo la perspectiva de competencias laborales.

De esta manera, se considera que la formación de profesionales está sujeta a las demandas de la economía mundial globalizadora, a las políticas de organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo económico (OCDE) y el Banco Mundial, dicha política obliga a tratar de vincular la economía con la producción del conocimiento. Aparentemente entonces, la visión empresarial permea la formación profesional que se otorga en instituciones de educación media y superior para el logro de la buscada excelencia. Ante estas exigencias, se pretende que el modelo de educación basado en competencias laborales será más acorde a los requerimientos de la economía globalizadora. Se supone también que con dicho modelo se podrán adquirir desde competencias cognitivas de base (como la escritura, lectura, lenguaje y lógica aritmética) hasta competencias de índole profesional (como las aptitudes y valores asociados al desempeño profesional que se requiera), asimismo se podrán obtener las competencias técnicas específicas (conocimientos, habilidades y destrezas) necesarias en un determinado campo de desempeño laboral.

En este contexto, aparentemente en México se comienza a hablar de educación basada en normas de competencias (EBNC) a partir de la década de los noventa, aunque inicialmente sólo se había considerado este enfoque para el nivel educativo medio superior, parece que hoy es considerado como un importante mecanismo que pretende garantizar la formación profesional que sustente al aparato productivo nacional (89).

Al hacer esta breve revisión histórica, se puede observar el origen no académico de esta modalidad educativa, pero también una aparente sujeción de dicha academia a los intereses empresariales en aras de una mejor congruencia entre formación escolar profesional y necesidades laborales, esto último es un punto muy importante para diversos autores y se tratará de abordar más adelante. Por ahora, es conveniente tratar de aclarar el concepto de competencia pues, de acuerdo con algunos autores, se considera que no resulta muy sencilla su conceptualización (89).

Ibarra (49), señala que el eje para la formación de recursos humanos en México es la definición de normas de competencia laboral, así como el establecimiento de un sistema de certificación confiable, entendiéndose como normas de competencia laboral las expectativas de desempeño en el lugar de trabajo, que sirvan como punto de referencia para comparar un comportamiento o desempeño observado, dichas normas permitirán determinar si un sujeto es competente o no. Aunque no da una definición de competencias, dicho autor señala que el esquema general de competencias debe incluir tres niveles 1) competencias básicas, asociadas a conocimientos formativos elementales como la lectura, redacción, matemáticas y comunicación oral; 2) competencias genéricas: comportamientos comunes a diversas ramas de actividad productiva, como la habilidad de analizar, interpretar, organizar, negociar, investigar, enseñar entrenar y planear y 3) competencias técnicas, comportamiento vinculado a una función productiva específica.

Morfin (77) hace una conceptualización de normas de competencia laboral idéntica a la expuesta por Ibarra, agregando que dichas normas deberán ser definidas por los sectores productivos, pareciendo indicar el autor que con ello deben resultar pertinentes en el aquí y ahora del mercado laboral. Un aspecto importante que conviene destacar con este autor, es que aunque la tarea de la definición de las normas no es responsabilidad de las escuelas y universidades, este sector deberá participar en el proceso de manera permanente a fin de mantenerse aptas para formar profesionistas que respondan a las expectativas

laborales de calidad. Aunque el autor no lo señala, esta involucración de las escuelas no sólo servirá para conservarse aptas en el otorgamiento de los servicios de formación requeridos, sino también para evitar una subordinación a los intereses empresariales como más adelante se comentará.

Gonczi y Athanasou (40), indican que existen tres formas de hacer una conceptualización de competencias: 1) como lista de tareas, en donde se debe especificar detallada y claramente las tareas a realizar convirtiéndose las tareas en las competencias y la prueba de que se es competente es la observación directa del desempeño de ellas. 2) competencias como conjunto de atributos generales que se consideran transferibles de una ocupación a otra como el pensamiento crítico. Las competencias se consideran aquí como atributos generales ignorándose el contexto en el cual podrían desarrollarse. 3) competencias holísticas; trata de competencias relacionales, es decir; este enfoque pretende combinar las competencias genéricas con el contexto en el cual se desempeñarán, de esta forma los estudiantes interpretarán la situación específica en la que están inmersos y actuarán en consecuencia. Las competencias entonces bajo esta óptica integran un conjunto complejo de atributos generales y tareas específicas incorporando la idea del juicio necesario para desempeñarse ante situaciones específicas, tomando en cuenta el contexto en el cual tiene lugar la ocupación.

Las dos primeras formas descritas por Gonczi y Athanasou, parecen tener algunas limitantes; la primera parece resultar en un enfoque totalmente positivista y reduccionista, ignorando los atributos y procesos de grupos. La segunda tiene la crítica de que es dudosa la existencia de atributos generalizables, pues se ha observado que los individuos muestran grandes dificultades para transferir una destreza de un campo a otro, y por otra parte, con este enfoque es difícil operacionalizar programas de educación específicos. La última forma de conceptualizar las competencias, aunque no lo señalan los autores, seguramente comparte algunas de estas dificultades, ya que es una combinación de ambas, sin embargo parece tener la ventaja de mostrar que es posible ser competente de diferentes maneras.

Rojas Moreno (89), también coincide con esta última forma de definir las competencias y argumenta que ese tercer enfoque interactúa entre un desempeño específico y una formación amplia adaptable a los cambios y que, además involucra la ética y los valores como parte de los elementos de un desempeño competente, supone que mediante este tipo de desempeño el individuo es capaz de aplicar tanto sus conocimientos como sus habilidades y destrezas a procesos y productos, ante situaciones concretas resolviendo los problemas con autonomía y organización.

Cuando Saluja (94) aborda el concepto de la capacitación basada en competencias, describe que básicamente existen dos enfoques; el del Reino Unido con varios años de experiencia y el de Estados Unidos de Norteamérica. En el enfoque del Reino Unido las competencias están en función de lo que se espera que el trabajador competente haga en un área determinada, de manera sistemática y en condiciones diferentes. Por su parte en el modelo estadounidense, el enfoque se centra en las competencias que habilitarán a una persona para desempeñar las tareas, es decir; aparentemente en el modelo del Reino Unido las competencias se centran en las tareas o funciones, mientras que en el otro enfoque, la atención se centra sobre las características del individuo que determinarán que el desempeño sea óptimo (1, 94).

Por su parte, Kobinger (56) comenta que cuando el gobierno de Quebec se da cuenta que, como consecuencia de la evolución tecnológica y la globalización de mercados las funciones laborales están cambiando, decide que es necesario dar un nuevo enfoque a su sistema educativo con la intención de generar individuos calificados, responsables, autónomos y dinámicos, que en su formación muestren polivalencia y adaptabilidad ante mercados de trabajo cambiantes. Según Kobinger, lo que distingue el enfoque de Quebec es más bien el proceso de determinación de las competencias y la aceptación de los

aspectos cognoscitivos de la adquisición de las competencias por parte de los alumnos. Destaca la elaboración previa del tipo de experiencia práctica y de los comportamientos que se requieren, y a partir de ellos se determinan los conocimientos necesarios para lograrlos. En este enfoque, las experiencias no serán únicamente la adquisición de habilidades específicas para desempeñar un puesto, incluirán además competencias amplias que exigen conocimientos más importantes que los relacionados sólo con un oficio, tales como la capacidad de analizar y resolver problemas, encontrar alternativas ante la problemática que plantea cada situación diferente, capacidad de trabajo en equipos multidisciplinarios y la capacidad de aprender y de adaptarse a situaciones cambiantes. Asimismo, la determinación de las competencias será a partir de las funciones y tareas precisas las cuales serán descritas por aquellos quienes las desempeñan en las empresas. Bajo esta perspectiva, el gobierno de Québec adoptó la siguiente definición: una competencia es un conjunto de comportamientos socio-afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, una función, una actividad o una tarea.

También Díaz Barriga y Rigo (18) hace una definición conceptual interesante para el nivel profesional, esta autora señala que las competencias aluden a un “saber hacer” el cual lleva a un desempeño eficiente, que éste puede demostrarse mediante ejecuciones observables, que se trata de una capacidad para resolver problemas y que tal capacidad se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al contexto y a las demandas que plantean situaciones diversas.

A este respecto, Abreu (1) señala que las competencias son un potencial para contender eficientemente con las tareas demandadas por la sociedad y la profesión en ambientes dinámicos y complejos, en los cuales se ejerce la medicina. Que son un conjunto integrado por aptitudes que abarcan capacidades intelectuales, destrezas y valores, con el cual los individuos pueden dar una respuesta a los requerimientos de la práctica profesional, tanto presente como futura.

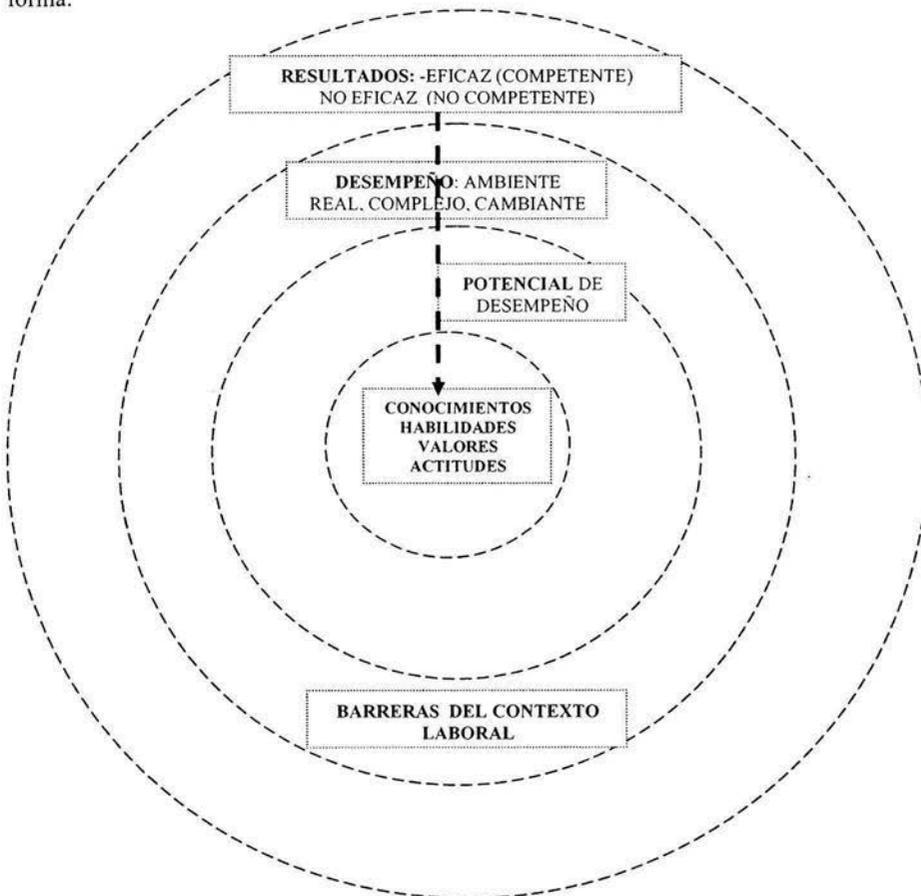
Esta última definición, probablemente sea la que integra los elementos más importantes de los anteriores autores. En ella se hace hincapié no sólo en la capacidad intelectual requerida, sino se toman en cuenta otros dos elementos fundamentales; el escenario donde se desempeña el profesionista, esto es; las condiciones y situaciones laborales reales y complejas, y la respuesta a los requerimientos de la práctica presente y futura, lo que implica ser competente no sólo para los problemas de hoy, sino también mantenerse competente ante la posible problemática de un futuro de mediano plazo.

De acuerdo con Fletcher (31), tal vez se pueda agregar que la intención de las competencias es lograr un mejor desempeño, y que la sola producción de competencias únicamente produce eso: competencia, con lo cual parece indicar que se debe ir más allá de la simple identificación de competencias en una disciplina en particular y por tanto que será la forma de utilizarlas el factor determinante para mejorar el desempeño del profesionista. Esta autora agrega que es probable que se esté abusando del término y que si se pide a cierto número de personas que expliquen el concepto, se puede obtener una docena de diferentes definiciones, sin embargo lo que parece importar es que las personas que participen en un proyecto de desarrollo y en el uso posterior de las competencias, tengan una idea y expectativas comunes de lo que se ha definido y para qué se ha definido, así como de los usos que se harán de ellas. Esta concepción puede resultar importante si se consideran las dificultades no sólo para su definición sino del proceso de comprensión que debe efectuar el individuo que se acerque a este fenómeno, y de las dificultades o falta de experticia en los métodos existentes para obtener las competencias deseadas en determinado ámbito profesional.

En su disertación, Fletcher (31) pretende efectuar una diferencia entre el significado de competencias y el de aptitudes. Señala que las competencias definen las expectativas de desempeño en términos de rendimiento, mientras que las aptitudes describen los aportes en términos de conducta que ayudan a lograr un desempeño exitoso en el trabajo. Sin embargo, de acuerdo con Abreu las aptitudes son parte de las competencias si se les considera como un conjunto de aptitudes que abarcan capacidades intelectuales, destrezas y valores (1), finalmente, lo que puede esperarse al final del proceso, son declaraciones que permiten ver los resultados que se espera observar y lo que las personas aportarán en su desempeño, es decir; una integración en las competencias de la conducta de las personas.

Como se puede observar, no es fácil emitir una definición única acerca de las competencias, y de acuerdo con Rojas Moreno (89), es probable que parte de la dificultad para lograr un concepto único y/o adecuado es que las competencias no son sólo el producto de la formación escolar, cualquiera que sea el nivel educativo, tampoco lo son únicamente de las exigencias laborales, parecen ser más bien producto de la formación integral que el individuo requiere para desempeñarse en su vida cotidiana como ciudadano, así como para hacerlo dentro de la productividad en el ámbito de su desarrollo profesional.

Con lo anterior, el autor de este trabajo podría esquematizar el concepto de competencias de la siguiente forma:



En donde las competencias se representan por el subconjunto formado por el conocimiento, las habilidades, los valores y las actitudes de los profesionistas, el cual lo dota de cierto potencial, con el que sale a desempeñarse en el mundo real dinámico, complejo y cambiante, en donde su potencial lucha contra las barreras existentes en el contexto laboral, dando como producto un resultado eficaz o no eficaz en la resolución de las demandas de la sociedad y de la profesión, es decir; dando como resultado la competencia o no competencia para satisfacer el problema profesional en cuestión. En última instancia, este resultado, cualquiera que sea, potencialmente puede retroalimentar el sustrato de las competencias pues proporciona experiencia al profesional para una mejor respuesta en lo futuro.

Finalmente, como parte de la disertación de educación basada en competencias, aunque en este trabajo tampoco se trata de hacer un análisis detallado de esta modalidad educativa, es importante destacar algunas consideraciones que los expertos hacen en torno a los potenciales beneficios y también a los aspectos con los que habría que tener cuidado.

Se ha dicho que en esta modalidad tanto para los empleadores como para los profesionales, lo importante es la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas, careciendo de interés el proceso mediante el cual se hayan adquirido. Se tendrán entonces alumnos que se formen mediante este nuevo sistema, pero qué pasa con los trabajadores técnicos y profesionistas que ya se encuentran en el mercado laboral, también ellos requieren ser capacitados para estar en las mismas condiciones de dar respuesta a esas necesidades laborales, y aquí se observaría uno de los primeros beneficios de la modalidad educativa; implica que la escuela debe ser un sistema abierto, que reciba tanto a personas que ya posean un elevado nivel educativo como a aquellas que no han realizado estudios adecuados, esto también implica que las escuelas y universidades incorporen características de flexibilidad y continuidad en su currículo de formación para garantizar el acceso de todos al conocimiento, independientemente de la edad, condición social, nivel educativo o de los años que hayan transcurrido desde su último contacto con la escuela. Por ejemplo, en México la capacitación tiene dos problemas básicos; la formación de recursos humanos esta dominado por la oferta, es decir; se forma al técnico o profesional y al egresar se oferta al mercado de trabajo, por otro lado, parece existir rigidez en los programas curriculares, ya que cuando algún individuo requiere conocimientos nuevos o necesita actualizar los que ya posee, sólo tiene la alternativa de incorporarse a los programas disponibles, obligándose a tomar materias que no necesariamente requiere en ese momento ya que sus necesidades laborales son ahora precisas (49), y ésto, a juicio de quien escribe estas líneas, también es el caso del profesionista médico, quien al detectar necesidades de formación derivadas de la problemática real de sus pacientes, rara vez encuentra en los programas de educación médica continua alternativas acordes a sus necesidades específicas, por lo que en ocasiones debe registrarse a cursos completos los cuales además de cubrir con dificultad tales necesidades, le obligan a cursar asignaturas que no eran parte del objetivo inicial.

Esta nueva modalidad de formación de profesionistas, exige adoptar sistemas curriculares flexibles y centrados en las necesidades del estudiante, incluso con calendarios y horarios de mayor apertura, promoción del autoaprendizaje y empleo de esquemas de enseñanza de diversas habilidades o posibilidades de aprender, con lo cual se estaría favoreciendo el adecuado desarrollo no sólo de habilidades para el trabajo sino de competencias realmente profesionales (5). Con lo anterior, se habría de adoptar un nuevo concepto de educación como un proceso que no termina con el aprendizaje formal, sino que se prolonga a lo largo de toda la vida del individuo, ya que como señala Abreu (1), las competencias deberán contemplar la evolución de las necesidades de salud y del conocimiento médico, es decir; la competencia de mantenerse competente.

La educación basada en competencias obliga a que la universidad tradicional se transforme, ampliando su ciclo de formación hacia una educación continua, aceptando por igual a todo aquel que desee incorporarse a la universidad, ya sea de primer ingreso o después de varios años de experiencia profesional. (77, 81, 94). Por su parte, Maudsley (70) señala que otro beneficio potencial es que puede lograr una práctica profesional más transparente, que quitaría ese desalentador papel de novatos y que se podría evaluar de manera más holística ya que la calificación de la experticia se tendría que hacer mediante distinción de niveles funcionales. Este beneficio relativo al sistema de evaluación, debe ser diferente de los tradicionalmente conocidos como las pruebas orales o escritas, aquí la calificación debe estar en función de las normas y condiciones previamente establecidas, debe ser multidimensional, ya que concierne la evaluación de experiencias prácticas, de procesos y de productos (56). Implica la reunión de pruebas suficientes que evidencien que los individuos ya son capaces de desempeñarse satisfactoriamente en el desarrollo de ciertas normas específicas, la evaluación se centrará en los resultados, los cuales no se comparan con los de otras personas y sólo deben emitirse juicios de competente o aún no competente.

Finalmente, Díaz Barriga y Rigo (18), presentan lo que probablemente sea uno de los mayores beneficios de esta forma educativa, señalan que se constituye como una respuesta al reclamo social de que las instituciones escolares deben dar un apoyo realmente efectivo a sus alumnos en el proceso vocacional, habilitándolos para un desempeño solvente de un oficio o profesión con lo cual se vincularía adecuadamente el mundo escolar con el mundo laboral.

Aparentemente las críticas más fuertes que se hacen a la educación basada en competencias se encuentran al tratar de incorporarlas al nivel de formación universitaria. Por ejemplo Wolf, en el mismo trabajo de Maudsley (70), señala que definir las competencias como sinónimo de habilidades solamente otorga una visión limitada de actividades prácticas específicas y que propicia un divorcio entre las habilidades y el conocimiento que se requiere para adaptarlas a situaciones impredecibles. Para este autor, en la educación superior no se encuentran conceptos claros de competencia ya que los estándares de educación de tal nivel no pueden estar divorciados del proceso como si sólo el resultado fuera relevante.

En este Contexto de ideas, en México parece que cada vez se da más impulso a la expansión de la educación superior tecnológica, que pretende adecuar la producción universitaria a las necesidades laborales del aparato productivo. Y con ello, parece abrirse una gran distancia entre la finalidad de la educación superior, basada en la cultura general y conocimiento experto en algún campo específico y la formación profesional reducida a habilidades técnico cognitivas para el desempeño eficiente de la producción nacional. Por lo tanto, los estudiosos del tema hacen un llamado de atención por el riesgo que puede tener una formación educativa orientada con un esquema de mercantilismo profesional, que confunda la esencia de la educación universal con una formación pragmática carente de valores universales. La realización de este nuevo modelo en el nivel profesional requiere entonces un análisis mucho más profundo entre formación, educación y empleo en nuestro propio contexto. Orozco (81), señala que los educadores no niegan la importancia en la formación de competencias, pero que debe hacerse énfasis en la obtención de sujetos sociales pensantes que analicen formas de actuar a la luz de los cambios permanentes y que no se reduzcan a ser consumidores de información para convertirse en simples ejecutores, además, señala que la universidad no puede convertirse exclusivamente en un centro que capacite en competencias laborales de alta calificación sólo a partir de intereses del poder económico y político. Otros autores como Barrón T y Díaz B y Rigo. (5, 18), comentan que aunque la educación actualmente es más tema de economía y de política como factor fundamental para el desarrollo de los países, deberá vigilarse que el cambio no se estreche a una educación que sólo inculque un conjunto de valores y normas únicamente acordes con los retos de la competitividad laboral, nos alertan sobre la importancia de que la educación continúe sirviendo para convertir a los seres humanos no en medios para

el desarrollo sino en la razón misma de éste, y superar la visión de que el fin último es el de proveer recurso para la economía. Finalmente estos autores consideran que la educación basada en competencias aún tiene mucho por hacer para sentar sus bases psicopedagógicas teóricas y de investigación ya que actualmente estas aparecen muy endeblés (18).

La revisión de la literatura parece reflejar un movimiento definido hacia el currículo basado en competencias, sin embargo como señala Carraccio (14), también parece que su adopción aún no es una realidad. Aunado a lo anterior, la revisión bibliográfica del equipo de Carraccio encontró poca evidencia científica que evalúe los resultados de esta modalidad educativa, por lo que advierten que los educadores deberán tomar el liderazgo al definir y estudiar los resultados de este cambio hacia la educación basada en competencias con el mismo rigor que se usa en los laboratorios de las ciencias básicas o en los ensayos clínicos aleatorios, sólo entonces se podrá saber si el entrenamiento por competencias produce médicos con mayor competencia y si este cambio de paradigma puede ser tan significativo como lo fue la revolución Flexneriana en su momento.

Después de este repaso acerca de los orígenes de esta modalidad educativa, de observar las dificultades encontradas para lograr un concepto adecuado de las competencias, así como señalar los potenciales beneficios y sus críticas más comunes, es necesario abordar ahora el sustento teórico existente que será utilizado para tratar de obtener las competencias de comunicación que se persiguen en esta investigación.

MÉTODOS PARA LA DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS

Para encontrar la metodología a emplear en el presente trabajo, es necesario referirse inicialmente a los estudios elaborados por Norman en su trabajo "definig competence: a methodological review" (78), en el cual observa que existen dos grandes formas para definir las actividades de un médico clínico efectivo; los ensayos escritos por expertos y que comúnmente aparecen en los capítulos introductorios de algunos libros, y el consenso de expertos. Sin embargo, este autor, más adelante hace una recopilación y descripción de los métodos que han usado diferentes investigadores durante la tarea de definir las competencias. Dentro de los métodos principales describe los siguientes: 1) El método reflexivo filosófico que son las consideraciones hechas generalmente por una sola autoridad experta, apareciendo en el contexto filosófico de los textos relativos a cada disciplina. 2) Análisis de tareas; para el cual se identifican tres formas de análisis: la opinión del consenso de expertos, el abordaje mediante el incidente crítico y el registro de actividades. 3) Estudios descriptivos; se trata de la realización de estudios epidemiológicos acerca del tipo de situaciones que enfrentan los profesionistas del área de la salud y mediante este ejercicio se determinan los problemas que deben ser considerados por los médicos. 4) Estudios del pensamiento diagnóstico: la forma en que se efectúa el diagnóstico se observa como un ejemplo de la actividad de resolución de problemas. 5) Opinión del consumidor: son estudios acerca de las expectativas del paciente, las cuales se toman como la definición de las competencias desde la perspectiva del paciente. 6) Epidemiología y calidad del cuidado: la competencia es definida desde la perspectiva del cuidado de la salud en términos de aquel desempeño que pueda mostrar mejoría o deterioro del estado de salud.

Por la orientación de este trabajo, se empleará el método de análisis de tareas, y específicamente utilizando la herramienta denominada incidente crítico. Esta técnica aparentemente tiene un sustento pragmático y persigue describir los componentes de las competencias requeridas para una adecuada, aunque no necesariamente práctica ejemplar de cualquier especialidad.

El método de análisis de tareas (que incluye la técnica del incidente crítico) también intenta abordar las cuatro dimensiones que desde el punto de vista de Norman, posee una competencia: habilidades, procesos, problemas y la interacción con el paciente (78).

Como se observará más adelante, aunque con ciertas limitantes, la técnica del incidente crítico de algún modo permite observar las habilidades que pone en juego el profesional para enfrentarse a los problemas que le ha planteado el paciente, permite al médico describir el problema que el mismo identifica en su interacción con el enfermo y permite detallar hasta determinado punto los pormenores de dicha interacción, con lo cual se puede revisar y analizar casi todo el proceso existente en la consulta del médico

Antes de continuar cabe hacer una aclaración acerca de los conceptos que emite Norman. Para la concepción actual de competencias profesionales, resulta muy importante las dimensiones actitudinal y ética (1, 5, 18). En su escrito Norman no las aborda, es probable que la explicación se encuentre en el hecho de para el tiempo en que salen a la luz sus escritos (1985), el concepto de competencias o de educación basada en competencia no se encontrara tan difundido, o bien que preocupado más por los aspectos netamente clínicos, el autor no juzgara necesario enfatizar en estas dimensiones, las cuales desde el punto de vista de quien redacta, están consideradas en la postura que adopte el médico que auténticamente desea satisfacer de forma adecuada las demandas que en cuestiones de salud le hace el paciente.

Como se ha mencionado, el análisis de tareas involucra tres técnicas: consenso de expertos, registro de procedimientos o actividades y el incidente crítico.

El consenso de expertos es una modalidad ampliamente usada para definir los contenidos de una disciplina, así como los componentes de las competencias, se logra a partir de un grupo de expertos que puede variar desde aproximadamente 10 hasta 50 personas, quienes desarrollan las especificaciones en forma detallada, luego son recolectadas, revisadas y discutidas hasta que se logra el consenso final. Algunas de las dificultades a las que se enfrenta este método son las siguientes: si el grupo es muy pequeño, el consenso en ocasiones tiene poco que ver con la práctica actualizada de la especialidad, en otras ocasiones los miembros dominantes pueden afectar el consenso último, además requiere de muchas horas de inversión y finalmente el consenso que se obtiene puede convertirse más bien en un ideal que resulta difícil de lograr en la realidad.

El registro de procedimientos o actividades consiste en registrar día tras día y durante un periodo definido todas las actividades del médico. Este método se enfrenta a dificultades como el sesgo de memoria de los eventos ocurridos, existen sesgos voluntarios durante el registro y por último es difícil determinar para luego seleccionar, cuáles actividades constituyen una práctica competente, cuáles constituyen una práctica pobre y cuáles una práctica de rango medio.

En el abordaje mediante el incidente crítico, descrito por Flanagan en 1954 (30), se interroga a un gran número de médicos para identificar, desde su propia experiencia profesional, aquellos incidentes que parezcan tener efectos positivos o negativos sobre la calidad del cuidado que proporcionan a sus pacientes. Esta será una de las técnicas de investigación utilizadas para la identificación de las competencias de comunicación buscadas en el presente trabajo.

La técnica del Incidente crítico es muy útil para recoger y analizar incidentes que contribuyen significativamente para el fracaso o el éxito de una actividad. Se registra la frecuencia con que suceden los

incidentes, eligiendo las más frecuentes y/o significativas por sus consecuencias. Los incidentes pueden referirse a conocimientos, razonamientos, toma de decisiones, actitudes, habilidades comunicativas, habilidades psicomotrices etc. Da excelentes resultados para asegurar la pertinencia y relevancia de habilidades críticas para una determinada competencia. Es una fuente inagotable de sugerencias para la formación de especialistas (68)

Este método supera los defectos de muchos de los métodos arriba señalados. En el estudio efectuado por Norman y colaboradores en 1960 a través de la National Board Of Medical Examiner, interrogaron a 600 médicos obteniendo un total de 3,300 incidentes críticos considerados como ejemplos de una práctica buena o pobre. Norman relata que este método ha sido empleado por diversas instancias y autores para desarrollar sistemas de evaluación como lo ha hecho la American Board of Orthopedic Surgery, y Snazaro y Williamson al estudiar varias especialidades de atención primaria para definir sus incidentes. También el Colegio de médicos familiares de Canadá con algunas modificaciones, ha adoptado el método como guía para desarrollar métodos de evaluación.

Los problemas a los que se enfrenta el método es que no está definido lo que constituye una práctica adecuada. Como consecuencia, no puede interpretarse fácilmente qué significa una actuación aceptable, por lo que se implican juicios de valor acerca de qué tantos incidentes buenos son suficientes y que tantos incidentes negativos resultan demasiados al considerar una práctica como adecuada. Otra de sus dificultades es acerca de su validez: se señala que aunque se considere una muestra grande, la posibilidad potencial de sesgos permanece. A pesar de lo anterior, finalmente Norman nos señala que este método ha jugado un papel históricamente significativo en la definición de las competencias clínicas y ha mostrado ventajas metodológicas.

En el presente trabajo, se emplearán dos métodos para la determinación de las competencias de comunicación; como ya se dijo; el incidente crítico y otro método de investigación también cualitativa denominada técnica "TKJ", la cual se describe más adelante. Y aún cuando cada método presenta determinadas desventajas, es posible que al utilizar la combinación de ellos, se pueda mejorar la validez del trabajo.

Por cuanto a la técnica del incidente crítico se refiere, parece haber sido una consecuencia de los estudios desarrollados por el Programa de Psicología de la aviación en la Fuerza armada de los Estados Unidos durante la Segunda Guerra Mundial (30). Uno de los primeros estudios realizados durante 1941, fue el análisis de las razones específicas de falla para aprender a volar los aviones de guerra, los instructores reportaron sus razones para eliminar a los candidatos, el estudio fue encontrado de mucha utilidad e indicó la necesidad de mejorar los procedimientos para obtener verdaderos incidentes con relación al desempeño de los pilotos. Un segundo estudio hecho en 1944, recolectó las razones por las cuales los pilotos de aviones bombarderos fallaban en sus misiones, haciendo énfasis en determinar los hechos precisos en cada caso. Durante ese mismo año, en otro estudio, se planteó el problema del liderazgo durante el combate, las instrucciones pedían a los veteranos reportar los incidentes observados por ellos mismos y que implicaban conductas que fueran especialmente útiles o inadecuadas para alcanzar con éxito la misión encomendada, se recolectaron varios cientos de incidentes, los cuales permitieron una definición real y objetiva de un combate efectivo.

De esta forma, surgió el incidente crítico. Al término de la guerra, los estudios se continuaron en el Instituto Americano de Investigación, en donde evolucionó la técnica y se le proporcionó su nombre actual. En la actualidad, se considera la técnica del incidente crítico como un procedimiento que sirve para obtener hechos importantes concernientes a conductas de los profesionistas ante situaciones de su trabajo

bien definidas. La técnica no representa un juego rígido de reglas que gobierne la recolección de datos, más bien se considera como un juego flexible de principios que pueden ser modificados y adaptados para encontrar la situación buscada.

Se puede decir que la esencia del incidente crítico implica sólo un juicio simple del observador, el cual, eso sí, debe estar calificado para ser considerado como un observador adecuado. La objetividad de la técnica es considerada como la tendencia de un número de diferentes observadores para hacer un reporte acerca de un mismo fenómeno, de forma independiente. La objetividad de los reportes depende de la precisión de las definiciones previas otorgadas a los participantes y de la competencia del observador en interpretar los reportes con relación al incidente observado (30).

Un punto de gran importancia en esta técnica, es que la clasificación posterior de los incidentes resulta algo relativamente subjetivo e inductivo. Una vez que el sistema de clasificación se ha desarrollado y que se han ubicado los incidentes en cada categoría, se puede considerar que se ha logrado un grado de objetividad bastante satisfactorio.

Los incidentes recolectados deben ser analizados a la luz de los principios de la conducta humana, del conocimiento del tema, de los fundamentos y condiciones que operan en situaciones específicas.

Por la importancia para la presente investigación, a continuación se hace una transcripción de los principales elementos descritos por Flanagan en su artículo original (30).

La técnica del incidente crítico incluye cinco pasos, a saber:

Objetivo general.

Desarrollo de planes y especificaciones para recolectar los incidentes.

Recolección objetiva de datos.

Análisis de datos

Interpretación y reporte.

1. Objetivo general.

El objetivo general debe ser expresado mediante una declaración generada por una autoridad en el campo, en términos simples. En la mayoría de las situaciones se observará que no existen objetivos generales únicos correctos, tampoco existe una sola persona que se constituya en autoridad absoluta, lo cual significa que no se debe esperar obtener una objetividad completa o un objetivo general único aceptable. A este respecto, en el presente estudio, la guía es el objetivo general de la investigación.

2. Planes y especificaciones.

Para tratar de ser lo más objetivo posible, Flanagan sugiere establecer las siguientes especificaciones antes de la recolección de datos:

Situación observada: debe especificarse lugar, personas, condiciones y las actividades a observar.

Relevancia para el objetivo general: Debe decidirse si una conducta específica es o no relevante al objetivo general de la actividad. La objetividad en esta decisión depende del grado de fundamentación y experiencia del observador con respecto a la actividad.

Magnitud del efecto sobre el objetivo: es necesario señalar si la contribución es positiva o negativa al objetivo. Se ha encontrado útil el considerar que un incidente es crítico si hace una contribución significativa, sea positiva o negativa al objetivo general de la actividad. La definición de significativo depende de la naturaleza de la actividad.

Personas para hacer las observaciones: Los observadores deben ser seleccionados sobre las bases de su familiaridad con la actividad.

3. Recolección de datos.

Es altamente recomendable que las conductas o resultados observados sean evaluados, clasificados y registrados, mientras los hechos están aún frescos en la mente del observador. El incidente crítico es frecuentemente empleado para recolectar datos que previamente se ha reportado de memoria, lo cual es satisfactorio cuando el incidente es reciente y el observador ha estado motivado para hacer el reporte en el momento en que ha ocurrido el incidente, sin embargo la cobertura del fenómeno no puede ser completa si sólo se recolectan los incidentes recientes. De esta manera, el incidente recordado o no muy próximo es satisfactorio y es en ocasiones más práctico por la demanda mínima sobre la cooperación del personal.

Acercas de las explicaciones al observador, se recomienda lo siguiente:

- Propósito del estudio: debe ser breve mediante una declaración de que el estudio está siendo hecho para describir los requisitos de una actividad.
- El grupo entrevistado. Si existe la posibilidad de que alguien sienta recelo acerca de ser entrevistado, conviene anticiparse indicándole que él es parte de un grupo que está en inmejorable posición para observar y reportar la actividad.
- El anonimato: Generalmente deberá convencerse a la gente del anonimato y bajo ninguna circunstancia violar la confidencialidad.
- La pregunta: Deben ser ensayadas antes de ser puestas en práctica en el estudio definitivo. Deberá evitarse el recolectar solo los incidentes más dramáticos, vívidos o estereotipados.
- La conversación: El entrevistador debe evitar conducir después de que la pregunta principal se ha hecho. Debe mostrarse que se acepta al observador como el experto para obtener incidentes no sesgados. En ocasiones es aconsejable tener grabada la entrevista.
- Entrevista a grupos: A causa de costo y tiempo puede hacerse la entrevista en grupo, con la ventaja de mantener el contacto, explicaciones y disponibilidad del entrevistador para contestar dudas. Se hace un comentario introductorio mayor al individual. Luego cada persona es entrevistada con preguntas específicas contenidas en un formato previamente preparado. Parece existir facilitación social y los resultados son excelentes.
- Cuestionarios: pueden emplearse cuestionarios, o combinaciones de procedimientos.
- Tamaño de la muestra: No es simple contestar qué cantidad de incidentes son adecuados. Si la actividad es relativamente simple, pueden ser satisfactorios recolectar entre 50 y 100 incidentes. En cambio actividades complejas requieren de miles de incidentes para una adecuada declaración de requisitos de la actividad. Para trabajos de mucha destreza entre 100 y 2000 incidentes parecen ser adecuados para cubrir las conductas críticas.

4. Análisis de datos.

Debe hacerse un resumen y descripción de datos de tal forma que puedan ser efectivamente empleados para propósitos prácticos. Tres son los aspectos a considerar:

Marco de referencia: se refiere a la clasificación de los incidentes, en donde la principal consideración será el uso que se hará de los datos. También puede basarse en la facilidad y precisión de la clasificación, pueden emplearse clasificaciones previas.

Formulación de categorías: Se hace una breve descripción de las categorías hechas y se clasifica un pequeño grupo de incidentes relacionados con cada categoría, de esta forma se procede hasta que todos los incidentes han sido clasificados.

Conductas generales: El último paso es determinar el nivel de especificidad-generalidad en el reporte. El nivel puede ser solo una docena de conductas muy generales o puede ser de cientos de conductas bastante específicas.

5. Interpretación y reporte.

Deben reportarse las limitaciones, pero también debe enfatizarse el valor de los resultados.

A fin de no ser repetitivo, de momento no se describe el procedimiento empleado en el presente trabajo para diseñar cada uno de los cinco puntos anteriores, se presenta más adelante una evaluación de la probable sensibilidad que tiene tanto la técnica del incidente crítico como la técnica TKJ en la obtención de las competencias de comunicación.

A partir de los estudios reportados por Fanagan (30), se han efectuado muchos otros empleando esta técnica, con la finalidad de confirmar su valor en la definición de las habilidades requeridas para una práctica médica competente. Se puede decir que esta técnica, en lugar de recolectar opiniones, presentimientos y estimaciones de las personas, obtiene un registro de conductas de aquellos que se encuentran en la mejor posición para hacer las observaciones y evaluaciones necesarias. La recolección y tabulación de esas observaciones, hace posible formular los requisitos críticos de una actividad.

En los anexos 1 y 2 de este trabajo, se muestran los formatos para registrar los incidentes.

Para enfatizar la utilidad del incidente crítico se pueden citar los trabajos de varios autores. Por ejemplo, Waterson (109) utiliza la técnica para identificar los incidentes de una buena práctica médica, definiendo el incidente crítico, de igual forma que Flanagan: cualquier actividad humana observable y lo suficientemente completa en si misma para permitir hacer inferencias o predicciones acerca del desempeño de la persona, solicitándole al observador que recuerde situaciones vívidas que sean ejemplo de una buena o pobre práctica profesional, y una vez que los incidentes son recolectados, cada uno es analizado para obtener la conducta particular en términos de habilidad o actitud mostrada. Con estos conceptos, el autor clasificó en siete categorías los incidentes recolectados: habilidades interpersonales con niños y familiares, proceso diagnóstico, manejo clínico, trabajo en equipo y administración, registro de datos, mantenimiento de la salud y cualidades personales. A partir de sus resultados, Waterson concluye que aunque es una técnica que consume mucho tiempo, proporciona datos objetivos sobre los requisitos de una buena práctica médica, que debe hacerse énfasis en la enseñanza de habilidades interpersonales y en el manejo de solución de problemas, trabajo en equipo y manejo de enfermedades crónicas y que aunque los educadores no se ponen de acuerdo acerca de cuando deben ser enseñadas tales habilidades, el objetivo de la técnica del incidente crítico es identificar las habilidades esenciales que deben adquirirse durante el entrenamiento de un médico competente.

Por su parte Williamson (112), hace algunas otras consideraciones de interés acerca de esta técnica. Por ejemplo, que los médicos exhiben la misma concientización que el resto de los hombres acerca del reconocimiento, admisión y análisis de sus propias experiencias clínicas negativas. Por cuanto al concepto de incidentes señala que es un evento notable o inesperado que puede ser positivo o negativo, que los errores son incidentes negativos, los cuales pueden ser prevenibles o no prevenibles. También apunta que cada especialidad médica debe diseñar sus propios métodos de recolección, análisis y retroalimentación de incidentes críticos. Williamson resume en siete puntos la simplicidad de la técnica: 1) colección continua y anónima de incidentes que ocurren en la práctica diaria, 2) análisis de los incidentes sobre bases regulares, 3) registro de incidentes que ocurren repetidamente, 4) retroalimentación de los hallazgos a los

colegas, 5) diseño de estrategias correctivas para reforzar los incidentes positivos y disminuir los indeseables 6) introducción a la práctica clínica por consenso de tales estrategias correctivas y 7) reevaluación de la eficacia de las estrategias introducidas, mediante el reporte continuo del incidente crítico. Dentro de los hallazgos hechos en la especialidad de anestesia, el autor encontró que cerca del 80 % de los incidentes negativos, son prevenibles por ser secundarios a errores humanos. Como otras de las consideraciones que hay que resaltar, Williamson señala que para reportar un incidente, el observador debe poseer la capacidad de reconocer que ha ocurrido un incidente. Que al recolectar los incidentes, se debe recordar que lo importante no es la habilidad o la culpabilidad del sujeto, el interés se centra en identificar patrones recurrentes de beneficio o de error en una ocupación, con la intención de efectuar cambios conducentes a una prevención más efectiva en el cuidado a la salud. Aunque su reporte data de 1991, considera que la medicina es aún un campo virgen para la aplicación de esta técnica. Y termina diciendo que siendo tanto voluntario como anónimo, no hay forma de que la técnica detecte todos los incidentes que ocurren, lo cual tampoco es necesario para su validez.

Plutchnick y colaboradores (83), en su trabajo hecho con psicoterapeutas, mediante la técnica del incidente crítico, desarrollaron un listado de las conductas de pacientes que dificultaban el trabajo del terapeuta, habiendo definido el incidente crítico como cualquier evento inusual o infrecuente que crea situaciones difíciles para el médico, el listado lo elaboraron especialistas de esta área con una media de 14 años de experiencia, clasificaron cinco categorías: amenaza de daño, crítica al terapeuta o a su terapia, ocurrencia de eventos vitales mayores, intentos de seducción al profesionalista, y miscelánea. Posteriormente pusieron los incidentes a la consideración de dos grupos de médicos de esta especialidad, con diferencia en los años de experiencia. Los psiquiatras más experimentados consideraron a la mayoría de los incidentes como de bastante importancia pero poco frecuentes, mientras que los médicos más jóvenes los consideraron como poco importantes, pero más frecuentes. Los autores concluyen señalando que cuando se experimentan tales incidentes, crean estrés en el terapeuta y rompen la alianza terapéutica, por lo cual la técnica cobra relevancia para detectar necesidades de entrenamiento ya que los psiquiatras requieren desarrollar habilidades para enfrentar los eventos encontrados.

También Diamon y colaboradores (17), utilizaron esta técnica para identificar en un grupo de médicos los incidentes que describen una actuación médica competente, solicitando que recordasen los eventos positivos o negativos de su trabajo profesional, relacionándolos con su percepción de sentirse buenos médicos o con su percepción de mala práctica. Una vez que los médicos reportaron sus incidentes, éstos fueron clasificados en siete categorías: problemas pediátricos, problemas ginecoobstétricos, problemas cardiovasculares, relación con el resto del equipo de salud, paciente difícil, relación médico paciente y consejo. Posteriormente, a fin de simplificar lo anterior, compactaron esta clasificación en tres categorías mayores; 1) habilidades interpersonales (escuchar y comprender la perspectiva del paciente y habilidad para explicar al paciente), 2) habilidades diagnósticas y 3) habilidades de manejo. Detectaron que los sentimientos relacionados con incidente positivos fueron empatía con el paciente, disfrutar de la continuidad del cuidado y la retroalimentación positiva que proviene de pacientes, supervisores y resto del equipo, así como emoción por efectuar un diagnóstico difícil de una enfermedad tratable o potencialmente intratable. Los incidentes negativos fueron difíciles de clasificar pero incluían desaprobación, frustración y resentimiento con pacientes cuyas expectativas y creencias difería de las del médico, sentimientos de culpa, ansiedad, aislamiento, incompetencia, inadecuación y pérdida de confianza en el enfrentamiento de errores diagnósticos, pacientes difíciles o dificultades en la toma de decisiones, al tratar de clasificar estos incidentes negativos con la clasificación sugerida por Williamson y Mackay (12), se agruparon en secundarios a ignorancia científica, inexperiencia, equivocaciones y falta de supervisión clínica. Finalmente, los autores discuten que la mayoría de los incidentes positivos resultaron de hechos como ser cuidadoso, establecimiento de un rapport adecuado, usar habilidades de escuchar y

hacer una investigación apropiada para confirmar la sospecha diagnóstica. A la inversa, la mayoría de los incidentes negativos se derivaron de falla para establecer o usar esas habilidades, huecos del conocimiento (particularmente en pediatría, ginecoobstetricia y dermatología), efectos colaterales de las drogas, manejo de drogadicción y otros pacientes “difíciles” cuyas agendas diferían de la de los médicos, además fallas en la comunicación con integrantes del resto del equipo de salud.

Con respecto a la técnica TKJ, se debe hacer referencia al trabajo efectuado por Abreu (2), en el cual se señala que fue Jiro Kawakita, antropólogo japonés el autor de la técnica (de allí su nombre). Aparentemente para organizar sus datos, este autor utilizó una serie de tarjetas las cuales contenían las observaciones de sus investigaciones y luego las agrupaba conforme a las similitudes y diferencias de sus registros. Abreu señala que al emplear la técnica con un número mayor de personas permite obtener una gran cantidad de ideas acerca del fenómeno en estudio, también aclara que la técnica que él presenta ha sido modificada mediante la técnica de redes semánticas naturales para poder otorgar un peso a las ideas contenidas en las tarjetas.

En términos generales la técnica consiste en obtener una gran cantidad de ideas generadas por profesionistas considerados idóneos para manifestar sus opiniones acerca de un tema en particular, en este caso acerca de las competencias en comunicación médico paciente.

A continuación también se hace una transcripción de los principales puntos señalados por el autor en su trabajo inicial (2).

- Se Selecciona a los expertos que participaran en el grupo de trabajo.
- Deben establecerse claramente los objetivos del grupo.
- El proceso se facilita si se puede establecer una pregunta o una oración breve y clara.
- Cada grupo contará con un coordinador y un asistente con experiencia en la técnica TKJ.
- Cada participante trabajará primero individualmente con el siguiente procedimiento:
- Anotará una idea (sólo una) en cada tarjeta, este punto es crucial pues en caso de escribir dos o más ideas, será muy difícil agrupar la tarjeta con otros conceptos similares, pues se corresponderá con dos o más rubros al mismo tiempo. Al final de esta fase usted deberá tener unas 15 ó 20 tarjetas (Anexo 3).
- Anote sus iniciales en la parte inferior derecha de la tarjeta, como autor de ese contenido.
- Organice sus tarjetas según la importancia (prioridad) del contenido. Anote en la parte media superior de la tarjeta el número de la prioridad de sus tarjetas; tomando en cuenta que el 1 significa alta prioridad, hasta enumerar todas las tarjetas. Deberá asignar un número a cada contenido sin que se repitan.
- Anote en la parte superior derecha de la tarjeta el peso o calificación (de acuerdo a la tabla de equivalencias (Anexo 4) y enciérrelo en un círculo.
- Al final cada tarjeta deberá contener la siguiente información (Anexo 3): Un contenido escrito en el centro de la tarjeta. Sus iniciales en la parte inferior derecha. El orden de prioridad en la parte media superior. La calificación o peso en la parte superior derecha encerrado en un círculo. Verifique que ninguna prioridad se repite.
- Al terminar este ejercicio deberán repartir las tarjetas con sus compañeros de grupo, iniciando por la derecha cada cual tomará una tarjeta y pasará las demás, sin que la persona que las elaboró se quede con alguna de sus tarjetas.
- Cada participante procederá a organizar las tarjetas que recibió agrupándolas por la similitud de los contenidos.

- Mediante el siguiente procedimiento, se procederá a agrupar las ideas y temas similares, para ello alguien tomará una tarjeta y la leerá en voz alta, los demás integrantes deberán buscar las tarjetas similares y procederán a leerlas, si hay consenso en los contenidos se agrupan. Sin embargo el autor de la idea podrá objetar la inclusión de su contenido en ese rubro y en tal caso se procederá a dejar la tarjeta para ver si posteriormente aparecen otras similares con las cuales se pueda agrupar. Al final de cada ronda el coordinador-asistente colocará todas las ideas similares en un sobre y anotará en el exterior una denominación, aceptada por consenso, que abarque a todos los contenidos. Se procederá de la misma forma con todas las tarjetas. No se sorprenda si aparecen tarjetas que por error no se incluyeron en un sobre anterior, simplemente con el consenso del grupo añádanlas al sobre correspondiente. Siempre quedarán algunas tarjetas “huérfanas”, las cuales se colocan cada una en su propio sobre.
- Terminado el proceso anterior, el grupo se divide en equipos de dos personas a quienes el coordinador-asistente les entrega un sobre a la vez. Debiéndose abrir el sobre para clasificar las tarjetas de mayor a menor calificación, para proceder a realizar la suma del peso o calificación de cada tarjeta. A fin de obtener un gran total que se anotará en la parte frontal del sobre. Una vez realizado esto se regresa el sobre al coordinador-asistente, quien entregará un nuevo sobre al equipo, hasta concluir con la totalidad de los mismos.
- El coordinador-asistente colocará los sobres en una mesa en orden de prioridad, establecida ésta por la suma total de los pesos o calificaciones anotada en el exterior del sobre y procederá a leer en orden de importancia cada uno de los sobres. El resultado se anotará en un papel de rotafolio. Con esta información el grupo procederá a decidir que temas, por su importancia peso y consenso, se consideran los de mayor importancia y deben tener una alta prioridad. Para ello se puede utilizar el punto de inflexión y establecer un punto de corte, el punto de inflexión es cuando al graficar el peso la curva se vuelve asintótica.
- Concluida la tarea se entregan los sobres al personal secretarial quien deberá realizar para cada mesa por separado lo siguiente: un listado de los sobres con su calificación total y después con sangría cada una de las tarjetas con su idea y la calificación correspondiente.
- Este listado generalmente es el insumo para otras acciones. Debe destacarse que el listado incluye todas las ideas consensuadas y que no se elimina ninguna de manera arbitraria, sino sólo por consenso.

Al igual que fue comentado con respecto a la técnica del incidente crítico, más adelante se presenta la evaluación hecha por quien redacta estas líneas, acerca de la técnica TKJ y de las adaptaciones que para este trabajo fueron efectuadas.

Por ahora sólo resta señalar que existen muchas otras técnicas descritas por diferentes autores como medios para obtener las competencias en cualquier disciplina o cualquier tema, todas ellas útiles de acuerdo a la situación que se estudie, a la disponibilidad de recursos y a la experiencia de cada investigador. Por ejemplo, el equipo de Carraccio (14), destaca varias técnicas, entre las que se encuentran a técnica Delfos que usa el consenso de expertos, los grupos nominales también relativos al consenso de grupos; el análisis de tareas que acompaña al médico para documentar sus actividades en un período de tiempo; el incidente crítico ya descrito líneas arriba, etcétera. De esta forma, parece resultar más conveniente remitir al lector a las referencias bibliográficas de este trabajo para poder profundizar en las técnicas existentes.

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

METODO DEL TRABAJO

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las competencias de comunicación interpersonal más importantes que el médico familiar requiere durante sus encuentros clínicos con el paciente, dentro del contexto de la medicina familiar en nuestro medio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

PRIMERA FASE DEL ESTUDIO

- Caracterizar los problemas de comunicación con el paciente, que el médico familiar detecta durante su práctica profesional
- Elaborar un instrumento válido y confiable, que mida la frecuencia de observación y la dificultad de manejo de los problemas de comunicación médico paciente en medicina familiar.

SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO

- Clasificar los problemas de comunicación de acuerdo a la frecuencia con la que se presentan en la práctica clínica del médico familiar.
- Clasificar los problemas de comunicación de acuerdo a la dificultad de manejo que representa para el médico familiar.
- Elaborar una propuesta de curso sobre competencias de comunicación médico paciente, con base en los resultados de esta investigación.

TIPO DE ESTUDIO:

- Sólo se caracterizan los principales problemas médicos de comunicación en medicina familiar y únicamente se efectuó una medición de las variables estudiadas, por lo que se trata de un trabajo descriptivo, diseño no experimental.

PROCEDIMIENTO

Para poder realizar el estudio, se presentó el proyecto al Comité Académico de la especialidad en Medicina familiar del Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien juzgó pertinente la realización de la investigación y propició las facilidades para poder estudiar a los alumnos y profesores de dicha especialidad.

PRIMERA FASE DEL ESTUDIO

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Población:

Se estudió a los médicos, tomando en cuenta a quienes se consideró podían conocer mejor el tema en estudio, así mismo se consideró la facilidad para acceder a la población médica y por tal motivo se incluyeron los siguientes grupos:

- Médicos residentes de tercer grado de medicina familiar de las unidades académicas sedes del Programa de Especialización en Medicina Familiar, de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Profesores tutores de los médicos residentes de medicina familiar.
- Médicos de base adscritos a unidades de medicina familiar.

Lugar:

- Unidades del primer nivel de atención médica de la Secretaría de Salud (Ssa), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.)

Tiempo: Mayo 2002 – Abril de 2003

MUESTRA:

- De los médicos residentes, se estudió al total de la población de tercer año de las tres instituciones de salud señaladas (n = 77).
- Tutores: se estudió al total de médicos que actúan como profesor titular o adjunto del curso de especialización en medicina familiar, en la Ssa, ISSSTE e IMSS (n = 16).
- Para el grupo de los médicos de base, debido a que no hubo oportunidad de estudiar a los médicos del IMSS ni de la Secretaría de Salud, sólo se estudió una muestra por conveniencia de la población médica del ISSSTE (n = 73). Se tuvo acceso a varias unidades médicas en el Distrito Federal (n = 8) y posteriormente la selección de los médicos fue de tipo accidental a todos aquellos quienes desearon participar.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN:

Médicos residentes:

- Puesto que se requería que los médicos estudiados conocieran adecuadamente el problema en estudio, se incluyeron únicamente a los alumnos del tercer año del curso de especialización en medicina familiar, quienes al momento de efectuar el estudio, contaban por lo menos con un poco más de dos años de experiencia profesional en el campo de la medicina familiar.

Tutores:

- Ser profesor titular o adjunto del curso de especialización en medicina familiar.
- Se cuidó que todos los profesores realizaran actividades de atención médica, a fin de asegurarse que confrontan problemas de comunicación durante la atención médica al paciente.

Médicos de base:

- Tener su adscripción de trabajo en alguna unidad de medicina familiar del ISSSTE.
- Al igual que con el grupo anterior, se cuidó que todos se encontraran realizando actividades de atención médica en su unidad laboral.

EXCLUSIÓN:

- Médicos residentes de primero o segundo grado, por su escasa experiencia ante la problemática de atención médica al paciente.
- Tutores médicos que no realicen actividades de atención médica como parte de sus funciones cotidianas.
- Médicos de base que no efectuaran actividades de atención médica ante paciente.

ELIMINACIÓN:

- Se eliminaron las cédulas recolectoras de datos de todos los médicos con información incompleta,

VARIABLES:

La información que se recabó dentro del procedimiento fue la relativa a las siguientes variables, aunque no se estudiaron como variables independientes atributivas, sino solo como parte del control de la información.

- Edad.
- Sexo.
- Categoría laboral.
- Institución laboral.
- Descripción de problemas de comunicación médico paciente.

PROCESO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN:

Con el propósito de observar y perfeccionar tanto la técnica de investigación cualitativa como la pregunta, a partir de la cual los médicos iniciarían las descripciones de los problemas de comunicación de los pacientes, se realizó una prueba piloto con 7 médicos familiares, profesores del Departamento de medicina familiar de la UNAM, con quienes se efectuó una sesión de trabajo para observar como se aplicaba la técnica TKJ y también para saber si la pregunta elegida funcionaba adecuadamente para obtener la información requerida, así como para estimar el tiempo necesario para la aplicación de la técnica. Dicha sesión la condujo el asesor de esta investigación.

Posterior a la prueba piloto, se procedió a la investigación directamente con los médicos seleccionados bajo las siguientes técnicas cualitativas:

CATEGORÍA DEL MÉDICO	TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN APLICADA
Médicos residentes y profesores de medicina familiar	Técnica TKJ Incidente crítico
Médicos de base	Incidente crítico

* Las preguntas planteadas para que los médicos elaboraran sus descripciones, aparecen en el anexo 5 de este trabajo.

Tanto a los médicos residentes como a los profesores tutores, se les citó en las instalaciones del Departamento de Medicina Familiar de Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México, a efecto de desarrollar las sesiones de trabajo con ambas técnicas.

Una vez que se tenía reunido a los participantes por grupos, se les explicó el objetivo del trabajo. Se inició con la técnica TKJ, explicándoles el procedimiento de trabajo y se declaró la pregunta seleccionada anotándola en un pizarrón, a continuación los médicos registraban sus respuestas en tarjetas. Posteriormente, clasificaban sus tarjetas de acuerdo a la prioridad que ellos mismos daban a sus ideas conforme a una tabla previamente especificada (anexo 4), cada participante daba la calificación o peso a cada idea según la prioridad establecida. Finalmente, por consenso, clasificaban las ideas contenidas en las tarjetas, bajo un título que representaba cada agrupación de pensamientos. Posteriormente, en trabajo individual, el investigador responsable se daba a la tarea de revisar el trabajo y reubicar alguna tarjeta que equivocadamente estuviera mal clasificada. El procedimiento presentó una sencillez adecuada, ya que después de los ajustes iniciales, no existieron grandes dudas de los participantes para expresar sus ideas.

Se continuó con la aplicación de la técnica del incidente crítico. Se explicaba en que consistía el procedimiento y se solicitó a cada participante contribuyera con la redacción de por lo menos dos incidentes positivos y dos incidentes negativos de su práctica real.

Con los médicos de base, por la dificultad de hacerlos desplazarse fuera de sus instalaciones laborales, el investigador responsable de este proyecto acudió a las unidades médicas donde se encuentran laborando y les aplicó solamente la técnica del incidente crítico. El investigador responsable se entrevistó con las autoridades de cada unidad médica, a quienes explicó los objetivos del trabajo y obtuvo la autorización para aplicar dicha técnica a los médicos durante el tiempo dedicado a la sesión académica que de forma regular tienen cada semana, esto con el fin de no interrumpir su trabajo con los pacientes. Con este grupo, se inició con una plática de aproximadamente 25-30 minutos, en la cual se explicaron los objetivos del

estudio, efectuando una labor de convencimiento para lograr su participación, resaltando la importancia de su colaboración. A continuación y nuevamente por razones de tiempo, se solicitó el relato de cuando menos un incidente positivo y otro negativo. Por las mismas limitantes de tiempo, con este grupo no se trabajó la técnica TKJ.

Tampoco con esta técnica se encontraron problemas para su comprensión, todos los participantes describieron dos y en algunos casos hasta tres o más incidentes a pesar de que sólo se habían solicitado dos, lo cual refuerza la idea de la sencillez de la técnica.

Esta etapa de aplicación concluyó con la revisión, clasificación de las descripciones de los médicos y la elaboración de un cuestionario denominado "Comunicación con el paciente en medicina familiar", el cual se aplicó durante la segunda fase del proyecto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo a la Declaración de Helsinki sobre investigación en seres humanos, se considera que el presente trabajo no implica riesgos físicos ni psicológicos a los participantes del estudio, por lo que sólo se solicitó de forma oral el consentimiento informado a todos los participantes y se les garantizó el anonimato de su identidad, con la finalidad de que pudiesen expresarse en la descripción de sus experiencias con sus pacientes, y durante la contestación del cuestionario aplicado en la segunda fase del proyecto.

SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO

METODO

A partir de la caracterización de los problemas de comunicación encontrados en la anterior fase, se conformó un cuestionario de comunicación médico paciente, el cual se aplicó a una muestra más amplia de médicos.

En esta segunda fase, nuevamente se contó con el apoyo del Comité Académico de la Especialidad para la aplicación del cuestionario a los alumnos y profesores de medicina familiar.

Se buscó la autorización de los directores de las unidades médicas de medicina familiar en el IMSS e ISSSTE para la aplicación de dicho cuestionario, sin embargo sólo fue posible aplicarlo de forma satisfactoria en el ISSSTE, parcialmente en el IMSS y no se pudo aplicar a los médicos de la Secretaría de Salud.

Al cuestionario se le sometió a una revisión de jueces con un grupo de profesores del Departamento de Medicina familiar de la UNAM. Los detalles de sus observaciones se presentan líneas adelante, en la sección de instrumento de recolección de datos.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

- Médicos residentes de tercer grado de medicina familiar de las unidades académicas sedes del Programa de Especialización en Medicina Familiar, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el IMSS y en el ISSSTE.
- Médicos de base adscritos a unidades de medicina familiar en el IMSS o en el ISSSTE.
- La aplicación del cuestionario se realizó durante el periodo comprendido de noviembre de 2003 a marzo de 2004.

MUESTRA:

- Médicos residentes: Se incluyó al total de residentes de tercer grado de las unidades académicas del IMSS y del ISSSTE (n = 79).
- Médicos de Base: se estudió una muestra de tipo mixto de la población médica del ISSSTE (n = 342), Se aleatorizó la selección de las unidades médicas en el Distrito Federal (n = 16) y posteriormente la selección de los médicos fue no probabilística, de tipo accidental a quienes desearon participar. Para el grupo de médicos del IMSS, la selección de la muestra fue no aleatoria, de tipo accidental a todos los médicos que desearon participar (228).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

INCLUSIÓN

Médicos residentes:

- Con el mismo propósito de la fase anterior, se aplicó el cuestionario sólo a los alumnos del tercer año del curso de especialización en medicina familiar, para garantizar que por lo menos contaban con dos años de experiencia de práctica clínica ante pacientes.

Médicos de base:

- Tener su adscripción de trabajo en alguna unidad de medicina familiar del ISSSTE, o del IMSS.
- Realizar actividades de atención médica en su unidad laboral.

EXCLUSIÓN:

- Médicos residentes de primero o segundo grado, por considerarse con escasa experiencia ante la problemática de comunicación durante la atención médica.
- Médicos de base que no efectúen actividades de atención médica ante paciente.

ELIMINACIÓN:

- Se eliminaron los cuestionarios incorrecta o insuficientemente contestados.

VARIABLES ESTUDIADAS

Las variables independientes de carácter atributivo estudiadas fueron:

- Edad.
- Sexo.
- Institución laboral.
- Categoría laboral.
- Institución donde efectuó la especialidad.
- Años de práctica profesional.
- Universidad donde efectuó el pregrado.
- Grupos de edades de los pacientes vistos en consulta médica.
- Nivel socioeconómico de los pacientes.
- Tipo de padecimientos agudos y crónicos atendidos.
- Otras situaciones de comunicación médico paciente diferentes de la incluidas en el cuestionario
- Propuestas para un curso de comunicación médico paciente.

Las variables dependientes fueron:

- Frecuencia de observación de los problemas de comunicación médico paciente, identificadas en la fase anterior.
- Dificultad para el manejo médico de los problemas de comunicación médico paciente, identificadas en la fase anterior.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento.	Edad cumplida en años	Intervalar
Sexo	Conjunto de caracteres biológicos por los que se diferencian los hombres de las mujeres	Masculino Femenino	Nominal
Categoría del médico	Condición académica o laboral del médico	Residente Profesor Base	Nominal
Institución laboral	Instituto de salud en el cual presta sus servicios profesionales el médico	SS IMSS ISSSTE	Nominal
Institución donde efectuó la especialidad	Instituto de salud en la cual realizó la especialidad de medicina familiar.	IMSS ISSSTE SS Otra	Nominal
Problemas de comunicación médico paciente	Dificultades de comunicación con el paciente encontradas por el médico durante su práctica clínica.	Descripción escrita de situaciones de comunicación difícil y de importancia en el manejo del paciente durante el trabajo del médico familiar	Nominal
Años de práctica profesional	Espacio de tiempo que el médico tiene practicando sus servicios profesionales	Expresado en años cumplidos	Intervalar
Universidad donde efectuó el pregrado	Universidad donde realizó los estudios del nivel de licenciatura	UNAM Otra universidad	Nominal
Frecuencia de observación de problemas de comunicación médico paciente	Consideración hecha por el médico acerca de la periodicidad con la que observa los problemas de comunicación que se le presentan.	Frecuente Infrecuente	Ordinal
Dificultad para el manejo de problemas de comunicación médico paciente	Consideración hecha por el médico acerca de la dificultad para el manejo de los problemas de comunicación que se le presentan.	Difícil Fácil	Ordinal
Otros problemas de comunicación médico paciente no contempladas en el cuestionario.	Problemas de comunicación con el paciente consideradas por el médico como no incluidas en el cuestionario aplicado.	Descripción escrita de Problemas de comunicación con el paciente no comprendidas en el cuestionario aplicado	Nominal
Propuestas para un curso de comunicación médico paciente.	Sugerencias de los médicos para crear un curso sobre comunicación médico paciente	Descripción escrita de las características sugeridas para implementar un curso de comunicación médico paciente	Nominal
Grupos de pacientes atendidos en la consulta médica	Conjuntos en que se dividen los pacientes atendidos en la consulta médica.	Niños Adolescentes Mujeres adultas Hombres adultos Ancianos	Nominal
Nivel socioeconómico de los pacientes atendidos	Percepción del médico sobre el nivel socioeconómico al que pertenecen sus pacientes	Alto Medio Bajo	Nominal
Frecuencia de atención de padecimientos agudos y crónicos.	Cantidad de padecimientos agudos y crónicos atendidos en la consulta médica.	Porcentaje de padecimientos agudos Porcentaje de padecimientos crónicos	Ordinal

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

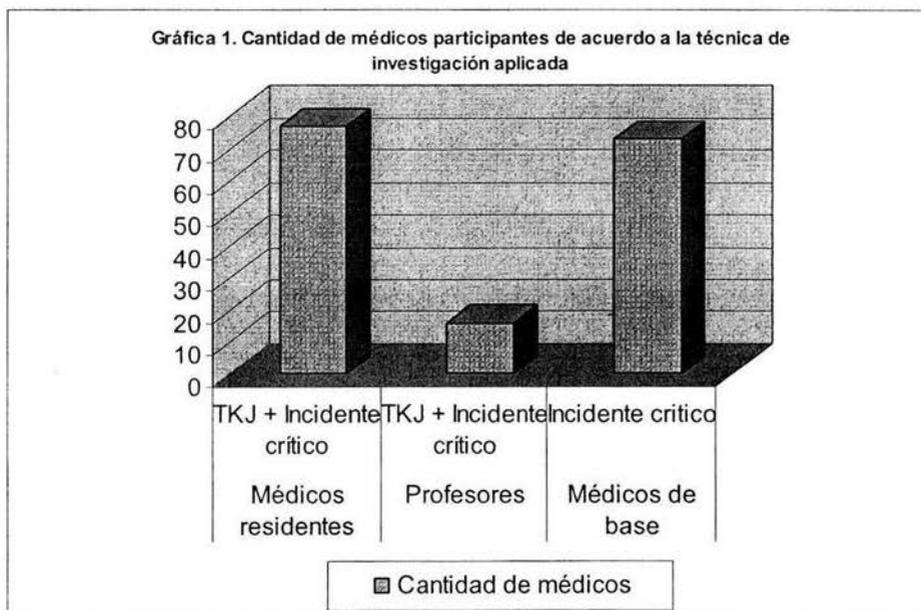
RESULTADOS. PRIMERA FASE DEL ESTUDIO

Se aplicaron las Técnica de TKJ y del Incidente crítico a 77 médicos residentes del tercer año de la especialidad en medicina familiar de ISSSTE, IMSS y Ssa, y a 16 profesores titulares y adjuntos de la especialidad de estas mismas instituciones. Asimismo, se aplicó la técnica del Incidente Crítico a 73 médicos más de base adscritos a diferentes unidades de medicina familiar del ISSSTE.

En total, se trabajó con una población de 166 médicos durante esta primera fase de la investigación, 93 de ellos con ambas técnicas (TKJ e Incidente crítico) y 73 exclusivamente con la técnica del Incidente Crítico, lo anterior se observa en la tabla 1 y gráfica 1.

Tabla 1. Cantidad de médicos participantes y técnica de investigación empleada.

Médicos participantes	Técnica aplicada	Cantidad de médicos
Médicos residentes	TKJ + Incidente crítico	77
Profesores	TKJ + Incidente crítico	16
Médicos de base	Incidente crítico	73
Total		166



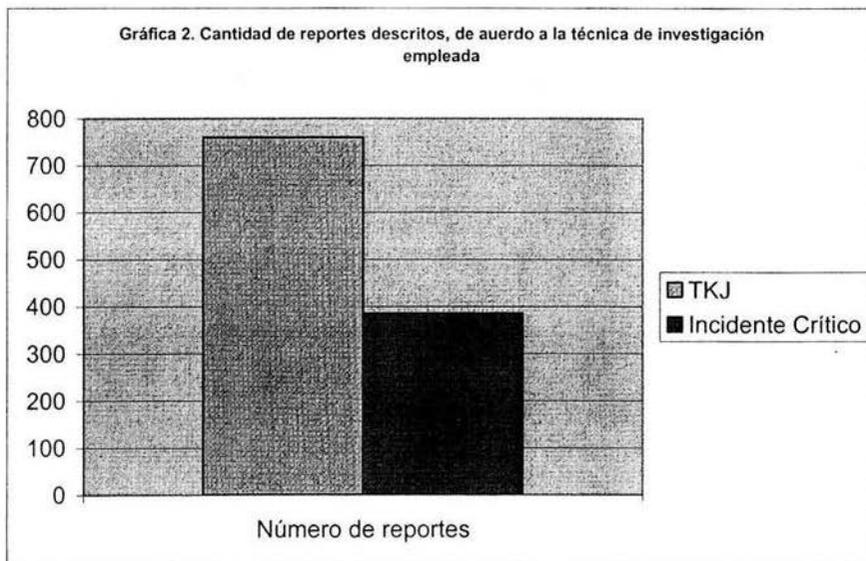
Las ideas proporcionadas por los médicos investigados a través de la técnica de TKJ, sumaron un total de 760 ideas, las cuales se agruparon en 31 categorías. El nombre de tales categorías fue sugerido por los mismos participantes, quienes como parte del procedimiento acordaban el nombre de la categoría que representaba mejor la agrupación de sus ideas.

Por su parte, la técnica del incidente crítico brindó un total de 385 descripciones de incidentes, agrupados en 25 categorías. El nombre de estas categorías fue sugerido por los resultados de la primera técnica y por algunos reportes encontrados en la literatura (22).

La suma de las ideas emitidas por ambas técnicas da un total de 1145 narraciones de eventos, en los cuales los médicos participantes identifican situaciones de importancia y de difícil comunicación con sus pacientes, como se observa en la tabla número 2.

Tabla 2. Cantidad de eventos descritos por los médicos, de acuerdo con la técnica utilizada.

Técnica de investigación usada	Número de reportes	Porcentaje
TKJ	760	66.38
Incidente Crítico	385	33.62
Total	1145	100



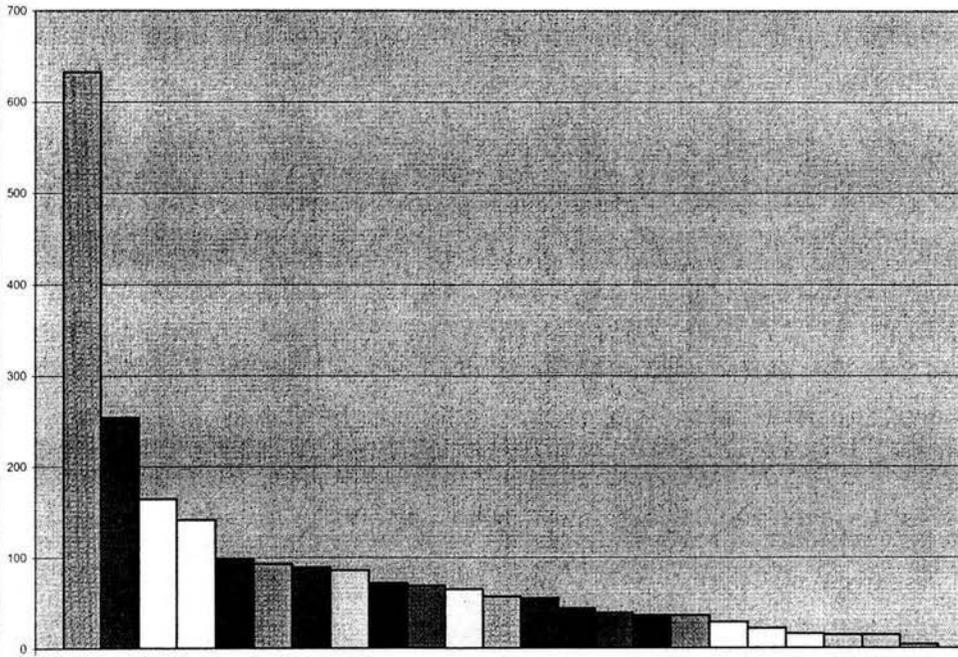
Se presentarán primero las categorías identificadas mediante la técnica TKJ por profesores, enseguida las identificadas por los médicos residentes y finalmente las categorías de ambos grupos, ordenadas de acuerdo al puntaje o calificación que recibieron por parte de los propios participantes.

La tabla 3 muestra las categorías identificadas a través de la técnica TKJ con profesores de medicina familiar, en ella se observa que con mucho, la condición de informar malas noticias es una de las principales preocupaciones para este grupo, lo cual también se puede observar en la gráfica 3.

Tabla 3. Categorías de mensajes más frecuentes y difíciles de comunicar al paciente, identificadas mediante la técnica TKJ por profesores de la especialidad

No.	Categorías	Puntaje
1	Informar malas noticias	633
2	Necesidad de mejorar la relación médico paciente	254
3	Manejo de situaciones con elevada carga afectiva para el paciente	164
4	Importancia de apego al manejo médico	141
5	Lograr modificación de hábitos y estilo de vida	98
6	Barreras culturales	93
7	Lograr la participación de las redes de apoyo familiar	89
8	Corresponsabilidad del paciente	86
9	Paciente con alteraciones psiquiátricas	72
10	Dificultad para abordar la esfera sexual del paciente	69
11	Transmitir mensajes de educación para la salud	65
12	Manejo de implicaciones de enfermedades de transmisión sexual	57
13	Manejo del fenómeno de transferencia y contra transferencia	55
14	Embarazo de adolescentes	44
15	Dinámica familiar alterada	39
16	Dilemas de ética médica	36
17	Negación a aceptar su enfermedad	36
18	Manejo del paciente agresivo	29
19	Paciente manipulador	22
20	Transmitir seguridad al paciente	16
21	Falta de apego al tratamiento	15
22	Manejo del paciente ansioso	15
23	Pacientes con sordomudez	4

Gráfica 3. Categorías de mensajes más frecuentes y difíciles de comunicar al paciente, identificadas por profesores mediante la técnica TKJ.



1

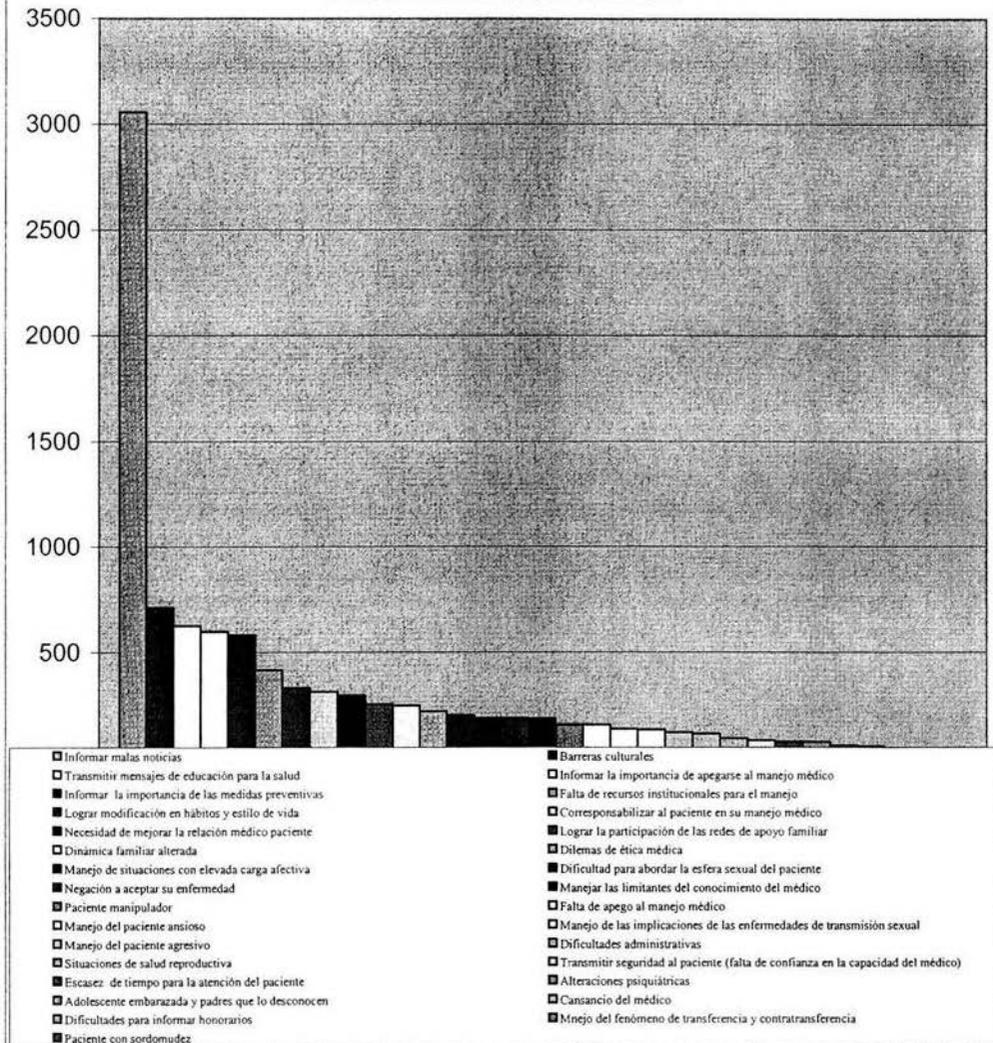
- | | |
|---|---|
| ■ Informar malas noticias | ■ Necesidad de mejorar la relación médico paciente |
| ■ Manejo de situaciones con elevada carga afectiva para el paciente | ■ Importancia de apego al manejo médico |
| ■ Lograr modificación de hábitos y estilo de vida | ■ Barreras culturales |
| ■ Lograr la participación de las redes de apoyo familiar | ■ Corresponsabilidad del paciente |
| ■ Paciente con alteraciones psiquiátricas | ■ Dificultad para abordar la esfera sexual del paciente |
| ■ Transmitir mensajes de educación para la salud | ■ Manejo de implicaciones de enfermedades de transmisión sexual |
| ■ Manejo del fenómeno de transferencia y contratransferencia | ■ Embarazo de adolescentes |
| ■ Dinámica familiar alterada | ■ Dilemas de ética médica |
| ■ Negación a aceptar su enfermedad | ■ Manejo del paciente agresivo |
| ■ Paciente manipulador | ■ Transmitir seguridad al paciente |
| ■ Falta de apego al tratamiento | ■ Manejo del paciente ansioso |
| ■ Pacientes con sordomudez | |

En la tabla 4, también se observan las categorías identificadas por el grupo de médicos residentes. Y al igual que en la anterior clase, parece que una de las principales inquietudes de los residentes es informar malas noticias. Esta lista de categorías determinadas por los médicos residentes parece ser más exhaustiva, de tal forma que en la misma tabla 4 se reconocen varias de las categorías identificadas por los profesores, además de otras no registradas por ellos. Lo anterior también se aprecia en la gráfica 4.

Tabla 4. Categorías de mensajes más frecuentes y difíciles de comunicar al paciente, identificadas mediante la técnica TKJ por médicos residentes.

No.	Categorías	Calificación
1	Informar malas noticias	3056
2	Barreras culturales	710
3	Transmitir mensajes de educación para la salud	625
4	Informar la importancia de apegarse al manejo médico	598
5	Informar la importancia de las medidas preventivas	582
6	Falta de recursos institucionales para el manejo	419
7	Lograr modificación en hábitos y estilo de vida	334
8	Corresponsabilizar al paciente en su manejo médico	316
9	Necesidad de mejorar la relación médico paciente	299
10	Lograr la participación de las redes de apoyo familiar	256
11	Dinámica familiar alterada	249
12	Dilemas de ética médica	222
13	Manejo de situaciones con elevada carga afectiva	203
14	Dificultad para abordar la esfera sexual del paciente	189
15	Negación a aceptar su enfermedad	189
16	Manejar las limitantes del conocimiento del médico	188
17	Paciente manipulador	158
18	Falta de apego al manejo médico	158
19	Manejo del paciente ansioso	138
20	Manejo de las implicaciones de las enfermedades de transmisión sexual	134
21	Manejo del paciente agresivo	122
22	Dificultades administrativas	116
23	Situaciones de salud reproductiva	94
24	Transmitir seguridad al paciente (falta de confianza en la capacidad del médico)	84
25	Escasez de tiempo para la atención del paciente	78
26	Alteraciones psiquiátricas	77
27	Adolescente embarazada y padres que lo desconocen	59
28	Cansancio del médico	56
29	Dificultades para informar honorarios	13
30	Manejo del fenómeno de transferencia y contra transferencia	12
31	Paciente con sordomudez	10

Gráfica 4. Categorías de mensajes identificados por médicos residentes mediante la técnica TKJ.

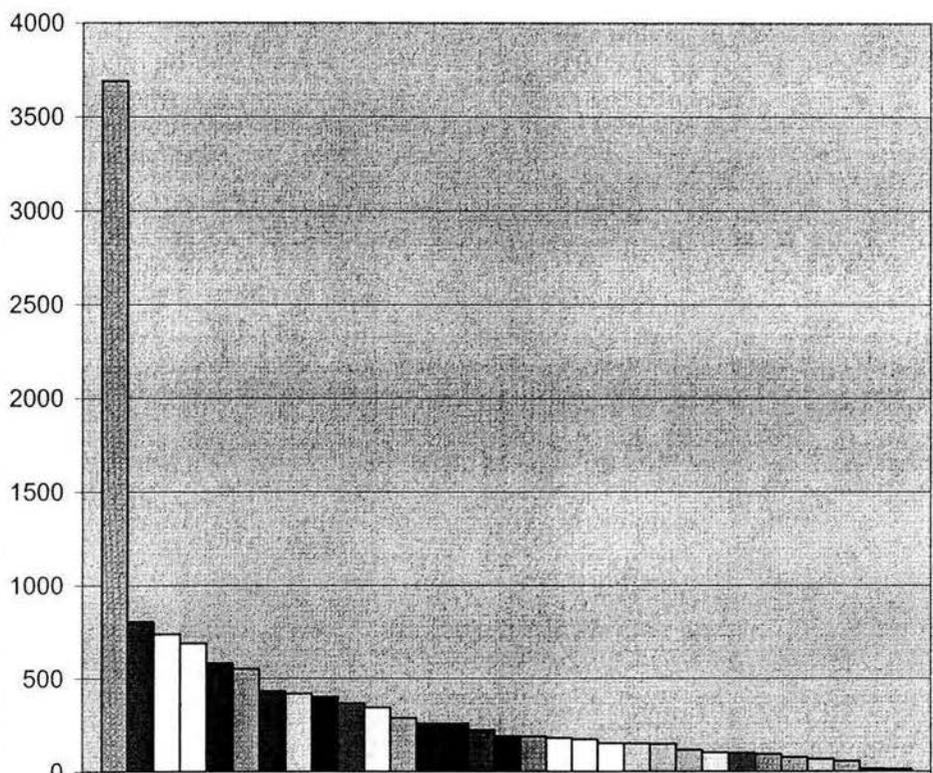


En la tabla 5 se observan todas las categorías identificadas por ambos grupos. Se puede observar como la categoría de las malas noticias se mantiene en primer lugar, con una diferencia muy importante respecto de las demás. Luego con una calificación más o menos parecida entre sí, le siguen las dificultades generadas por barreras culturales, necesidad de que el paciente se apegue al tratamiento y transmitirle mensajes de educación para la salud y la necesidad de adoptar medidas preventivas, así como mejorar la relación médico paciente. Con una calificación menor se encuentra el resto de las categorías. Lo anterior también se observa en la gráfica 5.

Tabla 5. Suma de Categorías de los mensajes más frecuentes y difíciles de comunicar al paciente, identificadas mediante la técnica TKJ tanto por profesores como por residentes de la especialidad.

No.	Categorías	Calificación
1	Informar malas noticias	3689
2	Barreras culturales	803
3	Informar la importancia de apegarse al manejo médico	739
4	Transmitir mensajes de educación para la salud	690
5	Informar la importancia de las medidas preventivas	582
6	Necesidad de mejorar la relación médico paciente	553
7	Lograr modificación en hábitos y estilo de vida	432
8	Falta de recursos institucionales para el manejo	419
9	Corresponsabilizar al paciente en su manejo médico	402
10	Manejo de situaciones con elevada carga afectiva	367
11	Lograr la participación de las redes de apoyo familiar	345
12	Dinámica familiar alterada	288
13	Dilemas de ética médica	258
14	Dificultad para abordar la esfera sexual del paciente	258
15	Negación a aceptar su enfermedad	225
16	Manejo de las implicaciones de las enfermedades de transmisión sexual	191
17	Manejar las limitantes del conocimiento del médico	188
18	Paciente manipulador	180
19	Falta de apego al manejo médico	173
20	Manejo del paciente ansioso	153
21	Manejo del paciente agresivo	151
22	Alteraciones psiquiátricas	149
23	Dificultades administrativas	116
24	Adolescente embarazada y padres que lo desconocen	103
25	Transmitir seguridad al paciente (falta de confianza en la capacidad del médico)	100
26	Situaciones de salud reproductiva	94
27	Escasez de tiempo para la atención del paciente	78
28	Manejo del fenómeno de transferencia y contra transferencia	67
29	Cansancio del médico	56
30	Paciente con sordomudez	14
31	Dificultades para informar honorarios	13

Gráfica 5. Suma de mensajes más frecuentes y difíciles de comunicar al paciente, identificados por profesores y residentes, mediante la técnica TKJ.



- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Informar malas noticias ■ Informar la importancia de apegarse al manejo médico ■ Informar la importancia de las medidas preventivas ■ Lograr modificación en hábitos y estilo de vida ■ Corresponsabilizar al paciente en su manejo médico ■ Lograr la participación de las redes de apoyo familiar ■ Dilemas de ética médica ■ Negación a aceptar su enfermedad ■ Manejar las limitantes del conocimiento del médico ■ Falta de apego al manejo médico ■ Manejo del paciente agresivo ■ Dificultades administrativas ■ Transmitir seguridad al paciente (falta de confianza en la capacidad del médico) ■ Escasez de tiempo para la atención del paciente ■ Cansancio del médico ■ Dificultades para informar honorarios | <ul style="list-style-type: none"> ■ Barreras culturales ■ Transmitir mensajes de educación para la salud ■ Necesidad de mejorar la relación médico paciente ■ Falta de recursos institucionales para el manejo ■ Manejo de situaciones con elevada carga afectiva ■ Dinámica familiar alterada ■ Dificultad para abordar la esfera sexual del paciente ■ Manejo de las implicaciones de las enfermedades de transmisión sexual ■ Paciente manipulador ■ Manejo del paciente ansioso ■ Alteraciones psiquiátricas ■ Adolescente embarazada y padres que lo desconocen ■ Situaciones de salud reproductiva ■ Manejo del fenómeno de transferencia y contratransferencia ■ Paciente con sordomudez |
|--|---|

Posterior al ordenamiento anterior, se revisaron nuevamente todas las tarjetas (ideas) por categorías identificadas, y se observó que en varias de ellas, no en todas, se podían formar diferentes subcategorías las cuales parecen dar mayor detalle acerca de dónde centran su preocupación los médicos participantes. Se muestra en la tabla 6.

Tabla 6. Subcategorías de los mensajes más difíciles de comunicar al paciente, identificadas mediante la técnica TKJ. Presentadas por prioridad.

1	INFORMAR MALAS NOTICIAS	5	NEGACION A ACEPTAR SU ENFERMEDAD
	Enfermedades de mal pronóstico		Por mala respuesta al tratamiento
	Paciente en estado terminal		Ante Dx de Enf. Crónico degenerativa informada por la Vez
	Fallecimientos	6	ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS
	Malformaciones fetales		Somatizaciones
2	BARRERAS CULTURALES		Depresión
	Dificultad expresiva del paciente		Demencia
	Dificultad expresiva del médico		
	Falta de comprensión de magnitud del problema	7	PACIENTE MANIPULADOR
	Mitos acerca de medicamentos		Por creencias erróneas de procedimientos médicos (estudios de laboratorio, inter consultas...)
	Ideas mágicas		Para obtener ganancias secundarias
	Educación cultural diferente		
	No aceptación de exploración genital	8	MANEJO DEL PACIENTE AGRESIVO
			Por falta de recursos para su atención
3	DILEMAS DE ÉTICA MÉDICA		Por dificultades administrativas
	Solicitudes de aborto		Por retraso en su atención
	Pedir al paciente que firme su alta voluntaria		Por la incertidumbre de su enfermedad
	Diagnóstico o tratamiento erróneo propio o de otros médicos		Por mala respuesta al tratamiento
	Iatrogenias propias o de otros médicos		Por no conseguir incapacidad médica
	Falta de compromiso con el paciente	9	MANEJO DEL PACIENTE ANSIOSO
	Violación del secreto profesional		Por la incertidumbre de su enfermedad
			Por retraso en su atención
			Por causa desconocida
4	SITUACIONES CON ELEVADA CARGA AFECTIVA	10	SITUACIONES DE SALUD REPRODUCTIVA
	Hablar con el paciente en estado terminal		Convencimiento de uso adecuado de método de PF
	Situaciones de violación sexual		Comprensión de sus factores de riesgo
	Situaciones diversas de valor emotivo para el paciente		Situaciones de esterilidad no esperada

Por cuanto a la técnica del Incidente Crítico se refiere, se recolectaron un total de 385 incidentes. Como se mencionó antes, esta técnica se aplicó a los 166 médicos estudiados.

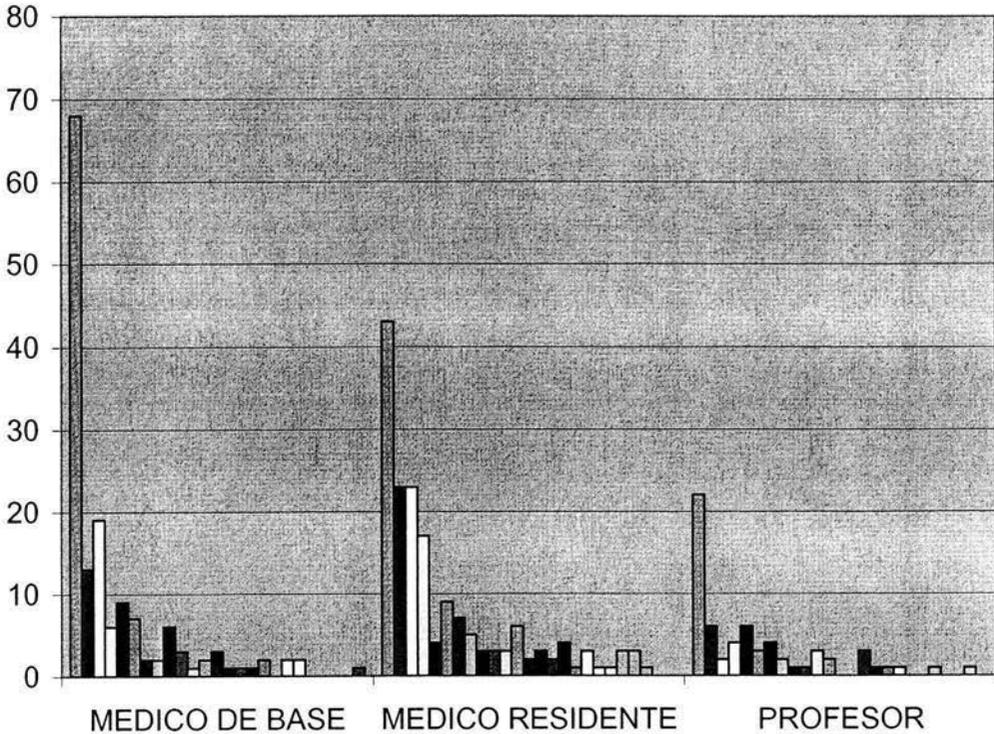
En la tabla 7 se muestran las categorías encontradas y la cantidad de incidentes reportados por todos los médicos participantes.

Tabla 7. Incidentes críticos totales reportados por los médicos de base, residentes y profesores.

No.	CATEGORÍAS DE INCIDENTES	MEDICO DE BASE	MEDICO RESIDENTE	PROFESOR	TOT.
1	Paciente agresivo	68	43	22	133
2	Barreras culturales	13	23	6	42
3	Falta de apego al manejo médico	19	23	2	44
4	Manejo de malas noticias	6	17	4	27
5	Negación a aceptar su enfermedad	9	4	6	19
6	Paciente con alteraciones psiquiátricas	7	9	3	19
7	Paciente angustiado	2	7	4	13
8	Dinámica familiar alterada	2	5	2	9
9	Paciente manipulador	6	3	1	10
10	Dificultad para abordar esfera sexual del paciente	3	3	1	7
11	Manejo del fenómeno de transferencia y contra transferencia	1	3	3	7
12	Situaciones con elevada carga afectiva para el paciente	2	6	2	10
13	Manejo de implicaciones sexuales de las ETS	3	2	-	5
14	Paciente alcoholizado	1	3	-	4
15	Embarazo en adolescentes	1	2	3	6
16	Lograr la participación de las redes de apoyo familiares	1	4	1	6
17	Escasez de tiempo para explicar al paciente	2	1	1	4
18	Dilemas de ética médica	-	3	1	4
19	Paciente con hipoacusia	2	1	-	3
20	Médico molesto	2	1	-	3
21	Falta de confianza en la capacidad del médico	-	3	1	4
22	Lograr que el paciente efectúe cambios en su estilo de vida	-	3	-	3
23	Cansancio del médico	-	1	-	1
24	Pérdida del control del manejo de la consulta médica	-	-	1	1
25	Informar las limitantes del conocimiento del médico	1	-	-	1
	Totales	151	170	64	385
	Porcentaje	39.2%	44.2%	16.6%	100.0%

Como puede observarse en la tabla 7 y gráfica 6 la percepción de los médicos, registrada mediante esta técnica parece diferente, pues con relación a la anterior técnica, aunque sigue apareciendo la categoría de informar malas noticias, ya no ocupa el primer lugar y se advierte que los problemas por barreras culturales se mantienen en el mismo sitio. Aquí la categoría de paciente agresivo parece ser una de las principales preocupaciones, y ocurre una situación semejante a las de malas noticias; presentan una diferencia importante con el resto de las categorías identificadas.

Gráfica 6. Total incidentes críticos reportados por la población estudiada



De la misma forma que con la anterior técnica de investigación, se procedió a buscar posibles subcategorías, a fin de observar los elementos constituyentes en cada una de ellas, cabe aclarar que tampoco todas fueron susceptibles de subcategorizarse, por tanto en la tabla 8 se muestran sólo aquellas que pudieron subdividirse.

Tabla 8. Subcategorías para las competencias identificadas mediante *incidente crítico*

1	PACIENTE AGRESIVO	4	MANEJO DE MALAS NOTICIAS
	Por tiempos de espera largos		Complicaciones de la enfermedad
	Por no conseguir incapacidad médica		Informar padecimientos de mal pronóstico
	Por malos resultados del manejo médico		Situaciones de enfermedad terminal
	Por dificultades administrativas		Informar fallecimientos
	Por maltrato médico	5	NEGACIÓN A ACEPTAR SU DIAGNÓSTICO O SU ENFERMEDAD
	Por no desear atención en medicina familiar		Diagnóstico de Enfermedad crónico degenerativa informado por 1a. Vez
	Por falta de medicamento		Por implicar cambios en su estilo de vida
	Por cambiarle a su médico		Por desconocer alternativas de manejo
	Por incertidumbre de la enfermedad	6	ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS
	Por escasez de tiempo en su atención		Depresión
	Por no recibir atención médica		Esquizofrenia
	Por causa desconocida		Somatizaciones
	Por falta de recursos para su atención		Anorexia
	Por alteraciones psiquiátricas		Demencia senil
2	BARRERAS CULTURALES	7	PACIENTE ANGUSTIADO
	Por significado distinto de la situación para el pac.		Por no resolverse su problema de salud
	Por dificultad expresiva del paciente		Por retraso en su atención médica
	Por no aceptación del género del médico		Por la incertidumbre de su enfermedad
	Falta de comprensión de la magnitud del problema		Por causa desconocida
	Por mitos acerca de los medicamentos	8	PACIENTE MANIPULADOR
	Por mitos de la alimentación		Por creencias erróneas de los procedimientos médicos
	Por dificultad expresiva del médico		Para obtener ganancias secundarias
3	FALTA DE APEGO AL MANEJO MÉDICO	9	DIFICULTAD PARA ABORDAR ESFERA SEXUAL DEL PACIENTE
	Por explicación insuficiente del médico		Indagación de hábitos sexuales
	Por problemas culturales del paciente		Paciente con Violación sexual
	Por mitos acerca del medicamento	10	DILEMAS DE ÉTICA MÉDICA
	Por no aceptación de su enfermedad		Solicitudes de aborto en embarazo no deseado
	Por no verificar la comprensión de las indicaciones médicas		Informar diagnósticos erróneos o iatrogenias de otros médicos
	Por mala respuesta al tratamiento		

Con el propósito de observar todas las categorías de las situaciones de comunicación importante y dificultosa reportadas por los médicos, en la tabla 9 se presentan todas las categorías identificadas mediante ambas técnicas. Ordenadas de acuerdo a la prioridad y frecuencia otorgadas por los médicos participantes.

Tabla 9. Agrupación de categorías por similitud de los problemas encontrados mediante ambas técnicas de investigación.

No.	CATEGORÍAS
1	INFORMAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE
2	INFORMAR MALAS NOTICIAS A LA FAMILIA
3	LOGRAR QUE EL PACIENTE EFECTÚE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA
4	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES INSUFICIENTES PARA EL MANEJO MÉDICO
5	BARRERAS CULTURALES POR SOLICITUD DE MANEJOS INJUSTIFICADOS
6	CORRESPONSABILIZAR AL PACIENTE EN SU MANEJO MÉDICO
7	MENSAJES DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD
8	FALTA DE PARTICIPACIÓN DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR
9	EMPATÍA CON EL PACIENTE
10	BARRERA CULTURA PARA LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA
11	BARRERAS CULTURALES POR DIFICULTAD PARA OBTENER DATOS DEL PACIENTE
12	PACIENTE Y/O FAMILIAR ENOJADO POR TIEMPOS DE ESPERA LARGOS
13	FALTA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA POR EXPLICACIÓN INSUFICIENTE
14	FALTA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA POR NO ACEPTACIÓN DE SU ENFERMEDAD
15	MANEJO DE DINÁMICA FAMILIAR ALTERADA
16	SITUACIONES CON ELEVADA CARGA AFECTIVA PARA EL PACIENTE
17	PACIENTE ENOJADO POR NO CONSEGUIR INCAPACIDAD MÉDICA
18	MANEJO DE PACIENTES CON ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS
19	DIFICULTAD PARA ABORDAR LA ESFERA SEXUAL DEL PACIENTE
20	DILEMAS DE ÉTICA MÉDICA
21	PACIENTE Y/O FAMILIAR ENOJADO POR MALOS RESULTADOS DEL MANEJO
22	INFORMAR LIMITANTES DEL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO
23	PACIENTE ENOJADO POR DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS
24	PACIENTE ANGUSTIADO
25	IMPLICACIONES FAMILIARES DE LA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
26	EMBARAZO EN ADOLESCENTES
27	PACIENTE ENOJADO POR MALTRATO MÉDICO
28	FENÓMENOS TRANSFERENCIALES Y CONTRA TRANSFERENCIALES
29	FALTA DE CONFIANZA EN LA CAPACIDAD DEL MÉDICO
30	PACIENTE ENOJADO POR LA INCERTIDUMBRE DE SU ENFERMEDAD
31	PACIENTE ENOJADO POR CAMBIARLE A SU MÉDICO
32	BARRERA CULTURAL POR PROBLEMA DE GÉNERO ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE
33	PACIENTE ENOJADO POR NO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA
34	FALTA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA POR NO VERIFICAR LA COMPRESIÓN DE LAS INDICACIONES
35	PACIENTE ALCOHOLIZADO

Es probable que en este momento del avance en el trabajo, se pudiera elaborar algún cuestionario que nos permitiera explorar si los médicos que laboran en unidades de medicina familiar efectivamente se enfrentan a las situaciones descritas por el grupo de médicos investigados. Sin embargo, al buscar subcategorías, como las mostradas en las tablas 6 y 8, se observó que aparentemente existía mas circunstancias de fondo, que las que permitían ver la clasificación inicial. Por tal motivo, se revisaron

nuevamente los 385 reportes de los incidentes críticos, así como las 760 ideas derivadas de la técnica TKJ de todos los médicos participantes, con la finalidad de tratar de descubrir las posibles causas subyacentes a los reportes obtenidos y que aparentemente explican mejor el tipo de interacción comunicativa descrita entre médicos y pacientes.

De esta manera, toda vez que las ideas emitidas por la técnica TKJ y los reportes descritos de los incidentes críticos ya se tenían ordenados en la anterior clasificación inicial, durante varias sesiones de trabajo el investigador responsable y el asesor de la investigación se dieron a la tarea de buscar los motivos que se consideraban subyacentes en las ideas expresadas por escrito por parte de los médicos, y que aparentemente denotan de mejor forma las preocupaciones de fondo en su trabajo cotidiano.

Para cada categoría, se analizaron y contaron los posibles motivos o causas subyacentes. Aunque para algunas categorías, los motivos no diferían mucho de lo ya identificado, durante esta nueva búsqueda se detectaron situaciones de gran importancia, no consideradas en la clasificación previa; como la percepción de gravedad por parte de los pacientes, percepción del médico de una necesidad de cambios en el estilo de vida por parte del paciente, manejo de necesidades afectivas de familiares y pacientes, necesidad de corresponsabilizar a paciente y familiares en el manejo de los padecimientos y situaciones en las que el paciente no percibe el riesgo que implica su padecimiento, etcétera, como se puede observar en la tabla 9.

Por lo anterior, se estimó que estas causas consideradas subyacentes, probablemente explican los problemas, de mejor forma que la clasificación inicial acerca del comportamiento comunicativo entre médicos y pacientes.

En las tablas 10 A - 10 D, se muestran tales causas subyacentes reconocidas en cada categoría, entre paréntesis se denota la frecuencia con la que se detectaron dichas causas en los reportes recabados.

Tabla 10 A. Frecuencia decreciente de Causas subyacentes a las categorías identificadas por ambas técnicas (incidente crítico + TKJ).

No.	FREC.	CATEGORÍAS PREVIAS	CAUSAS SUBYACENTES							
1	128	INFORMAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE	Enfermedades de mal pronóstico VIH-SIDA (31)	Enfermedades de mal pronóstico: Alteraciones diversas (29)	Enfermedades de mal pronóstico: Cáncer (25)	Dar diagnóstico de enfermedad crónica degenerativa (14)	Presencia de complicaciones (esperadas; no esperadas) (10)	Secuelas permanentes y/o discapacitantes (9)	Responder al paciente sus probabilidades de morir (6)	Informar la gravedad de un padecimiento agudo (4)
2	110	INFORMAR MALAS NOTICIAS A LA FAMILIA	Informar el fallecimiento del paciente (esperado; no esperado) (35)	Informar el estado terminal del paciente (20)	Malformaciones fetales, abortos, óbitos (18)	Informar la gravedad de un padecimiento agudo (11)	Enfermedades de mal pronóstico en niños (9)	Presencia de complicaciones esperadas y no esperadas (8)	Muerte neonatal (esperada; no esperada) (7)	Manejo de culpa de familiares (2)
3	68	LOGRAR QUE EL PACIENTE EFECTÚE CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA	Necesidad de cambios en el estilo de vida (57)	Por problemas de drogadicción (11)						
4	61	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES INSUFICIENTES PARA EL MANEJO MÉDICO	Carencia de recursos materiales para el manejo (33)	Exceso de trabajo (20)	Paciente que requiere más tiempo del acostumbrado (5)	Largos tiempos de espera (2)	Por falta de recursos humanos específicos en el equipo (1)			
5	42	BARRERAS CULTURALES POR SOLICITUD DE MANEJOS INJUSTIFICADOS	Demandas de estudios innecesarios por el paciente (23)	Por percepción de gravedad (15)	Por consejo de terceros (4)					
6	40	CORRESPONSABILIZAR AL PACIENTE EN SU MANEJO MÉDICO	Corresponsabilizarlo en su manejo (39)	Ante efectos secundarios adversos del manejo (1)						
7	39	MENSAJES DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Orientación y diagnóstico terapéutica (22)	Educación preventiva sobre factores de riesgo (12)	Apego a las campañas de detección oportuna (5)					
8	39	FALTA DE PARTICIPACIÓN DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR	Corresponsabilidad familiar en el manejo (39)							
9	36	EMPATÍA CON EL PACIENTE	Falta de confianza en el médico (12)	Hacer que se sienta escuchado (14)	Mostrarse empático (7)	Manejo de necesidades afectivas (3)				

Tabla 10 B. Frecuencia decreciente de Causas subyacentes a las categorías identificadas por ambas técnicas (incidente crítico + TKJ).

No.	FREC.	CATEGORÍAS PREVIAS	CAUSAS SUBYACENTES							
10	35	BARRERA CULTURA PARA LA ADHERENCIA TERAPEÚTICA	No percepción del riesgo (7)	Por pensamiento mágico religioso (10)	Obstáculos por uso de medicina tradicional (6)	Mito específico de que la insulina produce ceguera (6)	Automedicación (3)	Paciente con uso de dialectos (1)	Falta de manejo de temores del paciente (1)	Lenguaje no adecuado al nivel cultural del paciente (1)
11	34	BARRERAS CULTURALES POR DIFICULTAD PARA OBTENER DATOS DEL PACIENTE	Por no adecuar el lenguaje del médico al nivel cultural del paciente (22)	Pacientes con uso de dialectos (8)	Formación cultural diferente entre el médico y el paciente (3)	Manejo de necesidades afectivas del paciente (1)				
12	34	PACIENTE Y/O FAMILIAR ENOJADO POR TIEMPOS DE ESPERA LARGOS	Desesperación por la espera (13)	Percepción de urgencia de su padecimiento (10)	Paciente que llega tarde y debe esperar (5)	por exceso de trabajo (3)	Con familiar demandante (3)			
13	34	FALTA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA POR EXPLICACIÓN INSUFICIENTE	Manejo de necesidades afectivas del paciente (13)	Negación del problema de salud (9)	Insuficiente explicación (7)	Por efectos secundarios indeseables (3)	No continuidad en la atención por el mismo médico (1)	Mal sistema de ayuda p/ recordar indicaciones (1)		
14	34	FALTA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA POR NO ACEPTACIÓN DE SU ENFERMEDAD	No percepción del riesgo por el paciente y/o por familiares (27)	Negación del problema de salud (4)	Inadecuado manejo de necesidades afectivas (2)	Inadecuado manejo de culpas del familiar (1)				
15	30	MANEJO DE DINÁMICA FAMILIAR ALTERADA	Subyacente a somatizaciones o conductas anormales (10)	Abordaje ante dinámica familiar alterada (20)						
16	29	SITUACIONES CON ELEVADA CARGA AFECTIVA PARA EL PACIENTE	Situaciones de abuso sexual (12)	Hablar con el paciente en estado terminal (8)	Dar apoyo afectivo a quien sufre situación de duelo (6)	Hablar con familiar de paciente terminal (3)				
17	29	PACIENTE ENOJADO POR NO CONSEGUIR INCAPACIDAD MÉDICA	El paciente cree realmente que su padecimiento la amerita (13)	Paciente que quiere engañar al médico para lograrla (12)	Paciente que cree que toda consulta amerita incapacidad (4)		Registrados como percepción incorrecta de ameritar incapacidad			
18	27	MANEJO DE PACIENTES CON ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS	Paciente con somatización (11)	Paciente deprimido (6)	Paciente depresivo sec. a su patología (5)	Paciente con demencia senil (2)	Alteraciones psiquiátricas no específicas (2)	Informarle la necesidad del psiquiatra (1)		

Tabla 10 C. Frecuencia decreciente de Causas subyacentes a las categorías identificadas por ambas técnicas (incidente crítico + TKJ).

No.	FREC.	CATEGORÍAS PREVIAS	CAUSAS SUBYACENTES					
19	26	DIFICULTAD PARA ABORDAR LA ESFERA SEXUAL DEL PACIENTE	Dificultad en el abordaje de la sexualidad del paciente (26)					
20	23	DILEMAS DE ÉTICA MÉDICA	Comunicar iatrogenia propia o de otros médicos (14)	Solicitudes de aborto ante embarazo no deseado (4)	Divulgación del secreto profesional ante drogadicción de menores (2)	Falta de un compromiso total del médico en la atención del paciente (2)	No proporcionar atención médica por no ser derechohabiente (1)	
21	20	PACIENTE Y/O FAMILIAR ENOJADO POR MALOS RESULTADOS DEL MANEJO	Percepción de gravedad (9)	Por mala evolución del padecimiento ante problema agudo (4)	Manejo de culpas del paciente (3)	Por tratamiento aparentemente incorrecto (2)	Desacuerdo de otros médicos acerca del manejo dado (2)	
22	20	INFORMAR LIMITANTES DEL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO	Limitante del conocimiento personal (19)	Limitante del conocimiento científico (1)				
23	19	PACIENTE ENOJADO POR DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS	Secundario a maltrato previo en servicio de archivo (6)	Por no desear efectuar ningún trámite (4)	Por percepción de gravedad (4)	No entendimiento de trámites administrativos (3)	Por alargarse tiempos de espera (1)	Por errores y omisiones en la hoja del médico (1)
24	19	PACIENTE ANGUSTIADO	Por percibir al padecimiento como grave (18)	Por sentimiento de culpabilidad (1)				
25	16	IMPLICACIONES FAMILIARES DE LA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Temor a desencadenar disfunción familiar (16)					
26	13	EMBARAZO EN ADOLESCENTES	Apoyo a adolescentes embarazadas (13)					
27	12	PACIENTE ENOJADO POR MALTRATO MÉDICO	Por malas experiencias con médicos previos (8)	Percepción de gravedad por el paciente (4)				
28	10	FENÓMENOS TRANSFERENCIALES Y CONTRA TRANSFERENCIALES	No reconocidos por el médico (10)					

Tabla 10 D. Frecuencia decreciente de Causas subyacentes a las categorías identificadas por ambas técnicas (incidente crítico + TKJ).

No.	FREC	CATEGORÍAS PREVIAS	CAUSAS SUBYACENTES		
29	8	FALTA DE CONFIANZA EN LA CAPACIDAD DEL MÉDICO	Falta de confianza en el médico (7)	Por limitantes del conocimiento del médico (1)	
30	7	PACIENTE ENOJADO POR LA INCERTIDUMBRE DE SU ENFERMEDAD	Percepción de urgencia de su padecimiento (6)	No aceptación de la cronicidad de su padecim. (1)	
31	5	PACIENTE ENOJADO POR CAMBIARLE A SU MÉDICO	Por implicar mayor tiempo de espera (2)	Por estar acostumbrado a su médico (2)	Exceso de trabajo (1)
32	5	BARRERA CULTURAL POR PROBLEMA DE GÉNERO ENTRE EL MÉDICO Y EL PACIENTE	Temor a ser explorado por médico del sexo opuesto (5)		
33	4	PACIENTE ENOJADO POR NO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA	Por percepción de urgencia del padecimiento (4)		
34	3	FALTA DE ADHERENCIA TERAPEÚTICA POR NO VERIFICAR LA COMPRESIÓN DE LAS INDICACIONES	No verificación de la comprensión del manejo (3)		
35	3	PACIENTE ALCOHOLIZADO	Largos tiempos de espera (2)	Familiares demandantes (1)	

El anterior procedimiento permitió identificar muchos más motivos de comunicación importantes y dificultosos de manejar con el paciente, que se encontraban subyacentes en los reportes manifestados por los médicos.

A pesar de la identificación de estas situaciones subyacentes, se conservan las categorías iniciales, en razón de que parecen brindar un panorama general que posibilita un análisis inicial sin tanto detalle como puede ocurrir al investigar más específicamente dichas categorías subyacentes.

De tal forma, en la siguiente tabla 11, se agrupan en orden de frecuencia el total de estas condiciones subyacentes y que aparentemente permiten observar de mejor manera las verdaderas preocupaciones de los médicos durante la interacción con sus pacientes.

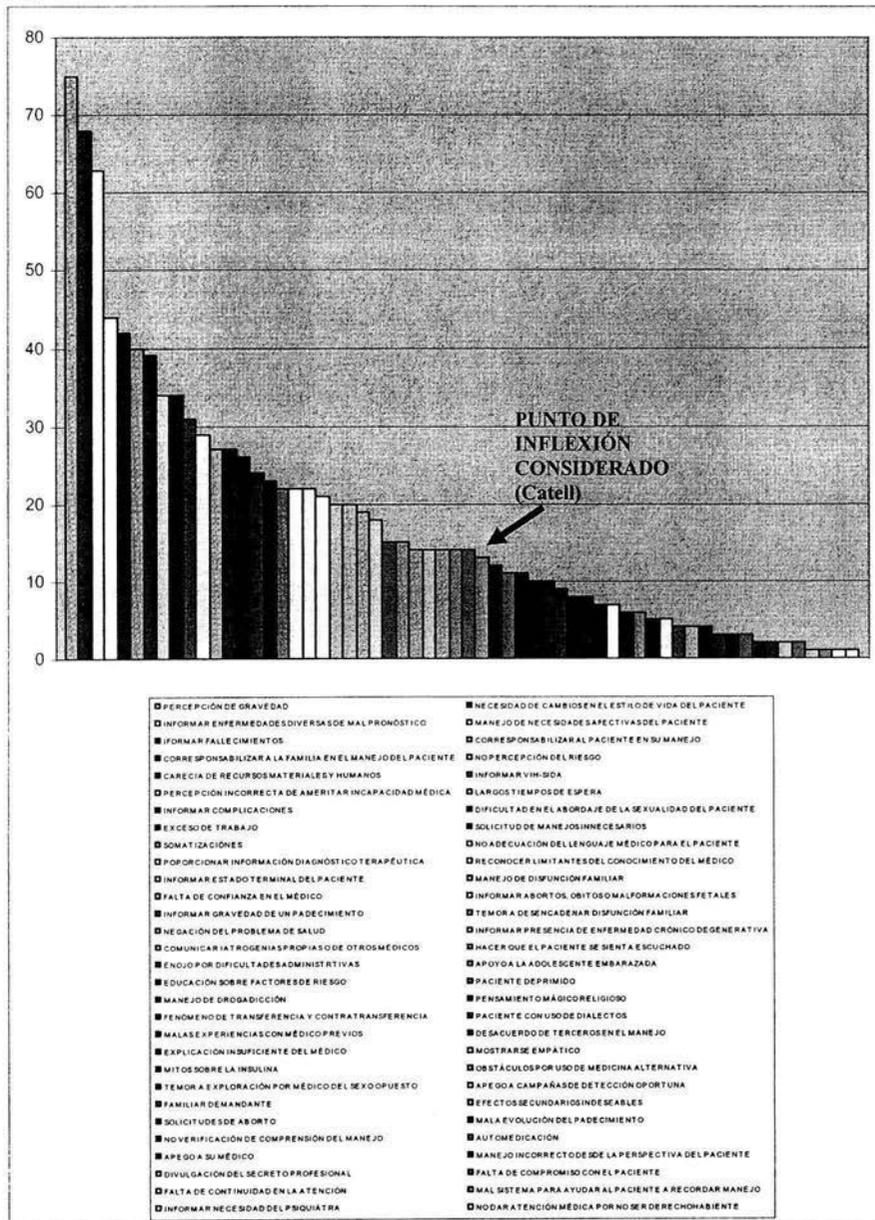
Tabla 11. Total de causas subyacentes a las categorías identificadas, en orden de frecuencia.

ORDEN	TOTAL DE CAUSAS SUBYACENTES A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS	FRECUENCIAS
1	PERCEPCIÓN DE GRAVEDAD	75
2	NECESIDAD DE CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE	68
3	INFORMAR ENFERMEDADES DIVERSAS DE MAL PRONÓSTICO	63
4	MANEJO DE NECESIDADES AFECTIVAS DEL PACIENTE	44
5	INFORMAR FALLECIMIENTOS	42
6	CORRESPONSABILIZAR AL PACIENTE EN SU MANEJO	40
7	CORRESPONSABILIZAR A LA FAMILIA EN EL MANEJO DEL PACIENTE	39
8	NO PERCEPCIÓN DEL RIESGO	34
9	CARECIA DE RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	34
10	INFORMAR VIH-SIDA	31
11	PERCEPCIÓN INCORRECTA DE AMERITAR INCAPACIDAD MÉDICA	29
12	LARGOS TIEMPOS DE ESPERA	27
13	INFORMAR COMPLICACIONES	27
14	DIFICULTAD EN EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD DEL PACIENTE	26
15	EXCESO DE TRABAJO	24
16	SOLICITUD DE MANEJOS INNECESARIOS	23
17	SOMATIZACIONES	22
18	NO ADECUACIÓN DEL LENGUAJE MÉDICO PARA EL PACIENTE	22
19	PROPORCIONAR INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICA	22
20	RECONOCER LIMITANTES DEL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO	21
21	INFORMAR ESTADO TERMINAL DEL PACIENTE	20
22	MANEJO DE DISFUNCIÓN FAMILIAR	20
23	FALTA DE CONFIANZA EN EL MÉDICO	19
24	INFORMAR ABORTOS, OBITOS O MALFORMACIONES FETALES	18
25	INFORMAR GRAVEDAD DE UN PADECIMIENTO	15
26	TEMOR A DESENCADENAR DISFUNCIÓN FAMILIAR	15
27	NEGACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD	14
28	INFORMAR PRESENCIA DE ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA	14
29	COMUNICAR IATROGENIAS PROPIAS O DE OTROS MÉDICOS	14
30	HACER QUE EL PACIENTE SE SIENTA ESCUCHADO	14
31	ENOJO POR DIFICULTADES ADMINISTRATIVAS	14
32	APOYO A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	13
33	EDUCACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO	12
34	PACIENTE DEPRIMIDO	11
35	MANEJO DE DROGADICCIÓN	11
36	PENSAMIENTO MÁGICO RELIGIOSO	10
37	FENÓMENO DE TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA	10
38	PACIENTE CON USO DE DIALECTOS	9
39	MALAS EXPERIENCIAS CON MÉDICO PREVIOS	8
40	DESACUERDO DE TERCEROS EN EL MANEJO	8
41	EXPLICACIÓN INSUFICIENTE DEL MÉDICO	7
42	MOSTRARSE EMPÁTICO	7
43	MITOS SOBRE LA INSULINA	6
44	OBSTÁCULOS POR USO DE MEDICINA ALTERNATIVA	6
45	TEMOR A EXPLORACIÓN POR MÉDICO DEL SEXO OPUESTO	5
46	APEGO A CAMPAÑAS DE DETECCIÓN OPORTUNA	5

47	FAMILIAR DEMANDANTE	4
48	EFFECTOS SECUNDARIOS INDESEABLES	4
49	SOLICITUDES DE ABORTO	4
50	MALA EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO	3
51	NO VERIFICACIÓN DE COMPRENSIÓN DEL MANEJO	3
52	AUTOMEDICACIÓN	3
53	APEGO A SU MÉDICO	2
54	MANEJO INCORRECTO DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE	2
55	DIVULGACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL	2
56	FALTA DE COMPROMISO CON EL PACIENTE	2
57	FALTA DE CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN	1
58	MAL SISTEMA PARA AYUDAR AL PACIENTE A RECORDAR MANEJO	1
59	INFORMAR NECESIDAD DEL PSQUIÁTRA	1
60	NO DAR ATENCIÓN MÉDICA POR NO SER DERECHOHABIENTE	1

A partir de esta última clasificación, se procedió a la elaboración del cuestionario a aplicarse en la siguiente fase del proyecto.

Gráfica 7. Causas subyacentes a las categorías identificadas por ambas técnicas (incidente crítico + TKJ) para las competencias de comunicación.



IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

RESULTADOS SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO

Como se mencionó antes, de las categorías que se observan en la tabla 11 y gráfica 7 se exploraron algunas de ellas durante esta segunda fase del proyecto, dado que es elevado su número y ante la imposibilidad de investigarlas todas, se seleccionaron sólo algunas de ellas. De esta manera, partiendo de los resultados de la fase inicial, se elaboró un cuestionario a través del cual se consideró pertinente conocer la frecuencia con la cual los médicos encuestados se enfrentan a situaciones de comunicación como las seleccionadas, así como el nivel de dificultad que les representa el manejo de dichas circunstancias. Más adelante se describe el procedimiento realizado para la elaboración de dicho cuestionario, mismo que se presenta en su versión final en el anexo 6 de este trabajo.

A continuación se ofrece primero una descripción de la muestra de médicos estudiados en esta fase, y posteriormente los resultados de la aplicación del cuestionario.

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Se aplicó el cuestionario denominado "*Comunicación con el paciente en medicina familiar*" a 630 médicos que laboran en unidades de medicina familiar del IMSS y del ISSSTE, de los cuales se eliminaron 50 por tener llenado incompleto o con doble respuesta, resultando un total de 580 cuestionarios aplicados.

En la tabla 12, se puede observar que existió un mayor número de médicos del ISSSTE que respondieron el cuestionario.

Tabla 12. Institución laboral

INSTITUCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	228	39.3
ISSSTE	352	60.7
Total	580	100.0

La mayoría de los médicos estudiados pertenece al sexo masculino con el 50.7 %, como se observa en la tabla 13.

Tabla 13. Sexo del médico

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	294	50.7
Femenino	286	49.3
Total	580	100.0

Respecto de la universidad en la cual realizaron sus estudios de licenciatura, se observa en la tabla 14 que predomina la UNAM, con el 80.5 % de los casos.

Tabla 14. Universidad en la que efectuaron el pregrado

Universidad	Frecuencia	Porcentaje
UNAM	467	80.5
Otras	113	19.5

Por cuanto a la edad del médico se refiere, predominó el grupo de 41 a 50 años (45.5 %), seguido por un 21.4 % de los médicos de 31 a 40 años de edad. Y como puede advertirse en la tabla 15, el grupo menor representado fue el de mayores de 60 años.

La tabla 16 muestra los años de experiencia laboral, se observa que la mayoría tenía entre 11 a 20 años de práctica, y el menor porcentaje correspondió a los médicos con más de 30 años de práctica profesional.

Tabla 16. Años de práctica profesional, presentados por décadas

Años	Frecuencia	Porcentaje
1 A 10	157	27.1
11 A 20	243	41.9
21 A 30	148	25.5
> de 30	32	5.5
Total	580	100.0

La tabla 17 señala la categoría de los médicos encuestados, en ella se advierte que de los 580 médicos, la mayoría está caracterizada por médicos especialistas familiares con un 50 %. El menor porcentaje corresponde a los médicos residentes en etapa de formación.

Tabla 17. Categoría del médico

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Médico familiar	290	50.0
Médico residente	79	13.6
Médico general	211	36.4
Total	580	100.0

Por cuanto a los médicos que efectuaron la especialidad de medicina familiar, se encontró que de los 580 médicos estudiados, solo 290 la realizaron, de ellos 162 (55.9 %) la efectuaron en el ISSSTE, seguidos en frecuencia por el IMSS y finalmente la Secretaría de Salud, como se puede observar en la tabla número 18.

Tabla 18. Instituto donde realizó la especialidad

INSTITUCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
IMSS	106	36.6 %
ISSSTE	162	55.9%
SSA	22	7.5%
Total	290	100 %

ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO ELABORADO

Como se indicó líneas arriba, la información obtenida en la primera fase de este estudio, generó sesenta categorías que representaron situaciones dificultosas en la comunicación del médico con los pacientes, se seleccionaron aquellas más frecuentes, así como alguna otra categoría que por su relevancia para el trabajo del médico, a juicio del autor y asesor del trabajo, mereciera ser incluida en el cuestionario. De esta forma, los criterios empleados para la inclusión o exclusión de las categorías en el cuestionario final fueron dos; en primer lugar su frecuencia, por tanto se hizo el corte donde la curva presentó su mayor punto de inflexión, lo cual se observa en la misma gráfica 7. El segundo criterio fue la importancia clínica que representara a otra categoría no incluida mediante el anterior criterio.

El cuestionario surgió entonces posterior al análisis de la información emitida por la primera fase y para su elaboración, el investigador responsable del trabajo y el asesor del mismo, durante varias sesiones de trabajo formularon las preguntas a incluir, analizándolas en múltiples ocasiones hasta que se obtuvo un instrumento que se acercara lo más posible a los objetivos perseguidos.

El instrumento final incluyó 38 reactivos (34 que exploran situaciones específicas de comunicación médico paciente y 4 más complementarios). Se exploraron dos aspectos para cada pregunta; frecuencia de observación de la situación presentada en la práctica clínica y la dificultad de manejo para el médico (anexo 6).

Para validar el instrumento, una vez construido se sometió a una revisión de “jueces” por médicos familiares, así como a un proceso de análisis factorial.

Revisión de jueces.

Esta revisión la efectuaron ocho médicos familiares profesores del Departamento de Medicina Familiar de Facultad de Medicina de la UNAM, quienes tienen práctica clínica de la medicina familiar en diferentes Instituciones del Sector Salud. Estos médicos hicieron algunos señalamientos que permitieron mejorar la redacción tanto de la sección de instrucciones como la de algunos reactivos. Una de las observaciones más importantes, fue el cuestionamiento del reactivo que indaga sobre la frecuencia con la que el médico familiar debe informar a la familia el fallecimiento del paciente, dado que el médico familiar del primer nivel de atención médica en nuestro país regularmente no se enfrenta a esta situación en su trabajo cotidiano. Sin embargo, puesto que parte de la población estudiada incluye a médicos residentes, se decidió dejar el reactivo pues este grupo de médicos potencialmente si enfrenta dicha situación durante su paso por los diferentes servicios de hospitalización. Finalmente, en una segunda ocasión, indicaron que con las modificaciones hechas de acuerdo a sus señalamientos, el cuestionario era lo suficientemente claro tanto en sus instrucciones como en su contenido y que se podía contestar de forma auto aplicada, es decir; sin la presencia del investigador responsable.

ANÁLISIS FACTORIAL.

Para poder analizar las respuestas emitidas por los médicos participantes acerca de las situaciones presentadas en el cuestionario, se asignó arbitrariamente un número a cada casilla con los dígitos 1 a 4 para identificar el sitio donde el médico marcó su respuesta, tanto para la frecuencia como para la dificultad, como se muestra en la tabla 19 en números cursivos.

Tabla 19. Numeración asignada a las casillas donde marcaron su respuesta los médicos participantes.

FRECUENCIA DE LOS CASOS	DIFICULTAD EN EL MANEJO DE ESTE TIPO DE SITUACIONES POR EL MÉDICO FAMILIAR:
I a) El paciente tiene una percepción de gravedad de su padecimiento mayor a la real:	I b)
Frecuente 4 3 2 1 Infrecuente	Difícil 4 3 2 1 Fácil

Con los resultados de los 580 cuestionarios debidamente contestados por los médicos participantes, se realizó un análisis factorial de componentes principales y rotación ortogonal, obteniéndose siete factores para la *frecuencia* con la que los médicos encuestados observan las situaciones descritas en el cuestionario y seis factores para la *dificultad* que encuentran en el manejo de las mismas situaciones.

El criterio empleado para incluir los reactivos a sus respectivos factores fue que contaran con un peso mínimo de 0.40

A continuación se describen los factores con sus respectivos reactivos.

FACTORES DE “FRECUENCIA”

En la siguiente tabla se muestran los factores obtenidos mediante el análisis factoria para las situaciones de “*frecuencia*”.

Tabla 20. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS. **FRECUENCIA** (7 FACTORES)

No. De reactivo	1er. FACTOR FRECUENCIAS: INFORMAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE Y SU FAMILIA
3	Informarle al paciente por primera vez, que tiene VIH-SIDA
5	Informar a los familiares el fallecimiento de su paciente
10	Confirmar al paciente el diagnóstico de alguna otra enfermedad de mal pronóstico (excepto SIDA)
13	Informar al paciente que el padecimiento se ha complicado
14	Informar a la familia que el padecimiento del paciente se ha complicado
No. De reactivo	2°. FACTOR FRECUENCIAS: SEXUALIDAD Y DISFUNCION FAMILIAR
15	Abordar la esfera sexual del paciente masculino para orientar su diagnóstico o tratamiento
16	Abordar la esfera sexual de la paciente femenina para orientar su diagnóstico o tratamiento
24	Auxiliar al paciente en el manejo de problemas de la Dinámica Familiar
25	Manejar problemas de violencia intra – familiar
No. De reactivo	3er. FACTOR FRECUENCIAS: PROBLEMAS DEL PACIENTE PARA APRECIAR DE MANERA REALISTA SU SITUACIÓN MÉDICA
22	Expresarle al paciente las limitantes personales de conocimiento médico
26	El paciente desconfía de las habilidades clínicas del médico
28	Temor de provocar alteraciones familiares al informar el origen de alguna enfermedad de transmisión sexual al paciente
31	Confesarle al paciente que se ha cometido un error médico con él
No. De reactivo	4°. FACTOR FRECUENCIAS: INSATISFACCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE
11	El paciente considera que requiere incapacidad médica cuando en realidad no la necesita
12	Enojo del paciente por tener que esperar mucho tiempo para ser atendido
17	El exceso de trabajo causa dificultades para la atención del paciente
18	El paciente demanda procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios
No. De reactivo	5°. FACTOR FRECUENCIAS: INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL MANEJO DEL PROBLEMA DE SALUD
2	Lograr que el paciente comprenda que debe realizar cambios en su estilo de vida para un mejor control de su padecimiento
6	Involucrar al paciente para que comprenda que debe tener una participación activa en el tratamiento de su padecimiento
7	Involucrar a la familiar para que participe como corresponsable en el tratamiento del paciente
21	Transmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica
32	Hacerle sentir al paciente que sus problemas nos interesan
No. De reactivo	6°. FACTOR FRECUENCIAS: PROBLEMAS DEL MÉDICO PARA QUE EL PACIENTE ACEPTÉ LAS IMPLICACIONES DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA
8	El paciente no percibe la magnitud del riesgo futuro provocado por una enfermedad crónica
29	Paciente que se niega a aceptar las repercusiones en su vida, de las complicaciones causadas por enfermedades crónico degenerativas
30	Informar al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónico degenerativa
No. De reactivo	7°. FACTOR FRECUENCIAS: PROBLEMÁTICA EN LA LOGÍSTICA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA
9	Carencia de recursos materiales y/o humanos para una adecuada atención del paciente
20	Adecuar el lenguaje médico al paciente de nivel sociocultural bajo
33	Enojo del paciente por las dificultades administrativas previas a la consulta

La denominación para cada uno de los factores se derivó del contenido de ellos, es decir; para el primer factor de la estructura de *frecuencia* la connotación que tiene para el médico expresar al paciente o a la familia cualquiera de las situaciones que describe el factor, implica **informar malas noticias**, por lo que a este factor se le asignó tal nombre.

El segundo factor de esta estructura se tituló **“sexualidad y disfunción familiar”** por la aparente frecuencia con la que el médico requiere abordar el ámbito de la sexualidad de los pacientes para encauzar sus procesos de diagnóstico y tratamiento. Aparentemente también las situaciones relacionadas con los problemas de dinámica familiar y de violencia intrafamiliar convergen en algún punto con la sexualidad del paciente. Pareciera ocurrir que las anomalías de la dinámica familiar pueden desencadenar alteraciones en la sexualidad de los pacientes o viceversa.

El tercer factor denominado **“problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”**, aunque aparentemente sus reactivos no se relacionan mucho con el título, se consideró que la dificultad para expresar al paciente las limitantes que en ocasiones tiene el propio médico acerca de la patología del paciente, son derivadas de que al mismo paciente le cuesta trabajo reconocer de forma adecuada su problemática con lo que dificulta la tarea del médico, lo mismo puede decirse del resto de reactivos que conforma al factor, por ejemplo, cuando se detecta una situación en la cual se percibe falta de confianza del paciente en lo que su médico le señala, al mismo tiempo se aprecia que el paciente no está muy ubicado en la realidad de su condición médica. Otro ejemplo es cuando entra al consultorio la señora con los resultados de laboratorio de su infección vaginal y cuestiona al médico si fue su esposo quien le contagió dicha infección, si la paciente no aprecia de forma realista todo el contexto de su situación médica, puede ocasionar al médico cierto temor de causar alteraciones de pareja al informar el origen de algunas enfermedades de transmisión sexual.

El cuarto factor denominado **“Insatisfacción de las expectativas del paciente”**, tomó dicha etiqueta porque el paciente llega a la institución esperando que invariablemente se cubran ciertas expectativas, las cuales pueden ser auténticas o erróneas. Para este factor, el primer reactivo ilustra casi todas las situaciones; el paciente exige al médico incapacidad médica, en ocasiones la postura del paciente es real pues se aprecia que auténticamente el paciente consideraba que su patología ameritaba un reposo en casa sin acudir a laborar. En otras ocasiones, que no son pocas, el paciente embusteramente disputa al médico su incapacidad laboral aún cuando se le demuestra que realmente no la merece desde el punto de vista clínico. En otras ocasiones las dificultades con el paciente que puede causar el exceso de trabajo, casi siempre son derivadas de que el paciente considera que su problema médico no debe esperar tanto tiempo, es decir; en todos los casos que se describen en este factor, se aprecia la existencia de expectativas a veces no realistas del paciente.

El quinto factor **“involucración del paciente y su familia”** toma este nombre porque sus reactivos evocan la necesidad que tiene el médico familiar de hacer participar al paciente durante todo el proceso en el que se le acompaña profesionalmente hablando. No sólo para el proceso diagnóstico, o terapéutico, sino inclusive durante la fase de salud en la cual se requiere que el paciente y la familia se comprometan a efectuar las acciones necesarias para manejar los problemas de salud de sus miembros o mantener la salud de los mismos.

El sexto factor **“Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa”**, se le denominó así porque a través de su contenido, se aprecia en el paciente de la tercera edad básicamente, cierta negación para aceptar su patología y consiguientemente las implicaciones para su salud emanadas de ellas. Lo anterior crea dificultades al médico para que su

paciente acepte su problema y lleve a efecto las recomendaciones del manejo integral encaminadas a mejorar y mantener la salud.

El séptimo factor **“Problemática en la logística para la atención médica”**, denominado así primordialmente por el primer reactivo que refleja las dificultades a las que se enfrenta el médico, por condiciones que estrictamente no son del ámbito clínico, pero que de no tomarse en cuenta afectan directamente el desempeño del profesional. La carencia de recursos para la adecuada atención médica o las dificultades administrativas previas a su consulta, hacen que el paciente se torne molesto y en ocasiones cuesta trabajo y tiempo sacarlo de su enojo y establecer una adecuada relación médico paciente. Esta mismas situaciones se agravan cuando además el médico requiere adecuar su lenguaje técnico - médico al paciente de nivel sociocultural bajo, quien sencillamente reacciona de forma inadecuada ante la problemática que enfrentan las instituciones de salud para satisfacer las necesidades de sus derechohabientes.

Finalmente el factor denominado **“proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones de paciente”**, aunque pertenece a la estructura factorial de dificultad, se incluye aquí la explicación de su nombre. Se le designó de esta manera porque cuando el paciente tiene una percepción de gravedad mayor a la que posee su padecimiento, o cuando el médico requiere adecuarse a las necesidades del paciente de nivel sociocultural bajo, se requiere otorgar información efectiva para ayudarlo al paciente en su proceso de toma de decisiones, mismas que influirán en el futuro de la salud de él mismo.

Por el contenido de cada factor, es probable que el médico familiar pueda orientar de mejor forma desde la búsqueda de conocimientos en esta dimensión, hasta sus habilidades y destrezas clínicas, así como sus valores humanísticos, con el propósito de lograr mejores resultados en las diferentes etapas de interacción con sus pacientes. Por ejemplo para la fase del diagnóstico; cualquiera de los factores descritos son importantes, veamos: si el médico incrementa su competencia para disminuir los problemas del paciente en la apreciación realista de su situación médica, es muy probable que obtenga mejor información, mayor cooperación del paciente y con ello perfeccione su función diagnóstica. En otro ejemplo, si logra proporcionar información efectiva al paciente para facilitar la toma de decisiones, seguramente obtendrá el beneficio de incrementar la adherencia terapéutica, lo mismo ocurriría si logra involucrar adecuadamente al paciente y la familia en el manejo del problema de salud.

Continuando con la presentación de resultados, se aprecia que con relación a la varianza que explica cada factor, la tabla 21 permite observar lo siguiente:

El primer factor, conformado de cinco reactivos, denominado **“Informar malas noticias al paciente y la familia”**, tiene un valor propio de 2.924 y explica el 8.59 % de la varianza.

El segundo factor, de cuatro reactivos; **“Sexualidad y disfunción familiar”**, tiene un valor propio de 2.458 y explica el 7.22 % de la varianza.

El tercer factor, también con cuatro reactivos; **“Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”**, tiene un valor propio de 2.357 y explica el 6.93 % de la varianza.

El cuarto factor, de igual forma con cuatro reactivos; **“Insatisfacción de las expectativas del paciente”**, tiene un valor propio de 2.347 y explica el 6.90 % de la varianza.

El quinto factor, con 5 reactivos; **“Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”**, tiene un valor propio de 2.318 y explica el 6.81 % de la varianza.

El sexto factor, con tres reactivos; **“Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónica degenerativa”**, tiene un valor propio de 1.94 y explica el 5.71 % de la varianza.

El séptimo factor, igualmente con tres reactivos; “**Problemática en la logística para la atención médica**”, tiene un valor propio de 1.650 y explica el 4.85 % de la varianza.

La anterior estructura factorial explica el 47.04 % de la varianza total.

Tabla 21. Factores encontrados para los reactivos que exploran la frecuencia.

Número de factores	Valor propio	Porcentaje de Varianza	Porcentaje acumulado
	Total		
1	2.924	8.599	8.599
2	2.458	7.228	15.827
3	2.357	6.931	22.758
4	2.347	6.903	29.661
5	2.318	6.818	36.479
6	1.942	5.713	42.192
7	1.650	4.853	47.045

Número de iteraciones: 13

Como puede observarse en la tabla 22, la consistencia interna global del instrumento para la exploración de la frecuencia, es de .83 y por factor disminuye.

Tabla 22. Confiabilidad para los factores de la frecuencia.

Factor	A Cronbach
1	.72
2	.70
3	.60
4	.65
5	.63
6	.52
7	.48
Total	.83

En la tabla 23 se puede observar que de este grupo de factores, en términos generales, el más reportado fue el factor 7 “**Problemática en la logística para la atención médica**” con la mayor media de 3.4667 y desviación estándar de .5540. El menos reportado fue el factor 3 “**Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica**” con una media de 1.9522 y desviación estándar de .6187.

Tabla 23. Media y desviación estándar de los factores de frecuencia.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
Media	2.0893	2.7491	1.9522	3.2759	3.3997	3.2351	3.4667
Desviación estándar	.6169	.6759	.6187	.6393	.5159	.6174	.5540

FACTORES DE “*DIFICULTAD*”

A continuación, en la tabla 24, se presentan los seis factores identificados acerca de la dificultad que representa para los médicos encuestados el manejo de las condiciones clínicas descritas en el cuestionario aplicado.

Tabla 24. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS. ***DIFICULTAD*** (6 FACTORES)

No. De reactivo	1er. FACTOR DIFICULTAD: PROBLEMAS DEL PACIENTE PARA APRECIAR DE MANERA REALISTA SU SITUACIÓN MÉDICA
26	El paciente desconfía de las habilidades clínicas del médico
27	Lograr que el paciente comprenda la gravedad de su enfermedad
28	Temor de provocar alteraciones familiares al informar el origen de alguna enfermedad de transmisión sexual al paciente
29	Paciente que se niega a aceptar las repercusiones en su vida, de las complicaciones causadas por enfermedades crónico degenerativas
31	Confesarle al paciente que se ha cometido un error médico con él
34	Paciente con un pensamiento mágico-religioso acerca de su enfermedad
No. De reactivo	2°. FACTOR DIFICULTAD: INSATISFACCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE
9	Carencia de recursos materiales y/o humanos para una adecuada atención del paciente
11	El paciente considera que requiere incapacidad médica cuando en realidad no la necesita
12	Enojo del paciente por tener que esperar mucho tiempo para ser atendido
17	El exceso de trabajo causa dificultades para la atención del paciente
18	El paciente demanda procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios
19	Paciente que presenta cuadro clínico compatible con enfermedad psicosomática
33	Enojo del paciente por las dificultades administrativas previas a la consulta
No. De reactivo	3er. FACTOR DIFICULTAD: INFORMAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE Y SU FAMILIA
3	Informarle al paciente por primera vez, que tiene VIH-SIDA
5	Informar a los familiares el fallecimiento de su paciente
10	Confirmar al paciente el diagnóstico de alguna otra enfermedad de mal pronóstico (excepto SIDA)
13	Informar al paciente que el padecimiento se ha complicado
14	Informar a la familia que el padecimiento del paciente se ha complicado
23	Informar a los familiares que su paciente ha entrado en la fase terminal
No. De reactivo	4°. FACTOR DIFICULTAD: PROPORCIONAR INFORMACIÓN EFECTIVA PARA FACILITAR LAS DECISIONES DEL PACIENTE
1	El paciente tiene una percepción de gravedad de su padecimiento mayor a la real
20	Adecuar el lenguaje médico al paciente de nivel sociocultural bajo
21	Transmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica
22	Expresarle al paciente las limitantes personales de conocimiento médico
30	Informar al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónico degenerativa
32	Hacerle sentir al paciente que sus problemas nos interesan
No. De reactivo	5°. FACTOR DIFICULTAD: INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL MANEJO DEL PROBLEMA DE SALUD
2	Lograr que el paciente comprenda que debe realizar cambios en su estilo de vida para un mejor control de su padecimiento
6	Involucrar al paciente para que comprenda que debe tener una participación activa en el tratamiento de su padecimiento
7	Involucrar a la familia para que participe como corresponsable en el tratamiento del paciente
8	El paciente no percibe la magnitud del riesgo futuro provocado por una enfermedad crónica
No. De reactivo	6°. FACTOR DIFICULTAD: SEXUALIDAD Y DISFUNCION FAMILIAR
5	Abordar la esfera sexual del paciente masculino para orientar su diagnóstico o tratamiento
16	Abordar la esfera sexual de la paciente femenina para orientar su diagnóstico o tratamiento
24	Auxiliar al paciente en el manejo de problemas de la Dinámica Familiar

En la tabla 25, se observa la varianza que explica cada factor:

El primer factor, conformado con seis reactivos: **“Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”**, tiene un valor propio de 3.578 y explica el 10.52 % de la varianza.

El segundo factor, estructurado con siete reactivos: **“Insatisfacción de las expectativas del paciente”**, tiene un valor propio de 3.401 y explica el 10.00 % de la varianza.

El tercer factor, con seis factores: **“Informar malas noticias al paciente y la familia”**, tiene un valor propio de 3.184 y explica el 9.36 % de la varianza.

El cuarto factor, también de seis reactivos: **“Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”**, tiene un valor propio de 3.109 y explica el 9.14 % de la varianza.

El quinto factor, con cuatro reactivos: **“Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”**, tiene un valor propio de 3.088 y explica el 9.08 % del total de la varianza.

El sexto factor, con tres reactivos: **“Sexualidad y disfunción familiar”**, tiene un valor propio de 1.846 y explica el 5.43 % de la varianza.

La anterior estructura factorial, explica el 53.55 % de la varianza total.

Tabla 25. Factores encontrados para los reactivos que exploran la *dificultad*, mediante análisis factorial con el método de componentes principales.

Número de factor	Valor propio	Porcentaje de Varianza	Porcentaje acumulado
1	3.578	10.525	10.525
2	3.401	10.003	20.528
3	3.184	9.366	29.893
4	3.109	9.145	39.039
5	3.088	9.083	48.122
6	1.846	5.430	53.552

Número de iteraciones: 8

La confiabilidad que obtiene cada uno de los factores de la dificultad en el manejo, se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 26. Confiabilidad para los factores de *dificultad*.

Factor	α Crhonbach
1	.79
2	.80
3	.80
4	.77
5	.76
6	.69
Total	.92

Para este grupo de factores de acuerdo a la *dificultad*, se puede advertir en la tabla 27, que el factor reportado como más difícil fue el 3 “Informar malas noticias al paciente y su familia” con una media de 2.9586 y desviación estándar de .6300. El reportado como menos difícil fue el factor 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente” con una media de 2.0408 y desviación estándar de .7439

Tabla 27. Media y desviación estándar de los factores de dificultad.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
Media	2.6310	2.8266	2.9586	2.0408	2.8728	2.2868
Desviación estándar	.6885	.6509	.6300	.6434	.7239	.7439

RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL POR VARIABLE ATRIBUTIVA.

A continuación, se presentan los resultados del análisis factorial. Se analizan los siete factores de la *frecuencia* y los seis de *dificultad* con el objetivo de conocer las diferencias de acuerdo a las variables atributivas, estableciendo en cuáles de los grupos que conforman los diferentes factores existió diferencia estadísticamente significativa.

INSTITUCIÓN LABORAL

En el grupo de factores relativos a la *frecuencia* y de acuerdo a la institución laboral, el más reportado fue el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica” por parte del ISSSTE con una media de 3.4943 y desviación estándar de .4956, como puede advertirse en la tabla 28. Así mismo, es de llamar la atención que el IMSS también tiene su media más elevada en este mismo factor. Mientras que el factor menos observado por los médicos de ambas instituciones fue el número 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”, con media y desviación estándar de 1.9364 y .6171 para el IMSS; y para el ISSSTE de 1.9624 con .6203.

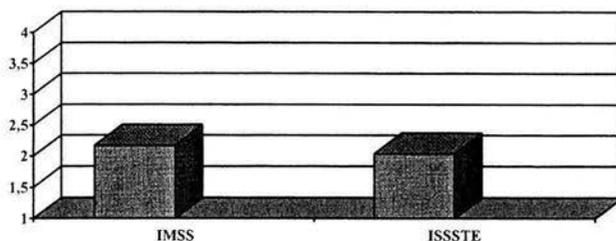
TABLA 28. Media y desviación estándar de los factores de frecuencia por institución laboral.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
IMSS	2.1693	.6010	2.7303	.6555	1.9364	.6171	3.2950	.6603	3.3605	.5399	3.2895	.5994	3.4240	.6324
ISSSTE	2.0375	.6224	2.7614	.6894	1.9624	.6203	3.2635	.6259	3.4250	.4989	3.1998	.6272	3.4943	.4956

Sin embargo, la diferencia estadísticamente significativa se encontró en el factor 1; “Informar malas noticias al paciente y la familia”: ($t = 2.525$, $gl = 578$ y $\alpha = 0.012$), En la tabla 28 se puede advertir que es el IMSS el que reporta malas noticias de manera más frecuente, lo cual también se puede observar en la gráfica 8.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el resto de los factores.

Gráfica 8. Media del factor 1 de frecuencia (“Informar malas noticias al paciente y la familia”), de acuerdo a la institución laboral del médico.



Para la estructura factorial de *dificultad*, de conformidad con la institución laboral, el reportado como más difícil fue el factor número 3 “Informar malas noticias al paciente y la familia” por parte de los médicos del ISSSTE, con una media de 2.9967 y desviación estándar de .6141, como se muestra en la tabla 29. Por su parte, el IMSS reportó como más difícil al factor 5 “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud” con una media de 2.9178 y desviación estándar de .7502. La misma tabla 29 muestra que el factor reportado como menos difícil para ambas instituciones fue el número 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los factores de dificultad, de acuerdo a la institución laboral.

TABLA 29. Media y desviación estándar de los factores de *dificultad* por institución laboral.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
IMSS	2.6279	.7002	2.7801	.6615	2.8999	.6508	2.0249	.6735	2.9178	.7502	2.2675	.7224
ISSSTE	2.6330	.6817	2.8567	.6431	2.9967	.6141	2.0511	.6239	2.8438	.7059	2.2992	.7583

SEXO DEL MÉDICO

En la tabla 30 se puede observar que de los factores de frecuencia, el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, tiene las medias más altas para ambos sexos (media de 3.4802 y DS .5263 por parte de las mujeres, y media de 3.4535 con DS de .5802 para los hombres. También se puede observar que el factor 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica” fue el menos reportado por los médicos de ambos sexos.

Tabla 30. Media y desviación estándar de los factores de *frecuencia*, de acuerdo al sexo de los médicos.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
MASC.	2.0565	.6343	2.6641	.6971	1.9405	.6468	3.2211	.6512	3.3932	.5133	3.1259	.6409	3.4535	.5802
FEM.	2.1231	.5977	2.8365	.6429	1.9642	.5892	3.3322	.6229	3.4063	.5195	3.3473	.5721	3.4802	.5263

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes factores de frecuencias:

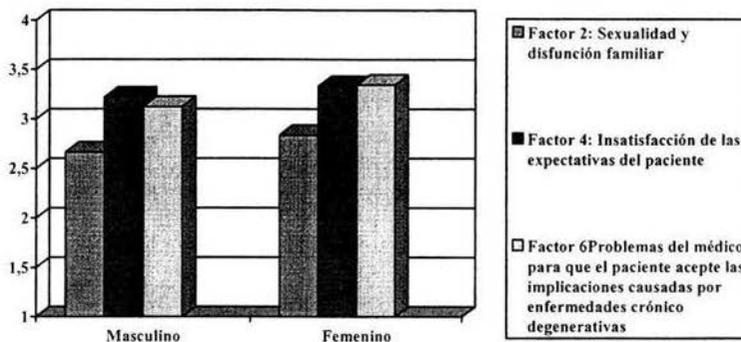
Factor 2 de frecuencias; “Sexualidad y disfunción familiar” ($t = -3.094$, $gl = 578$ y $\alpha = 0.002$)

Factor 4 de frecuencias; “Insatisfacción de las expectativas del paciente” ($t = -2.098$, $gl = 578$ y $\alpha = 0.036$)

Factor 6 de frecuencias; “Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa”; ($t = -4.393$, $gl = 578$ y $\alpha = 0.000$)

Las medias representadas en la tabla 30 y gráfica 9, permiten observar de igual forma que son los médicos del sexo femenino quienes reportan más frecuentemente los anteriores factores.

Gráfica 9. Media de los factores de frecuencia con diferencia estadísticamente significativa, por sexo del médico



Para el grupo de factores de *dificultad*, de acuerdo al sexo de los médicos, en la tabla 31 se puede observar que el reportado como más difícil fue el 3 “Informar malas noticias al paciente y la familia”, por parte de las mujeres con una media de 3.0152 y desviación estándar de .5482. Los hombres también reportaron como más difícil al mismo factor 3 con una media de 2.9036 y desviación estándar de .6695. El reportado como menos difícil, para ambos sexos, fue el 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”

Tabla 31. Media y desviación estándar de los factores de *dificultad*, de acuerdo al sexo de los médicos.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
MASCULINO	2.5913	.7169	2.7920	.6888	2.9036	.6970	2.0578	.6695	2.8146	.7150	2.3118	.7910
FEMENINO	2.6719	.6567	2.8621	.6087	3.0152	.5482	2.0233	.6161	2.9327	.7294	2.2611	.6926

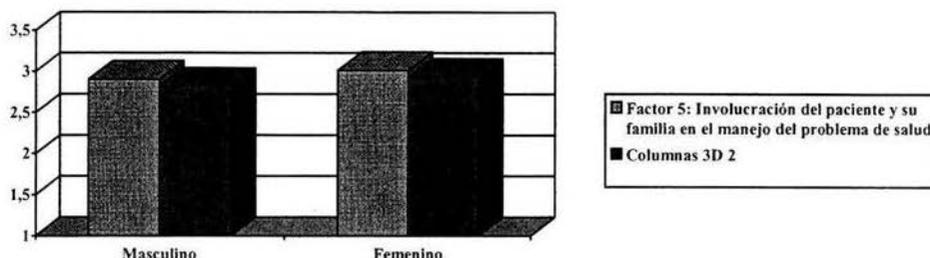
Para esta estructura factorial de *dificultad*, se encontró diferencia estadísticamente significativa en los siguientes factores:

Factor 3 de dificultad; “Informar malas noticias al paciente y la familia”: ($t = -2.145$, $gl = 553.888$ y $\alpha = 0.032$)

Factor 5 de dificultad; “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”: ($t = -1.969$, $gl = 578$ y $\alpha = 0.049$).

La misma tabla 31 y gráfica 10, muestran que son también los médicos del sexo femenino quienes reportan como más difíciles estos dos factores, de acuerdo con sus medias reportadas.

Gráfica 10. Media de los factores 3 y 5 de *dificultad*, por sexo del médico



UNIVERSIDAD DE PREGRADO

Analizando la información según la universidad de la que proviene el médico, el factor reportado como más frecuente de la estructura factorial de *frecuencia*, fue el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, con una media de 3.4700 y desviación estándar de .5584, reportado por el grupo de médicos egresados de la UNAM, también para el grupo de “OTRAS” universidades, fue el mismo factor 7 el más frecuente con una media de 3.4543 y desviación estándar de .5402 como se muestra en la tabla 32. Las medias más bajas se encuentran en el factor 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”, tanto para el conjunto de la UNAM, como para el conjunto de “Otras” universidades.

De acuerdo con esta variable, se encontró diferencia estadísticamente significativa sólo en el factor 5: “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”; ($t = 2.028$, $gl. = 577$, $\alpha = 0.043$), siendo el grupo egresado de la UNAM quien lo reporta mayormente. Lo anterior se puede observar en la gráfica 11, y tabla 32.

Tabla 32. Media y desviación estándar de los factores de *frecuencia*, de acuerdo a la universidad de pregrado.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
Univ.														
UNAM	2.0682	.6165	2.7543	.6859	1.9512	.6347	3.2548	.6551	3.4210	.5058	3.2175	.6332	3.4700	.5584
OTRAS	2.1788	.6155	2.7212	.6345	1.9580	.5529	3.3628	.5669	3.3115	.5516	3.3038	.5466	3.4543	.5402

Para la estructura factorial de *dificultad* y conforme a esta misma variable de la universidad en la que realizaron el pregrado, el reportado como más difícil fue el número 5 “Involucración del paciente y su familia en el cuidado del problema de salud”, con una media de 3.0066 y desviación estándar de .7262, reportados por el grupo de “otras” universidades. Para el grupo UNAM, el más difícil fue el 3 “Informar malas noticias al paciente y su familia”. Y para ambos grupos el reportado como menos difícil fue el factor 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”, como se observa en la tabla 33.

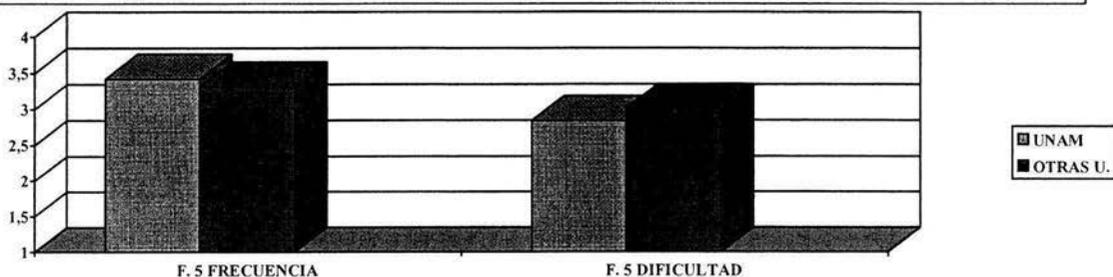
Tabla 33. Media y desviación estándar de los factores de *dificultad*, de acuerdo a la universidad de pregrado.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
UNAM	2.6302	.6972	2.8351	.6587	2.9678	.6377	2.0551	.6554	2.8391	.7206	2.2976	.7608
OTRAS	2.6372	.6566	2.7889	.6216	2.9218	.6014	1.9794	.5927	3.0066	.7262	2.2419	.6744

La diferencia estadísticamente significativa para la estructura de *dificultad*, sólo se encontró en el factor 5 “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud” ($t = -2.215$, $gl. = 577$, $\alpha = 0.027$)

La gráfica 11 muestra los factores 5 de frecuencia y 5 de *dificultad*, observándose que los egresados de la UNAM reportan al factor 5 de *frecuencia* como el más frecuente, mientras que los egresados de otras universidades reportan como más difícil al factor 5 de *dificultad*.

Gráfica 11. Media del factor 5 de frecuencia: "involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud" y factor 5 de dificultad: "Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud", de acuerdo a la universidad de pregrado



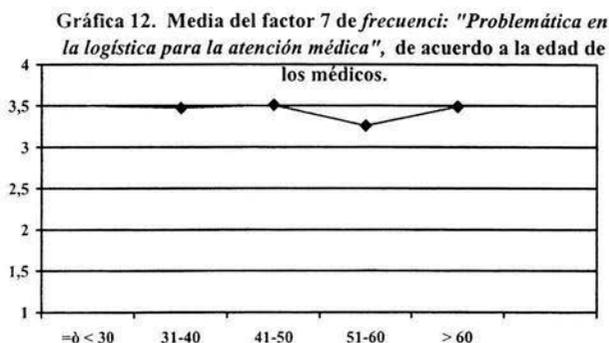
EDAD DEL MÉDICO

De acuerdo a la edad del médico, el factor más reportado de la estructura factorial de *frecuencia* fue el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, referido por los médicos de todos los grupos de edades, con una media total de 3.4667 y desviación estándar de .5540. El factor menos reportado, también por todos los médicos fue el número 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica” con una media total de 1.9522 y desviación estándar de .6187. Los anteriores datos se observan en la tabla número 34.

Tabla 34. Media y desviación estándar de los factores de *frecuencia*, de acuerdo a la edad del médico.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
< ó = a 30	2.2447	.6001	2.7303	.6925	2.0559	.5854	3.3421	.6619	3.3368	.5125	3.3684	.5513	3.5000	.5207
31 A 40	2.1790	.6595	2.8790	.6380	1.9839	.6413	3.3206	.6316	3.4065	.5313	3.2849	.5682	3.4758	.5295
41 A 50	2.0250	.5959	2.7339	.6648	1.9242	.6041	3.2737	.6278	3.4598	.4620	3.2412	.6072	3.5101	.5158
51 A 60	1.9974	.5550	2.6346	.6858	1.8814	.6468	3.1731	.6600	3.3000	.5889	3.0897	.7039	3.2607	.6851
> de 60	2.1211	.6999	2.7039	.7838	1.9803	.6482	3.2237	.6571	3.2895	.6233	3.0614	.7097	3.4912	.5889
Total	2.0893	.6169	2.7491	.6759	1.9522	.6187	3.2759	.6393	3.3997	.5159	3.2351	.6174	3.4667	.5540

A fin de encontrar diferencias entre los grupos de edades que conforman a estos factores, se aplicó el método post hoc "scheffe", encontrándose diferencia estadísticamente significativa solamente en el factor 7 "Problemática en la logística para la atención médica" ($F_{4579} = 3.247$, $\alpha = .012$), las diferencias se encontraron entre los grupos "41 a 50 y 51 a 60 años de edad", como se muestra en la gráfica 12.



Por otra parte, en la tabla 35 se puede observar que para la agrupación factorial de *dificultad*, de acuerdo a la edad de los médicos, el factor reportado como más difícil fue el número 3 "Informar malas noticias al paciente y su familia", señalado por todos los médicos, una media total de 2.9586 y desviación estándar de .6300. También puede apreciarse que el factor reportado como menos difícil fue el número 4 "Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente", con una media total de 2.0408 y desviación estándar de .6434.

Tabla 35. Medias y desviaciones estándar de los factores de *dificultad*, de acuerdo a la edad del médico.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
< ó = a 30	2.6798	.5874	2.7162	.5913	2.9539	.5765	2.0482	.5550	2.8026	.7465	2.2675	.6231
31 A 40	2.6169	.7721	2.7926	.6467	2.9126	.6604	2.0081	.6893	2.8992	.7421	2.1962	.7325
41 A 50	2.5890	.6706	2.8171	.6886	2.9520	.6471	1.9489	.5902	2.8494	.7366	2.2348	.7448
51 A 60	2.7051	.6160	2.9286	.5648	2.9915	.5550	2.2115	.6852	2.9231	.7040	2.4145	.7714
> de 60	2.7193	.8437	3.0150	.6387	3.0965	.6640	2.4211	.7400	2.9868	.5634	2.7193	.7961
Total	2.6310	.6885	2.8266	.6509	2.9586	.6300	2.0408	.6434	2.8728	.7239	2.2868	.7439

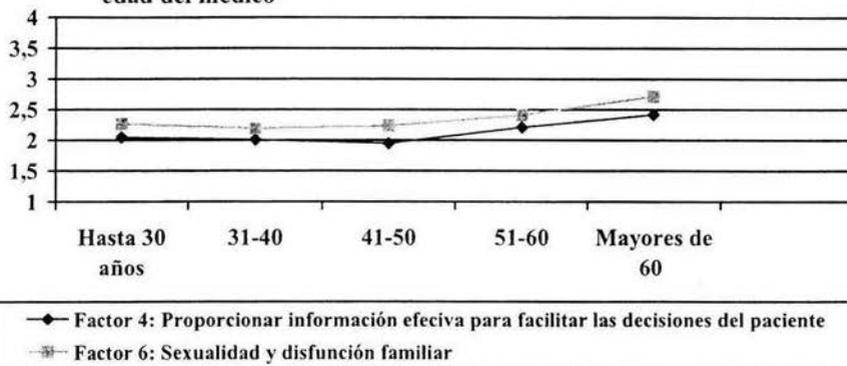
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos de edades de los siguientes factores:

Factor 4 de *dificultad*, "Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente"; ($F_{4,579} = 6.348$, $\alpha = 0.000$). El grupo de "41 a 50 años de edad" fue el que tuvo diferencias con los grupos de médicos de "31 a 40", de "51 a 60" y con los "mayores de 60 años de edad"

Factor 6 de *dificultad*, "Sexualidad y disfunción familiar"; ($F_{4,579} = 4.697$, $\alpha = 0.001$) Las diferencias las hace el grupo de mayores de 60 años con los grupos de "hasta 30 años", con el de "31 a 40" y también con el de "41 a 50 años de edad".

La gráfica 13 muestra las situaciones arriba descritas.

Gráfica 13. Media de los factores 4 y 6 de *dificultad*, de acuerdo a la edad del médico



AÑOS DE PRÁCTICA PROFESIONAL

De acuerdo a los años de práctica profesional, la tabla 36 permite observar que el factor mayormente reportado de la estructura de *frecuencias* por casi todos los grupos de médicos, fue el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, con una media total de 3.4667 y desviación estándar de .5540, con excepción del grupo con 21 a 30 años de práctica, quienes reportaron al factor 5 “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud” como el más frecuente con una media de 3.3757 y desviación estándar de .5360. El factor 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”, obtuvo la media más baja en todos los grupos de médicos con una media total de 1.9522 con una desviación estándar de .6187, como puede observarse en la misma tabla 36.

Tabla 36. Medias y desviaciones estándar de los factores de *frecuencia*, de acuerdo a los años de práctica profesional del médico.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
1 A 10	2.2459	.6135	2.7914	.6583	2.0780	.5889	3.3917	.5973	3.3529	.5268	3.3800	.5410	3.5265	.4879
11 A 20	2.0502	.6335	2.7932	.6854	1.9105	.6115	3.2788	.6458	3.4453	.4763	3.2593	.5923	3.4829	.5413
21 A 30	2.0081	.5622	2.6520	.6231	1.9088	.6502	3.1605	.6534	3.3757	.5360	3.0676	.6734	3.3716	.6227
> de 30	1.9938	.6375	2.6563	.8747	1.8516	.6053	3.2188	.6499	3.3938	.6415	3.1146	.7064	3.4896	.5865
Total	2.0893	.6169	2.7491	.6759	1.9522	.6187	3.2759	.6393	3.3997	.5159	3.2351	.6174	3.4667	.5540

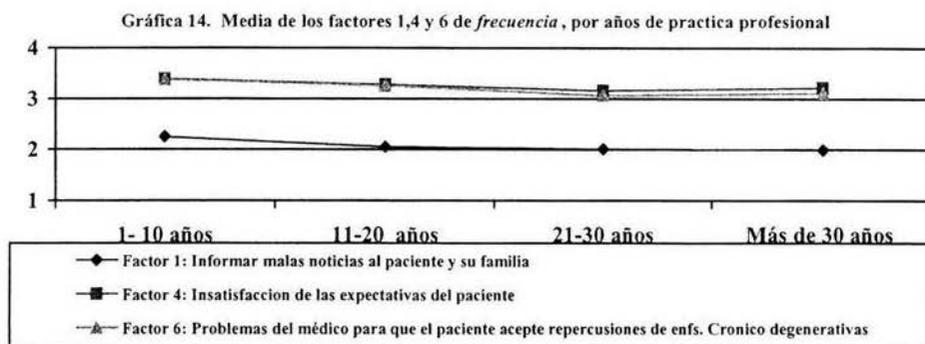
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes factores:

Factor 1 de frecuencia, “Informar malas noticias al paciente y su familia”; ($F_{4,579} = 4.903$, $\alpha = 0.002$) Las diferencias las establece el grupo de “1 a 10” con el “11 a 20” y con el de 21 a 30” años de práctica.

Factor 4 de frecuencia, “Insatisfacción de las expectativas del paciente”; ($F_{4,579} = 3.457$, $\alpha = 0.016$) Las diferencias se encuentran entre los grupos de “1 a 10 años y el de 21 a 30 años.

Factor 6 de *frecuencias*, “Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa”; ($F_{4,579} = 7.275, \alpha = 0.000$). Las diferencias las constituyó el grupo de “21 a 30 años con el de 1 a 10 años y el de 11 a 20 años”.

La gráfica número 14 representa las situaciones anteriores.



Continuando el análisis de esta misma variable, lo que corresponde a los factores de *dificultad*, la tabla 37 permite observar que el factor 3 “Informar malas noticias al paciente y su familia” fue el reportado como más difícil por todos los médicos, con una media total de 2.9586 y desviación estándar de .6300. El factor 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”, fue el reportado como menos difícil también por todos los médicos, habiendo obtenido una media total de 2.0408 y una desviación estándar de .6434.

Tabla 37. Media y desviación estándar de los factores de *dificultad*, de acuerdo a los años de práctica profesional del médico.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
1 A 10	2.7410	.6090	2.8235	.6044	2.9692	.5973	2.0902	.6328	2.8949	.7289	2.2951	.6866
11 A 20	2.5549	.7307	2.7860	.6657	2.9369	.6477	1.9458	.6163	2.8354	.7442	2.2016	.7636
21 A 30	2.6081	.6540	2.8504	.6829	2.9392	.6374	2.0619	.6372	2.8936	.7029	2.3491	.7088
> de 30	2.7760	.8117	3.0402	.5842	3.1615	.6054	2.4219	.7690	2.9531	.6520	2.6042	.9214
Total	2.6310	.6885	2.8266	.6509	2.9586	.6300	2.0408	.6434	2.8728	.7239	2.2868	.7439

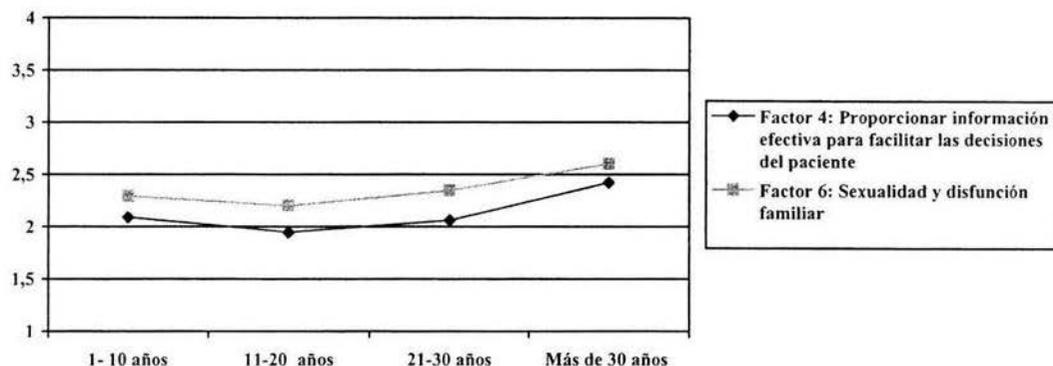
Se encontró diferencia estadísticamente significativa en los siguientes dos factores:

Factor 4 de *dificultad*, “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente” ($F_{4,579} = 6.022, \alpha = 0.000$) Las diferencias se establecen por el grupo de “más de 30 años con los de “11 a 20” y con el de 21 a 30 años”.

Factor 6 de *dificultad*, “Sexualidad y disfunción familiar”; ($F_{4,579} = 3.397, \alpha = 0.018$). La diferencia se encontró entre el grupo de “11 a 20 y el de más de 30 años”.

La gráfica 15 muestra la anterior distribución de los factores de dificultad.

Gráfica 15. Media de los factores de 4 y 6 de dificultad, por años de práctica profesional.



CATEGORÍA DEL MÉDICO

De los factores de *frecuencia*, el más reportado por todos los grupos de médicos fue el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, con una media total de 3.4667 y desviación estándar de .5540, como se observa en la tabla número 38. También se observa que el menos frecuente también para todos los médicos fue el factor 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica” con una media total de 1.9522 y desviación estándar de .6187.

Tabla 38. Media y desviación estándar de los factores de *frecuencia*, de acuerdo a la categoría de los médicos.

FACTORES	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
M. GRAL.	2.0275	.5954	2.6588	.7119	1.8649	.5957	3.2133	.6749	3.3773	.5429	3.1264	.6610	3.4929	.5239
M. FAMILIAR	2.0462	.6189	2.7828	.6578	1.9621	.6419	3.2466	.6467	3.4152	.5115	3.2529	.6098	3.4172	.6084
M. RESIDENTE	2.4127	.5732	2.8671	.6187	2.1487	.5467	3.5506	.4090	3.4025	.4591	3.4599	.4379	3.5781	.3801
TOTAL	2.0893	.6169	2.7491	.6759	1.9522	.6187	3.2759	.6393	3.3997	.5159	3.2351	.6174	3.4667	.5540

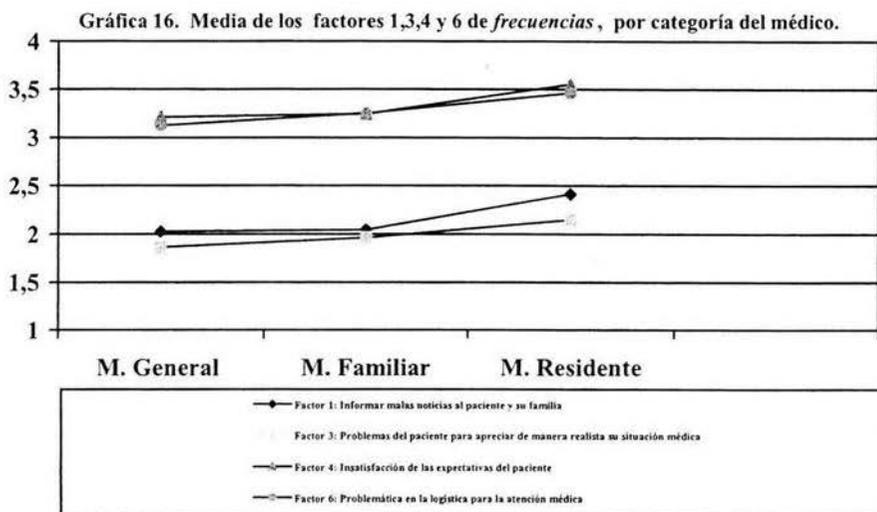
Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes factores:

Factor 1 de *frecuencias*: “Informar malas noticias al paciente y la familia”; ($F_{4,579} = 13.147, \alpha = 0.000$) Las diferencias se encontraron entre el grupo “médico residente” con el de médico general y el de médico familiar”

Factor 3 de *frecuencias* “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”; ($F_{4,579} = 6.233, \alpha = 0.002$) Las diferencias se localizaron entre los grupos de “médico general y médico residente”

Factor 4 de *frecuencias* “Insatisfacción de las expectativas del paciente”; ($F_{4,579} = 8.847$, $\alpha=0.000$) Las diferencias las estableció el grupo de “médico residente con el de médico general y el de médico familiar”
 Factor 6 de *frecuencias* “Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa”; ($F_{4,579} = 8.862$, $\alpha = 0.000$) Las diferencias también se encontraron entre el grupo de “médico residente” con los de médico general y médico familiar”

La siguiente gráfica 16 muestra la distribución de factores arriba señalados.



Con respecto a la estructura factorial de *dificultad* y de acuerdo a esta misma variable de la categoría del médico, la tabla 39 muestra que el tercer factor “Informar malas noticias al paciente y su familia” fue el reportado como más difícil por todos los médicos con una media total de 2.9586 y desviación estándar de .6300. Mientras que también para todos los médicos, el reportado como menos difícil fue el factor 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”, con una media total de 2.0408 y desviación estándar de .6434, como puede apreciarse en la tabla 39.

Tabla 39. Media y desviación estándar de los factores de *dificultad*, de acuerdo a la categoría de los médicos.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
Categoría												
Médico general	2.6564	.6800	2.8917	.6640	2.9739	.6297	2.0561	.6747	2.8424	.6963	2.3728	.8034
Médico familiar	2.5971	.7186	2.8113	.6586	2.9489	.6323	2.0287	.6541	2.8905	.7387	2.2448	.7307
Médico residente	2.6878	.5922	2.7089	.5693	2.9536	.6293	2.0443	.5111	2.8892	.7476	2.2110	.5996
Total	2.6310	.6885	2.8266	.6509	2.9586	.6300	2.0408	.6434	2.8728	.7239	2.2868	.7439

No se observaron diferencias estadísticamente significativas para esta distribución factorial de *dificultad*, de acuerdo a la categoría de los médicos investigados.

INSTITUCIÓN DONDE EFECTUÓ LA ESPECIALIDAD

El total de médicos que efectuaron especialidad fue de 290, y de acuerdo con la institución en donde la realizaron, el factor de la estructura factorial de *frecuencias* más referido fue nuevamente el 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, con una media de 3.4505 y desviación estándar de .5704, como se advierte en la tabla número 40.

Para los médicos del IMSS y del ISSSTE sus medias más elevadas se encontraron también en el mismo factor 7, mientras que para el grupo de la Secretaría de Salud el más frecuente fue el número 5 “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”, con una media de 3.4636 y desviación estándar de .4796.

El factor que obtuvo la menor media fue el tercero “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”, con una media de 2.0027 y desviación estándar de .6260., como se puede observar en la tabla 40.

Tabla 40. Media y desviación estándar de los factores de *frecuencia*, de acuerdo a la institución dónde efectuó la especialidad el médico.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
IMSS	2.2599	.6280	2.8136	.6378	2.0268	.6150	3.3842	.5869	3.3706	.5188	3.3540	.5775	3.4218	.6126
ISSSTE	2.0199	.6042	2.7690	.6697	1.9971	.6189	3.2500	.6307	3.4421	.4900	3.2281	.5935	3.4912	.5193
SSA	1.8364	.5508	2.9432	.5718	1.8523	.7663	3.1705	.6917	3.4636	.4796	3.3485	.5089	3.3636	.5990
Total	2.1238	.6264	2.8007	.6489	2.0027	.6260	3.3095	.6167	3.4092	.5035	3.2955	.5831	3.4505	.5704

Se encontró diferencia estadísticamente significativa en el factor 1 de esta estructura de *frecuencias* “Informar malas noticias al paciente y su familia”; ($F_{4, 369} = 9.243$, $\alpha = 0.000$) Las diferencias las estableció el grupo de IMSS con el ISSSTE y la SSA, lo cual puede también observarse en la gráfica 17.

Por cuanto a la agrupación de factores de *dificultad* se refiere, para los médicos que egresaron del ISSSTE, el factor más difícil fue el factor 3 “Informar malas noticias al paciente y la familia”, con una media de 2.9908 y desviación estándar de .6185, mientras que para los médicos graduados del IMSS y de la Secretaría de salud, el más difícil fue el número 5 “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”, de acuerdo a sus medias y desviación estándar, como se aprecia en la tabla 41.

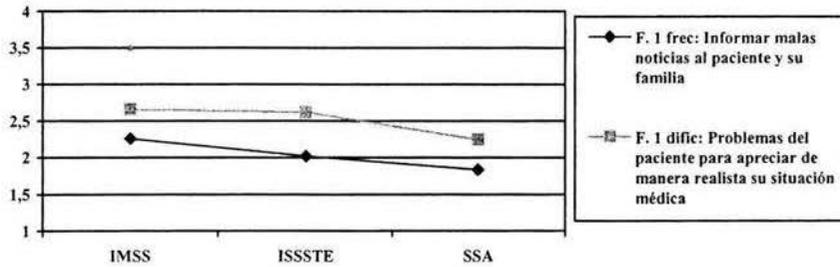
El factor que obtuvo la menor media para los tres grupos de médicos de acuerdo a esta variable, fue el 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”, con una media total de 2.0329 y desviación estándar de .6250., como se observa en la tabla 41.

Tabla 41. Media y desviación estándar de los factores de *dificultad*, de acuerdo a la institución dónde efectuó la especialidad el médico.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
IMSS	2.6573	.6474	2.7918	.6141	2.9275	.6420	2.0744	.6445	2.9548	.7309	2.2524	.6707
ISSSTE	2.6209	.7018	2.7861	.6655	2.9903	.6185	2.0097	.5874	2.8099	.7162	2.2398	.7377
SSA	2.2500	.8830	2.7662	.6922	2.8030	.6207	1.8788	.7385	2.9886	.9274	2.1212	.7093
Total	2.6162	.6928	2.7876	.6412	2.9491	.6301	2.0329	.6250	2.8899	.7386	2.2387	.7034

También existió diferencia estadísticamente significativa solamente en el factor 1 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica” ($F_{4, 369} = 3.443, \alpha = 0.033$). La diferencia se encontró entre los grupos IMSS y SSA, lo cual se puede también apreciar en la gráfica número 17.

Gráfica 17. Media de los factores 1 de *frecuencia* y 1 de *dificultad*, de acuerdo a la insitución donde el médico efectuó su especialidad.



RESULTADOS DE LAS VARIABLES COMPLEMENTARIAS

A fin de ampliar la información obtenida mediante el cuestionario de comunicación médico paciente, se anexaron cuatro reactivos más al mismo instrumento de investigación (reactivos 35, 36, 37 y 38).

A continuación se describen los reactivos 37 y 38, con el propósito de observar su importancia relacionada con la estructura factorial determinada en este trabajo. Posteriormente se describirán los reactivos 35 y 36, en un apartado ulterior de este mismo estudio.

Tales reactivos complementarios, tuvieron la siguiente presentación en el cuestionario aplicado, como se puede corroborar en la sección de anexos.

37.- De los siguientes grupos, indique el porcentaje de pacientes que consulta usted así como su nivel socioeconómico:

	Porcentaje:	Nivel socioeconómico:				
a) Niños		Alto				Bajo
b) Adolescentes		Alto				Bajo
c) Mujeres adultas		Alto				Bajo
d) Hombres adultos		Alto				Bajo
e) Ancianos		Alto				Bajo

38.- Durante la última semana, cuál fue la frecuencia de padecimientos agudos y crónicos que atendió:

Padecimientos	Porcentaje
a) Agudos	
b) Crónicos	

Con respecto al reactivo referente al grupo de edad de los pacientes que atienden los médicos participantes, se efectuó el siguiente procedimiento:

Para determinar el grupo de edades que predomina en la consulta de los médicos investigados, se utilizó el criterio del percentil 70, es decir; se consideró predominio de un grupo de edad cuando el médico contestaba que el 70 por ciento o más de los pacientes de su consulta era constituida por niños, adolescentes, mujeres adultas, hombres adultos o ancianos, según el caso.

De acuerdo con dicho criterio, en la tabla 42 se puede observar que fueron 6 los médicos en quienes prevalece la consulta de niños, 15 los médicos en quienes predominó la consulta de mujeres adultas y 16 médicos en quienes la consulta de ancianos es la más frecuente. Ninguno de los médicos respondió que los grupos de adolescentes y hombres adultos conformaran un porcentaje igual o mayor de 70 en su consulta diaria.

Tabla 42. Médicos con población compuesta por niños, mujeres adultas y ancianos por arriba del percentil 70

Tipo de población	Frecuencia	Porcentaje con relación al total
Niños	6	1.0
Mujeres adultas	15	2.6
Ancianos	16	2.8
Subtotal	37	6.4

Para conocer el nivel socioeconómico de los pacientes que atienden los médicos entrevistados, se consideraron tres grupos: bajo, medio y alto. En la tabla 43 se presenta la distribución de estos grupos, en ella se aprecia el predominio del nivel medio, el nivel alto es el grupo menos representado, teniendo además un 5.2 % de médicos que no respondieron a la pregunta.

Tabla 43. Nivel socioeconómico de los pacientes atendidos por los médicos participantes.

Nivel socio económico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	124	21.4
Medio	340	58.6
Alto	86	14.8
No contestaron	30	5.2
Total	580	100.0

El porcentaje de padecimientos agudos y crónicos vistos por los médicos se aprecia en la tabla 44. Sólo contestaron a este reactivo 246 de los médicos entrevistados, de ellos, 152 respondieron que predominan los padecimientos crónicos en los pacientes que atienden.

Tabla 44. Tipo de padecimiento que predomina en la consulta de los médicos.

Tipo de padecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Agudo	94	38.21
Crónico	152	61.79
Total	246	100.0

FACTORIALES DE LAS VARIABLES COMPLEMENTARIAS:

TIPO DE POBLACIÓN:

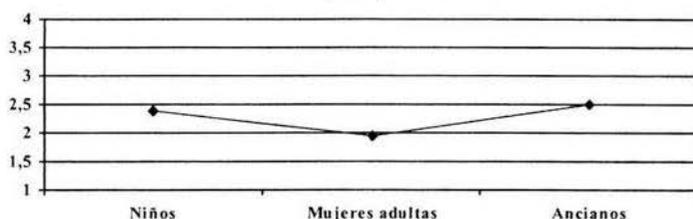
De acuerdo a los médicos que atienden población de niños, mujeres y ancianos en un porcentaje igual o mayor al percentil 70, en la tabla 45 se puede observar que de la estructura factorial de *frecuencias*, el factor más referido por los médicos en quienes predomina la consulta de niños, fue el número 4 “Insatisfacción de las expectativas del paciente”, con una media de 3.6250 y desviación estándar de .3062. Para los médicos que atienden más a mujeres adultas, el factor más reportado fue el número 5 “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”, con una media de 3.5467 y desviación estándar de .3962. Y para los médicos que atienden más al grupo de ancianos, el factor más reportado fue el 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, con una media de 3.6458 y desviación estándar de .3745. En tanto que el factor menor reportado por todos los médicos fue el número 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica” con una media total de 1.8851 y desviación estándar de .7444.

Tabla 45. Media de los factores de *frecuencia*, de acuerdo a tipo de población atendida por el médico.

Factores de población	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
Niños	2.4000	.7043	2.6250	.6072	2.0417	.5792	3.6250	.3062	3.3000	.7239	3.0000	.8692	3.5556	.4554
Mujeres adultas	1.9333	.4320	2.5167	.7587	1.6500	.6668	3.1167	.5737	3.5467	.3962	2.9778	.8015	3.3556	.5414
Ancianos	2.5000	.5978	3.1719	.6691	2.0469	.8427	3.4063	.5764	3.5250	.5158	3.3958	.5473	3.6458	.3745
Total	2.2541	.6030	2.8176	.7492	1.8851	.7444	3.3243	.5617	3.4973	.5025	3.1622	.7227	3.5135	.4687

Por otra parte, en esta estructura factorial de *frecuencia*, solamente se encontró diferencia estadísticamente significativa en el factor número 1 “Informar malas noticias al paciente y la familia” ($\chi^2 = 7.499$, gl 2; $\alpha = 0.024$). Lo anterior se puede observar en la gráfica 18.

Gráfica 18. Media del factor 1 de *frecuencia* (“Informar malas noticias al paciente y su familia”), de acuerdo al tipo de población atendida



En cuanto a la estructura factorial de *dificultad* de acuerdo con esta misma variable del tipo de población atendida en consulta, la tabla 46 permite observar que el factor considerado como más difícil para el grupo de médicos que atiende más a niños, fue el número 3 “Informar malas noticias al paciente y su familia”, con una media de 3.500 y desviación estándar de .2357. Los médicos que atienden más a mujeres adultas también percibieron como factor más difícil al número 3 “Informar malas noticias al paciente y su familia”, con una media de 2.8222 y desviación estándar .5391. Y para los médicos que atienden más a ancianos, el factor considerado como más difícil fue el 2 “Insatisfacción de las expectativas del paciente”, con una media de 2.9375 y desviación estándar de .6193. Para todo el grupo de estos médicos, el factor percibido como menos difícil fue el número 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”, con una media de total de 2.0090 y desviación estándar de .6631.

Tabla 46. Media de los factores de *dificultad*, de acuerdo a tipo de población atendida por el médico.

Factores de población	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
Niños	3.3611	.4139	3.4762	.2333	3.5000	.2357	2.4444	.2018	3.3750	.6072	2.8889	.8344
Mujeres adultas	2.2111	.6651	2.6667	.6427	2.8222	.6681	1.8556	.6389	2.5500	.5193	2.2000	.7643
Ancianos	2.4583	.6899	2.9375	.6193	2.8229	.5391	1.9896	.7490	2.5938	.8985	2.3333	.9813
Total	2.5045	.7438	2.9151	.6375	2.9324	.6054	2.0090	.6631	2.7027	.7634	2.3694	.8847

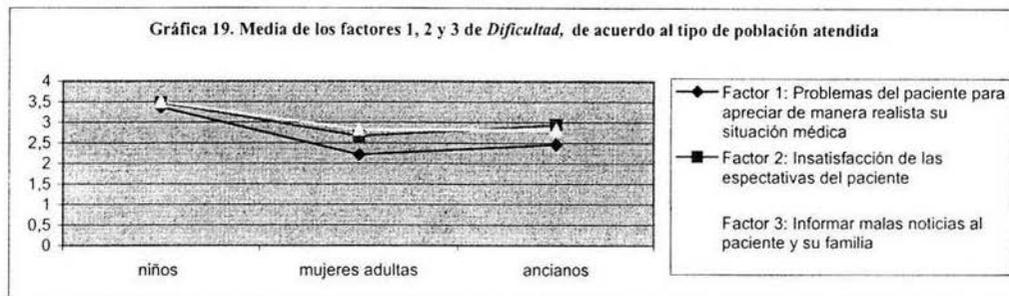
Los factores en los cuales se encontró diferencia estadísticamente significativa, de acuerdo al tipo de población atendida, fueron los siguientes:

Factor 1 de *dificultad* “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica” ($\text{Chi}^2 = 10.322$, gl 2; $\alpha = 0.006$).

Factor 2 de *dificultad* “Insatisfacción de las expectativas del paciente” ($\text{Chi}^2 = 8.085$, gl 2; $\alpha = 0.018$).

Factor 3 de *dificultad* “Informar malas noticias al paciente y su familia” ($\text{Chi}^2 = 7.712$, gl 2; $\alpha = 0.021$).

Lo anterior puede observarse en la gráfica número 19.



NIVEL SOCIOECONÓMICO

En la estructura factorial de *frecuencias* de acuerdo con el nivel socioeconómico, el factor más reportado por todos los médicos fue el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, con una media total de 3.4667 y desviación estándar de .5517, como puede observarse en la tabla 47. El factor menos reportado, también por todos los médicos, fue el número 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica” con una media total de 1.9568 y desviación estándar de .6191.

Tabla 47. Media y desviación estándar de los factores de frecuencia por nivel socioeconómico.

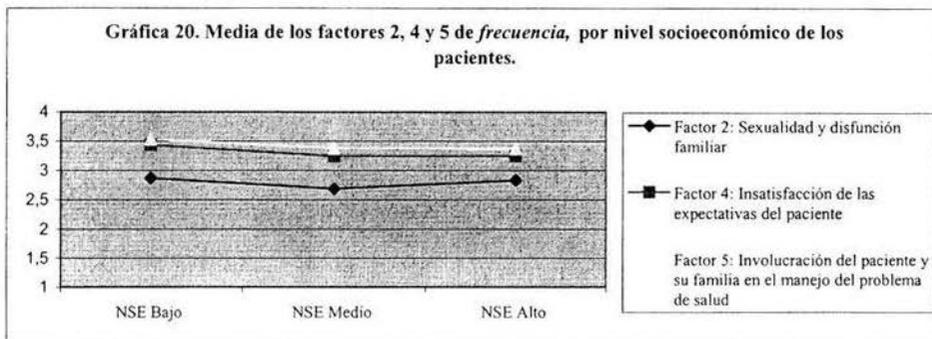
Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
Nivel socioeconómico														
Bajo	2.0952	.6721	2.8649	.6929	1.9012	.6237	3.4294	.6087	3.5306	.4454	3.3226	.5919	3.5618	.4945
Medio	2.0765	.5940	2.6846	.6751	1.9588	.6188	3.2390	.6246	3.3753	.5031	3.2069	.6054	3.4451	.5556
Alto	2.1791	.6784	2.8285	.6139	2.0291	.6129	3.2442	.6347	3.3674	.5948	3.3140	.6249	3.4147	.6027
Total	2.0967	.6258	2.7477	.6737	1.9568	.6191	3.2827	.6266	3.4091	.5097	3.2497	.6068	3.4667	.5517

De esta estructura factorial de *frecuencias*, los factores en los cuales se encontró diferencia estadísticamente significativa, fueron los siguientes:

Factor 2 de *frecuencias* “Sexualidad y disfunción familiar”; ($F_{2,549} = 4.033$, $\alpha = 0.018$). La diferencia se encuentra entre los grupos bajo y medio, como se observa en la gráfica 20.

Factor 4 de frecuencias “Insatisfacción de las expectativas del paciente”; ($F_{2,549} = 4.446$, $\alpha = 0.012$). La diferencia también se encuentra entre los grupos bajo y medio, lo cual se puede también observar en la gráfica 20.

Factor 5 de frecuencias “Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud”; ($F_{2,549} = 4.621$, $\alpha = 0.010$). De igual manera, la diferencia se encuentra entre los grupos bajo y medio, como se aprecia igualmente en la gráfica 20.



Para la estructura factorial de *dificultad*, según esta misma variable del nivel socioeconómico, se observa en la tabla 48 que el factor reportado como más difícil, por todos los médicos, fue el número 3 “Informar malas noticias al paciente y su familia”, con una media total de 2.9585 y desviación estándar de .6335. El factor reportado con menor dificultad fue el número 4 “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”, con una media de 2.0376 y desviación estándar de .6443, reportado por todos los médicos, como se observa en la misma tabla 48.

Tabla 48. Media y desviación estándar de los factores de dificultad por nivel socioeconómico.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
Nivel socio económico												
Bajo	2.5726	.7132	2.7880	.6539	2.9113	.6610	1.9288	.6109	2.8085	.7691	2.1720	.8236
Medio	2.6485	.6924	2.8504	.6412	2.9647	.6244	2.0799	.6372	2.8912	.7021	2.3402	.6915
Alto	2.6705	.6412	2.7807	.7052	3.0019	.6317	2.0271	.7052	2.8692	.7364	2.2674	.7802
Total	2.6348	.6891	2.8255	.6540	2.9585	.6335	2.0376	.6443	2.8691	.7225	2.2909	.7391

Para esta estructura factorial de *dificultad*, en ningún factor se encontró diferencia estadísticamente significativa.

TIPO DE PADECIMIENTO

De la estructura factorial de *frecuencias*, en la tabla 49 se observa que el factor más reportado por ambos grupos de médicos, fue el número 7 “Problemática en la logística para la atención médica”, con una media de 3.3156 y desviación estándar de .6305 para los médicos que atienden más padecimientos agudos y una media de 3.4539 y desviación estándar de .5736 para el grupo de médicos que observa más padecimientos crónicos. El factor menos reportado, también para ambos grupos de médicos fue el número 3 “Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica”, con una media de 1.8378 y desviación

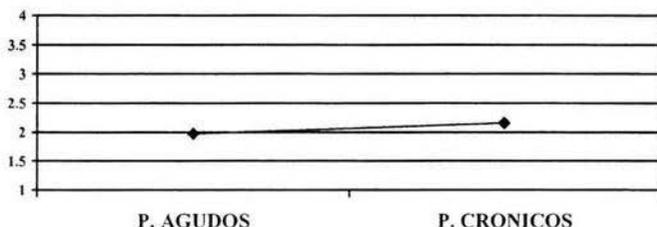
estándar de .5954, para el grupo de médicos con padecimientos agudos y media de 1.8832 y desviación estándar de .5938 para los médicos que atienden más padecimientos crónicos.

Tabla 49. Media y desviación estándar de los factores de frecuencia por tipo de padecimiento.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6		Factor 7	
	Media	DS												
Agudo	1.9766	.6031	2.7074	.6131	1.8378	.5954	3.1516	.6841	3.3128	.5789	3.1489	.6941	3.3156	.6305
Crónico	2.1579	.6119	2.8026	.6891	1.8832	.5938	3.2730	.6744	3.3961	.5584	3.2807	.5944	3.4539	.5736

De esta estructura factorial de *frecuencias*, solamente se encontró diferencia estadísticamente significativa en el factor número 1 "Informar malas noticias al paciente y su familia" ($t = 2.271$, gl 244 $\alpha = 0.024$), lo cual puede observarse en la gráfica número 21.

Gráfica 21. Media del factor 1 de frecuencia ("Informar malas noticias al paciente y su familia"), por tipo de padecimiento



Para la estructura factorial de *dificultad* según tipo de padecimiento, puede observarse en la tabla 50 que el factor reportado como más difícil para ambos grupos de médicos fue el número 3 "Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica", con una media de 2.9770 y desviación estándar de .6469, para los médicos que atienden más padecimientos agudos y media de 2.8914 y desviación estándar de .5925 para el grupo que atiende padecimientos crónicos. El factor reportado como menos difícil, también por ambos grupos fue el número 4 "Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente", con una media de 2.0241 y desviación estándar de .6440 para el grupo de médicos que atiende más padecimientos crónicos y media de 2.0241 y desviación estándar de .6440 como se observa en la misma tabla 50.

Tabla 50. Media y desviación estándar de los factores de dificultad por tipo de padecimiento.

Factores	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4		Factor 5		Factor 6	
	Media	DS										
Agudo	2.6543	.7722	2.8450	.7280	2.9770	.6469	2.0355	.7032	2.8537	.7624	2.2376	.7645
Crónico	2.6502	.6439	2.8036	.6335	2.8914	.5925	2.0241	.6440	2.8520	.7166	2.2939	.7710

No se encontró diferencia estadísticamente significativa en ninguno de los factores, para esta estructura factorial de *dificultad*.

INDICE FRECUENCIA – DIFICULTAD

Con el propósito de establecer una jerarquía entre los factores establecidos, se efectuó una suma de medias de cada uno de tales factores.

Dado que no todos los factores se encuentran presentes en ambas estructuras factoriales de frecuencia y de dificultad, es importante subrayar que la prioridad se determinó de forma empírica, por la suma de medias en cada estructura, por lo que, para algunos de los factores, tal prioridad es la misma que la media obtenida en la categoría en la que estuvo presente. Tal es el caso de los factores denominados “Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa” y “Problemática en la logística para la atención médica”, que sólo aparecen en la categoría de frecuencias como se observa en la tabla 51. La misma situación presenta el factor denominado “Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente” que como puede observarse en la misma tabla 51, sólo aparece en la categoría de dificultad.

De esta manera, se destaca que la anterior situación afecta la prioridad final obtenida por cada uno de los factores.

Tabla 51. Suma de medias de los factores de ambas estructuras factoriales.

FACTOR	ESTRUCTURA FACTORIAL DE FRECUENCIAS	ESTRUCTURA FACTORIAL DE DIFICULTAD	PRIORIDAD
Informar malas noticias al paciente y la familia	2.0893	2.9586	5.0479
Sexualidad y disfunción familiar	2.7491	2.2868	5.0359
Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica	1.9522	2.6310	4.5832
Insatisfacción de las expectativas del paciente	3.2759	2.8266	6.1025
Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud	3.3997	2.8728	6.2725
Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa	3.2351	-	3.2351
Problemática en la logística para la atención médica	3.4667	-	3.4667
Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente	-	2.0408	2.0408

En la tabla 52 se ordenan los factores de acuerdo a la jerarquía obtenida, considerando la prioridad derivada del procedimiento anteriormente referido.

Tabla 52. Jerarquía de los factores de acuerdo a su prioridad.

FACTOR	PRIORIDAD
Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud	6.2725
Insatisfacción de las expectativas del paciente	6.1025
Informar malas noticias al paciente y la familia	5.0479
Sexualidad y disfunción familiar	5.0359
Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica	4.5832
Problemática en la logística para la atención médica	3.4667
Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa	3.2351
Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente	2.0408

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1A. FASE DEL ESTUDIO

Se iniciará la discusión con el análisis de algunos aspectos que pueden destacar el valor de las técnicas de investigación empleadas en esta investigación, para la obtención de los resultados presentados. Posteriormente se harán las consideraciones pertinentes a cada categoría de datos obtenida.

DISCUSIÓN SOBRE ALGUNOS DE LOS ELEMENTOS DE VALOR PARA LA OBTENCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS TÉCNICAS “TKJ” E “INCIDENTE CRÍTICO”.

A fin de tener elementos de juicio más objetivos para estimar el valor con el cual los instrumentos recolectores de datos proporcionaron la información buscada, enseguida se presenta un análisis de ellos. Se describen simultáneamente el valor de la técnica “TKJ” y del "Incidente crítico", haciendo las consideraciones pertinentes por separado cuando así lo amerite.

Para la selección de estas dos técnicas influyeron la disposición de tiempo y el dominio de las técnicas por parte del investigador. Como se ha descrito en otra sección, no se podía disponer de forma indiscriminada del tiempo de los médicos entrevistados, por lo que se debía optar por técnicas de aplicación en un periodo de tiempo que no los distrajera demasiado de su función de atención médica a los pacientes. Por otra parte, y para tratar de subsanar el problema de las desventajas de cada método, se consideró pertinente a tal efecto, la combinación de las dos técnicas para facilitar al médico la descripción de sus ideas acerca del mismo problema.

El investigador de este trabajo, fue el responsable directo de observar cuidadosamente con los participantes la descripción operacional y claridad de las instrucciones para el uso de cada técnica. Al respecto se debe señalar que se mantuvo la presencia del investigador responsable, en todas y cada una de las sesiones de trabajo para conducir y aclarar cualquier duda, así como para verificar el cumplimiento de las instrucciones a fin de lograr el objetivo planteado.

Es conveniente mencionar también que para la técnica TKJ, en la primera sesión de trabajo con el grupo de médicos residentes, se obtuvo la principal observación a la pregunta con la que se trabajó. La pregunta inicial era *“mencione cuáles son los mensajes más importantes o difíciles que el médico familiar debe transmitir a sus paciente”*. Durante una breve retroalimentación al final de la sesión de trabajo, se cuestionó a los participantes acerca de los comentarios que podían hacer a la dinámica de trabajo y manifestaron que la pregunta podía dar mejor resultado cambiando sólo una letra en toda la redacción, la consonante “o” por una “y”, de tal forma que la pregunta final se planteó de la siguiente forma: *“cuales son los mensajes más importantes y difíciles que el médico familiar debe transmitir a sus pacientes”*. La razón argumentada fue que existían muchas situaciones de comunicación importantes en el trabajo con el paciente, pero que no representaban ninguna dificultad para el manejo con el paciente, tales como presentarse ante él o pedirle que diga su nombre. En las restantes sesiones los participantes consideraron que con tal modificación se comprendía claramente el mensaje y el tipo de información que se estaba solicitando.

La técnica del incidente crítico también sufrió modificaciones en su procedimiento. Durante las primeras sesiones de trabajo, una vez explicado en que consistía la técnica y que información se solicitaba de los participantes, se procedió a utilizar una grabadora para registrar el relato de los médicos. Pronto se descubrió que esta forma de obtener la información creaba un poco de inhibición en el relato de los residentes, dado que la narración de alguno de ellos generalmente implicaba situaciones de elevada carga

afectiva y que en ocasiones el médico ya no estaba dispuesto a continuar relatando, aunque no lo manifestara explícitamente. También se observó que si el primer médico que decidía participar, relataba solo un incidente positivo, el resto aparentemente era influido y sólo relataba incidentes positivos teniendo que animarlos a describir incidentes negativos, los cuales de por sí parecían implicar situaciones más emotivas, ésto resulta comprensible si se considera que es más fácil describir situaciones en las cuales el resultado de nuestras acciones es favorable, que cuando tal resultado es negativo. Dado lo anterior, en las siguientes sesiones se solicitó a todos los participantes efectuaran la descripción de sus incidentes en formatos previamente elaborados para tal efecto (anexo 1), con lo cual se mejoró la participación de todos los médicos y se recabó mayor información.

Dado que la actitud y expectativas del evaluador que conduce la entrevista pueden afectar el resultado (27), se deben tomar las precauciones necesarias para evitar sesgos en la obtención de la información. A este respecto, sólo se puede mencionar que durante todo el trabajo se trató de mantener la misma objetividad del observador durante todas las circunstancias que rodeaban a cada grupo, con el que se trabajó y durante la aplicación de ambas en las unidades laborales de los médicos o fuera de ellas.

Tratando de lograr la mayor exhaustividad en la información recolectada, se citó a todos los residentes y profesores. Al momento de recabar la información del grupo de residentes, la mitad de ellos se encontraba en rotación foránea, es decir; efectuando la práctica de la medicina familiar en el interior del país, mientras la otra mitad se encontraba en sus sedes académicas. Sin embargo, se entrevistó a todos los residentes que se encontraban disponibles en el DF., y hubo necesidad de esperar el regreso de los que se encontraban rotando, logrando trabajar con el 95 % de ellos.

A pesar de lo anterior, al revisar el alcance de las categorías obtenidas, se observó que los grupos finales de trabajo, aportaban pocos datos nuevos a los previamente emitidos por los residentes de los primeros grupos.

La siguiente categoría de población con la que se trabajo posterior a los residentes fueron los médicos de base. Conforme se iban obteniendo los datos, se efectuaba su clasificación para ir observando la aparición de datos nuevos, de tal forma que con este grupo se detuvo la recolección de información cuando se consideró que se había logrado una exhaustividad adecuada, es decir; cuando la información recolectada ya no aportaba datos diferentes a los emitidos con anterioridad.

Por cuanto al grupo de profesores de los alumnos de la especialidad, se contó con la participación de todos los profesores de las unidades académicas del Programa de Especialización en Medicina Familiar del Distrito Federal. Este grupo de trabajo fue uno de los últimos en participar observándose también poca aportación de datos diferentes a los obtenidos con los dos grupos anteriores.

Durante la clasificación de las respuestas obtenidas, en términos generales se observó una dificultad media. Para la técnica TKJ, ya se dijo que como parte del mismo procedimiento, los participantes eran los encargados de sugerir el nombre de las categorías que agrupaban sus ideas. Con respecto al incidente crítico, se partió de la revisión de cada declaración de los médicos para ir efectuando una clasificación de acuerdo al criterio del investigador responsable, en coordinación con el asesor del trabajo. No existiendo clasificación previa adecuada para este tipo de datos, se prefirió la revisión cuidadosa de los datos para efectuar una clasificación inicial, volverla a revisar y reagrupar los datos hasta que se obtuvo una clasificación aceptable.

De acuerdo con algunos autores (27), cuando se aplica un instrumento recolector de datos, ocurre un intercambio personal entre los que responden y el examinador (o la pregunta en este caso), puede

malentenderse la pregunta y ser contestada en dirección diferente a la deseada, por lo anterior se debe determinar si la información que está obteniendo refleja un recuento exacto, o ingenuo de aquellos atributos investigados. A este respecto, se puede señalar que aparentemente la técnica TKJ es menos sensible para obtener la información que se busca, pues con la pregunta seleccionada se obtuvo información valiosa pero daba la impresión de representar, en algunas ocasiones, situaciones hipotéticas o situaciones que sólo potencialmente pueden ocurrir en la vida profesional del médico. Sin embargo, es posible que las situaciones descritas tengan el valor de representar algunas de las principales preocupaciones que los médicos tienen ante situaciones de comunicación importantes y que eventualmente se pueden presentar en su práctica real.

Parece importante señalar, que al observar los casos descritos mediante la técnica del Incidente crítico, a diferencia de la técnica TKJ, se observó una mayor coherencia entre los incidentes relatados y la realidad de la práctica profesional de la disciplina, es decir; se apreció que esta técnica permite y obliga al médico a expresar situaciones reales de la problemática vivida en carne propia y evitaba la expresión de situaciones teóricas o hipotéticas, además de permitirle una mejor expresión de sus ideas dado que la técnica les propiciaba mayor amplitud para su descripción.

A pesar de todo, en algunos casos la información obtenida no tenía el enfoque deseado y se desechó tal información, esto ocurrió tanto con la técnica TKJ como con la del incidente crítico, fueron pocos los casos que tuvieron esta suerte.

Con todos los participantes se tuvieron las consideraciones necesarias de aclarar los intereses estrictamente académicos que se perseguían con la investigación, se le motivó a participar mediante una introducción aclaratoria, se explicaron ampliamente los objetivos, la necesidad y relevancia de su colaboración como conocedores del problema, solicitándoles de manera respetuosa su colaboración. Con lo anterior, en general se obtuvo una respuesta satisfactoria de todos los participantes, sin embargo cabe señalar que con el grupo de médicos de base, inicialmente se observaba poco interés en participar, pero con la anterior estrategia, se logró convencerlos de colaborar y en no pocos casos se logró obtener más información de la solicitada, es decir; la descripción de más de dos incidentes críticos, por lo que siempre se les entregaban dos formatos extras de incidente crítico.

Es conveniente también señalar que la pregunta original seleccionada para obtener la información: “¿Cuáles son los mensajes más importantes o más difíciles que el médico familiar debe comunicar a sus pacientes?” Se seleccionó posterior a un proceso de revisión en varias sesiones con el asesor del trabajo, considerando siempre el problema y objetivos del estudio, además, una vez que se obtuvo la pregunta deseada, se hizo una prueba piloto para observar su funcionamiento, por lo que se siguió el mecanismo de “jueces”, para el cual se pidió a cinco médicos familiares, profesores del Departamento de Medicina Familiar de Facultad de Medicina de la UNAM, colaboraran en este proceso para practicar la técnica TKJ. Durante este ensayo, los “jueces” no presentaron dificultad para contestar y tampoco hicieron señalamientos acerca de modificar la redacción de la pregunta, solamente indicaron que les parecía insuficiente la aplicación de una sola técnica y de una sola pregunta para la investigación de un tema tan amplio. Por otra parte, como quedó asentado líneas arriba, durante el trabajo con los médicos residentes se tuvieron observaciones que hicieron modificar la pregunta anterior.

Por cuanto a la técnica del Incidente crítico se refiere, toda vez que se presentaba el proyecto de trabajo, se explicaba el problema, los objetivos que se perseguían así como las propiedades de la técnica propiamente, se pedía a los participantes redactaran un incidente ocurrido en su práctica real mediante el cual describieran una situación en la que hubiesen presentado problemas en la comunicación con su

paciente y que desde su propio punto de vista lo consideraran de importancia para su práctica clínica. Los incidentes recolectados describieron situaciones de comunicación que representan dificultad en el manejo para los médicos y fueron pocos los relatos que se tuvieron que desechar por no brindar la información buscada. También es conveniente recordar que esta técnica sufrió modificaciones, ya que al inicio se tenía contemplado audio grabar el relato de los incidentes, pero por razones de tiempo y de condiciones laborales en las clínicas de medicina familiar, se prefirió la modalidad escrita con lo que se mejoró la recolección de la información con la ganancia secundaria de facilidad en su análisis, aunque seguramente también se perdió riqueza en la interacción y en la cantidad de información que de forma verbal el profesionalista pudo haber proporcionado.

Al emplear la Técnica TKJ con el grupo de médicos residentes y de profesores, no se tuvo ningún problema, con ambos grupos resultó novedosa e incluso varios médicos residentes y profesores expresaron de forma verbal que les resultó de gran interés esta forma de obtener información para un tema de gran importancia para la práctica de la medicina familiar y de naturaleza tan subjetiva.

La técnica TKJ requirió para su aplicación, aproximadamente 90 minutos de tiempo efectivo por sesión, lo cual resulta exagerado para poderla aplicar al médico de consultorio, a quien no se puede sustraer con facilidad de sus actividades de atención al paciente.

La técnica del incidente crítico resultó más fácil de aplicarse para todos los grupos. Fue fácil de comprender y en la gran mayoría de los casos se obtuvo la información solicitada. Es posible que lo más importante para la correcta aplicación de esta técnica, sea la fase previa en la que se presenta y se aclaran dudas acerca del problema que se investiga, resaltar la importancia de la participación de los profesionistas elegidos para proporcionar la información y el procedimiento de la técnica propiamente. Como era de esperarse, las principales dificultades para su aplicación, se tuvieron en las clínicas de medicina familiar, principalmente originadas por la falta de cultura de investigación en las unidades del primer nivel de atención y por las cargas laborales, circunstancias que se reflejaron en la dificultad para que el médico estuviese presente de forma puntual a la cita para participar en el proyecto.

Como resultado de las anteriores reflexiones, aún cuando se han reconocido algunas limitantes en las técnicas empleadas, se pueden considerar como aceptables para la indagación del fenómeno comunicativo. Por tanto, parece que los resultados obtenidos tienen un significado válido, de tal forma que se estimó justificado continuar en el proceso para determinar las competencias de comunicación médico paciente para el médico familiar, a partir de la información recolectada mediante las técnicas mencionadas..

DISCUSIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE MENSAJES FRECUENTES Y DIFÍCILES DE COMUNICAR AL PACIENTE

Generalidades de la Técnica TKJ.

Al observar en su conjunto las categorías arrojadas por esta técnica (ver tabla 5), todas resultan de mucho interés para el médico familiar. Uno de los primeros aspectos a considerar es que tanto profesores como residentes coinciden, en que la categoría de dar malas noticias parece ser una de las principales preocupaciones de los médicos en el primer nivel de atención. Diversos autores (22, 59, 23), destacan esta misma situación como una de las principales habilidades que debe poseer el médico al comunicarse con sus pacientes, sin embargo muchos de esos estudios fueron elaborados en centros hospitalarios que representan un escenario diferente del usual al médico familiar. No obstante, la población de médicos residentes que participó en esta investigación si labora de forma considerable en centros de segundo y

hasta de tercer nivel de atención médica en algún período de los tres años que dura su formación como especialistas en medicina familiar.

Si se considera que en unidades del primer nivel de atención, se atienden padecimientos más comunes y de menor complejidad (38), tal vez se hubiese esperado que la población de profesores reportara con menor importancia esta categoría de informar malas noticias, sin embargo, las ideas emitidas por ellos también permitieron observar su preocupación por aspectos relacionados con la muerte, si bien mencionaron más ideas acerca de informar enfermedades de mal pronóstico como cáncer o probable positividad a VIH, que aunque de mal pronóstico actualmente se han convertido en padecimientos crónicos y que implican al fenómeno de la muerte a mediano o largo plazo. Por su parte, los médicos residentes, aunque también incluyeron éstas enfermedades, en general presentaron ideas en las cuales implicaban a la muerte como preocupación inmediata, como informar fallecimientos al familiar del paciente que se atiende en salas de urgencias, informar el estado crítico del enfermo, informar óbitos o informar el estado terminal del paciente.

Otra categoría a resaltar durante la aplicación de TKJ, es la referente a las barreras culturales. El grupo de residentes la percibe en segundo lugar de importancias, mientras que el grupo de profesores la consideró hasta el sexto lugar (ver tablas 3 y 4). Es probable que para esta categoría si influya la experiencia del médico, si se observa que los rubros incluidos en estas barreras culturales son la dificultad expresiva del paciente y del propio médico, la falta de comprensión de la magnitud del problema por parte del paciente, las ideas mágicas y mitos acerca del padecimiento, y la educación cultural diferente, es posible pensar que sea menos problemático para el profesionista de la salud experimentado confrontar con estas situaciones. Sin embargo, la literatura (15,29,46,72,82,92) señala a este elemento como uno de los principales aspectos que puede influir en el fenómeno salud enfermedad, y que particularmente debiera ser estudiado por el médico familiar, pues se considera que este profesionista pretende otorgar una atención médica integral por tanto debe abordar este fenómeno.

Tal vez las tres categorías que obtuvieron menor calificación sean las únicas que pueden ser excluidas de este análisis: "dificultad para informar honorarios" puesto que el estudio ha sido considerado para aplicarse en unidades de seguridad social, esta categoría aunque importante, de momento no será discutida. La categoría del "paciente con hipoacusia", identificada tanto por profesores como por residentes, es probable que por su naturaleza escape del alcance de este trabajo, es posible que ante este tipo de pacientes el médico ineludiblemente tiene que asistirse de la colaboración de la familia, y en tal caso la habilidad a desarrollar para este tipo de situaciones, sería la de obtener la participación efectiva de estas redes de apoyo familiar. La dificultad para comunicarse adecuadamente con el paciente, secundario a la categoría de "cansancio del médico", probablemente pueda ser disminuida al mejorar la relación médico paciente.

Generalidades de la técnica del Incidente Crítico.

La categorización de las descripciones obtenidas mediante esta técnica, la efectuó el investigador responsable de este trabajo, habiéndose tomado en cuenta lo dicho por Flanagan (30), al señalar que la esencia de la técnica implica un juicio simple del observador, el cual debe estar calificado para ser considerado como tal y que la objetividad de la técnica es considerada como la tendencia de un número de observadores independientes para hacer el mismo reporte, de tal forma que la objetividad de los criterios depende de la precisión de las definiciones y de la competencia del observador en interpretar su definición con relación al incidente observado. Así, al no existir una clasificación previa acerca de este tema, se propone la categorización sugerida por el propio grupo de médicos que participaron previamente con la técnica TKJ y además se consideraron algunas categorías sugeridas por la literatura (22). Así

mismo, se trató de mantener la mayor objetividad posible para colocar cada uno de los incidentes en las categorías propuestas, de la misma forma, para tratar de dar más objetividad a dicha clasificación, se contó con la revisión y sugerencias permanentes del asesor de esta investigación, sin embargo se reconoce que tal clasificación aún puede resultar algo relativamente subjetivo y de juicio inductivo.

Como se ha indicado anteriormente, el Incidente Crítico puede tener algunas ventajas sobre la Técnica TKJ, especialmente porque parece obligar a que el médico reporte situaciones que efectivamente han ocurrido en la práctica real del médico, lo que no necesariamente ocurre con la técnica TKJ, ya que mediante ella, el médico pudo haber reportado situaciones teóricas bajo una consideración más idealista. Específicamente en este trabajo, la técnica del Incidente Crítico, también presenta la ventaja de haber sido aplicado a toda la población estudiada, es decir a un número mayor de población por lo que probablemente pudo haber recabado mejor la preocupación de los médicos participantes acerca del tema en cuestión.

Mediante esta técnica, los médicos reportaron algunas situaciones que difieren un poco de lo encontrado en la literatura (22), por ejemplo el manejo del paciente agresivo o enojado, poco se menciona en la bibliografía y aquí aparece en primer lugar como parte de los incidentes a los cuales se enfrenta el médico en su labor cotidiana. Esta categoría aparentemente generada en la mayoría de los casos por situaciones ajenas al propio médico -como la falta de medicamentos, dificultades administrativas, falta de continuidad en la atención por el mismo médico tratante-, implica uno de los mayores fenómenos en los cuales parece requerir competencia el médico familiar. Otra categoría no encontrada en la literatura, por lo menos no claramente, es la relativa al manejo del paciente manipulador, representada en este trabajo por el paciente que exige al médico le extienda su comprobante de incapacidad médica laboral cuando desde el punto de vista médico no lo amerita. Tal vez otra de las diferencias que se pueden señalar es con respecto a la propia importancia de las categorías, pues mientras que los pocos trabajos que abordan esta problemática consideran la habilidad de informar malas noticias como habilidades avanzadas (22), en este trabajo los médicos participantes, si bien reconocen que dar malas noticias es importante, parecen conceder también mucha importancia a las habilidades necesarias para enfrentar a pacientes agresivos, pacientes con falta de apego al manejo establecido y dificultades generadas por barreras de tipo cultural. Como puede observarse en la tabla 7 donde aparecen como las cuatro principales categorías identificadas, lo cual coincide con varios autores (4, 23, 59) quienes las califican como condiciones en las cuales el médico requiere desarrollar un buen nivel de habilidad.

Se podrían seguir efectuando consideraciones generales acerca de las situaciones encontradas, sin embargo, es probable que resulte conveniente en lo sucesivo analizar los datos que en forma conjunta arrojaron ambas técnicas, es decir; sumando todos los eventos proporcionados por todos los médicos participantes, independientemente de la técnica utilizada. De tal forma, se inicia con la discusión de la categoría de informar malas noticias.

Informar malas noticias.

El rango de situaciones que incluye este rubro puede variar mucho, incluye situaciones catastróficas como tener que informar un fallecimiento no esperado del paciente, hasta otras tal vez menos severas como confirmar un diagnóstico de Diabetes Mellitus u otra enfermedad crónica degenerativa por primera vez al paciente, así como complicaciones de alguna enfermedad, sin embargo, los autores que abordan el tema la consideran como una situación en la que la intervención del médico resulta de tensión muy elevada (59), otros como una situación que requiere por parte del médico una habilidad avanzada de comunicación (22). Diferentes autores como Edwars y cols (23), consideran que el médico debe auxiliarse de varias

herramientas para efectuar esta tarea. Este último grupo sugiere por ejemplo, que para la comunicación de enfermedades de riesgo elevado es conveniente emplear una descripción verbal cualitativa del padecimiento, una descripción numérica de la gravedad de la enfermedad y una representación gráfica de la misma. Aunque su descripción más bien parece orientarse hacia lograr la comprensión por parte del paciente acerca de la gravedad del problema, sirve para enfatizar lo difícil de la tarea de entregar malas noticias. Por nuestra parte, se decidió separar el informar malas noticias al paciente y a la familia, considerando que tiene diferente grado de dificultad el entregar este tipo de noticias al paciente a quien se tiene mayor posibilidad de conocer, con quien se ha tenido la oportunidad de establecer una adecuada relación médico paciente y se puede prever su posible reacción. Esto no siempre ocurre con la familia, pues a pesar de que en medicina familiar se habla de la tríada médico paciente familia, en nuestro medio difícilmente se puede trabajar con todo el conjunto familiar y generalmente se establece el vínculo con la familia a través del mismo paciente. Por otra parte, también se consideró prudente efectuar esta división al pensar que los patrones culturales de nuestra población son diferentes a los de los pacientes incluidos en estudios que en su mayoría son de origen anglosajón. Por ejemplo, quizá en nuestro medio no se puede entregar una mala noticia directamente a un paciente de la tercera edad, por comentarios empíricos de médicos familiares, han señalado que cuando han estado en alguna de estas situaciones, la misma familia solicita que no se le diga nada al paciente, parecen pensar que dado lo avanzado de su edad no tiene caso notificarle y aparentemente se comprometen a mejorar la calidad de vida del paciente en los años que le resten. Otros casos de la práctica médica, presentan pacientes que al conocer su diagnóstico piden al médico tratante no informe la gravedad de su padecimiento a la familia o por lo menos a algún miembro en particular. En otros casos más, es la familia o alguno de sus miembros quien se presenta al consultorio y pide al médico familiar le refiera la gravedad del padecimiento de su paciente, quien no ha querido confesar a la familia la verdad. Es decir; parecen existir varias razones por las que es conveniente investigar por separado el fenómeno.

Lograr cambios en el estilo de vida del paciente.

Probablemente esta situación pueda analizarse a la par de la categoría “corresponsabilizar al paciente y a la familia en su manejo”. Generalmente, cuando el médico ha llegado a la fase del tratamiento no basta con el llenado de una receta médica, aún una adecuada explicación de cómo tomar los medicamentos por sí sola no es suficiente, para el éxito del tratamiento se requieren medidas complementarias extra medicamentosas. Por ejemplo, el caso del paciente con Diabetes Mellitus requiere además de la receta con hipoglucemiantes, una serie de medidas como disminuir su peso corporal, ejercicio físico, una dieta acorde y cuidar toda otra serie de factores de riesgo (13). El fenómeno es complejo y en muchas ocasiones rebasa el alcance del médico, pues no depende de él que el paciente haga ejercicio o reduzca su peso, se requiere que el paciente logre también una comprensión adecuada de su padecimiento y se transforme en un participante activo en la resolución de su problema. A este respecto algunos autores (108), han encontrado que algunos pacientes en nuestro país adoptan un modelo de pasividad ante su enfermedad y realizan pocos cuestionamientos, lo cual parece repercutir negativamente en la resolución del problema de salud. En otras ocasiones la complejidad de los manejos establecidos, rebasa también los recursos del propio paciente por lo que, continuando con este mismo ejemplo, los pacientes reportan que no les es tan fácil lograr que su familia se ajuste a su dieta, o cuando el ama de casa se encuentre ante la necesidad de realizar doble menú para el paciente diabético y para el resto de los miembros no diabéticos, es decir; este mismo padecimiento, ejemplifica también la necesidad de lograr una participación de las redes de apoyo familiar, sin las cuales serán menores las probabilidades de éxito en el manejo del paciente, pues como señala Ronald y cols (90), es ilusoria la diada médico paciente, actualmente se requiere la participación activa de un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia.

Otro ejemplo de la importancia en considerar el logro de cambios en el estilo de vida del paciente, fue evidenciado por uno de los incidentes reportados por uno de los médicos participantes en este trabajo. En su reporte señalaba a un paciente adulto a quien recomendaba no efectuar esfuerzo físico a fin de no agravar su cardiopatía isquémica diagnosticada recientemente, como médico tratante no lograba comprender cómo era que el paciente no quería sujetarse a esta modificación tan lógica desde el punto de vista clínico. Fue hasta que en alguna de sus consultas subsecuentes, el paciente le confesó que durante muchos años había practicado la carrera de grandes distancias y que aún en ese momento de su vida participaba en las carreras de maratón, por lo que prefería desfallecer antes que abandonar el ejercicio, pues decía no estar dispuesto a abandonar esta actividad que le proporcionaba tanto placer. El relato, además puede ayudar para señalar que se debe individualizar las recomendaciones a cada paciente, es decir; contextualizar el caso, considerar no sólo la patología sino también las condiciones socioculturales del paciente, sus miedos, temores y expectativas que como indican diferentes autores (15, 97, 108.), inciden directamente en la conducta de los pacientes.

Recursos institucionales insuficientes.

Uno de los grandes problemas a los que se enfrenta en médico de las instituciones del sector salud en nuestro país, parece ser la insuficiencia de recursos tanto humanos como materiales. Los médicos participantes en su gran mayoría hicieron referencia a la problemática representada por el hecho de no contar con una cantidad adecuada de medicamentos, lo cual generaba enojo del paciente, así como solicitudes por parte del mismo paciente y de directivos de sus instituciones para efectuar cambios medicamentosos en sus esquemas de manejo, con las consecuencias negativas que se pueden presuponer en el resultado terapéutico y en el control de enfermedades crónico degenerativas. Algunos médicos argumentaron que el exceso en las cargas laborales podía obedecer a la cantidad insuficiente de personal en el Instituto, aunque se reconocía que no se conocía adecuadamente la situación económica del sus institutos, parecen relacionar la carga laboral, los tiempos de espera largos y la falta de insumos materiales a la falta de recursos económicos por los que atraviesan las instituciones de salud en nuestro país. La población estudiada percibe este problema como una de sus principales dificultades al confrontar la problemática con sus pacientes. En este reporte aparece apenas después de las categorías de informar malas noticias y lograr cambios en el estilo de vida del paciente, lo cual puede hablar de la influencia que representa en el trabajo del médico familiar en el primer nivel de atención médica.

Barreras culturales.

La importancia de esta categoría identificada por los médicos estudiados en este trabajo, también ha sido reconocida por diversos autores en otros países (15, 46, 96, 97, 108). Como Señala McWhinney (72), parte de la esencia del trabajo del médico familiar es atender al paciente dentro de su entorno cultural. Siendo nuestro país tan vasto en su diversidad cultural, no es de extrañar que en este estudio se haya reconocido como una de las primeras situaciones que pueden causar dificultad al médico en el manejo de los problemas de salud, resulta lógico que el médico familiar se encuentre preocupado por tratar de atender los sentimientos, miedos, expectativas y formas de reaccionar ante el fenómeno de salud enfermedad. Inui (53), señala que la comunicación es importante ante cualquier cultura, independientemente de la variedad de práctica médica que se tenga, esta declaración parece aplicarse de forma perfecta al entorno cultural y de desarrollo de nuestro país, pues de acuerdo con este autor, la comunicación clínica debe sustituir a la tecnología costosa e inefectiva, situación en la cual también coincide Torio y cols. (106), al señalar que la comunicación es una herramienta tecnológica con la que debe contar el médico familiar para su práctica clínica. Son diversas las situaciones que encierra esta categoría de barreras culturales, en donde las dificultades parecen residir no solo en el paciente, sino también en el propio médico, como lo puede representar el reconocimiento por parte de algunos médicos de la dificultad que les representa el abordaje de la esfera sexual del paciente para orientar su diagnóstico

o tratamiento médicos, o las dificultades que continúan teniendo muchos médicos para evitar la jerga médica, etcétera.

Corresponsabilizar al paciente en su manejo.

Resulta alentador observar que el médico familiar también dimensiona a la función terapéutica como una de sus principales tareas durante su trabajo cotidiano, y que considera al paciente como parte de esta misma función, involucrándolo en las acciones que se han de tomar para su propio manejo, es probable que con ello se trate de abandonar el modelo de atención en el cual el paciente acude con una alteración en su salud y deja al médico que éste decida de forma independiente el plan de manejo para la recuperación de su salud en un modelo de pasividad (108). Parece benéfico que el médico familiar considere prudente involucrar al paciente en la negociación de su manejo si se consideran los resultados de algunos reportes (8, 10, 67), donde se señala que el paciente se encuentra más satisfecho de la atención recibida cuando percibe que es tomado en cuenta a la hora de efectuar las decisiones para su tratamiento. En otros estudios (96), se ha encontrado que hasta en un 50 por ciento de las consultas, no existe acuerdo entre el médico y su paciente sobre la naturaleza del problema de salud y aparentemente la mayor participación del paciente en la consulta mejora la satisfacción, el cumplimiento y los resultados del tratamiento. Lo mismo puede decirse de involucrar las redes de apoyo familiar, situación detectada también por los médicos investigados como un factor que puede coadyuvar durante el manejo del paciente. A este respecto, nuevamente recordamos a Ronald y cols. (90), quienes señalan a la familia como integrante del equipo para el tratamiento del paciente, pues es considerada como factor fundamental para obtener resultados adecuados además que, como se ha mencionado líneas arriba, se debe considerar al triángulo conformado por el médico, el paciente y la familia como el equipo terapéutico de actualidad.

Mensajes de prevención y educación para la salud.

Como parte del perfil que debe tener el médico familiar en nuestro país, está la función de anticipación al riesgo (54). Esta función es importante no sólo como medida complementaria durante el manejo del paciente, sino como una medida fundamental para mantener el correcto estado de salud del paciente. Ya se ha reconocido (27) al diagnóstico y al tratamiento como dos de las funciones primordiales del quehacer clínico, sin embargo para el especialista en medicina familiar no debiera ser suficiente, pues la asistencia del paciente en el primer nivel de atención médica, parece coincidir con el mejor momento para realizar medidas preventivas y educativas a fin de mantener la salud de la población, por lo que al ser reconocida en este trabajo por parte de los médicos que laboran en este nivel de atención como una categoría que requiere atención, se refuerza la necesidad incluso de mejorar las medidas implementadas en los programas curriculares actuales para que se haga un mayor énfasis en aspectos preventivos y en general del fenómeno de la comunicación con el paciente. Acerca de este punto, el consenso de Toronto (96), señala que desafortunadamente la educación tradicional ha sido inefectiva para la enseñanza de la comunicación clínica, suceso al cual no escapa la educación médica de nuestro medio, pues por lo menos con lo que respecta al programa único de la especialidad de medicina familiar, tampoco contempla la formación específica en este campo (26).

Aspectos de la relación médico paciente.

Es probable que se puedan analizar en grupo varias de las categorías identificadas, dada su pertenencia a un fenómeno más global, sin que ello implique perder su identidad como categorías individuales. Por ejemplo, las siguientes categorías se pueden considerar como parte del fenómeno de la relación médico paciente: "Empatía con el paciente, fenómeno de transferencia y contra transferencia, situaciones de maltrato médico al paciente y falta de confianza en la capacidad del médico". Autores como Lang y cols. (59), encontraron en sus estudios que aunque no existe un "estándar de oro" acerca del contenido de las habilidades de comunicación más importantes a enseñar a los médicos, consideran el establecimiento de

un rapport adecuado como un elemento central de estas habilidades, para obtener buenos resultados. También Simpson y cols. (96), señalan a la relación médico paciente como parte de las habilidades necesarias para mantener una entrevista efectiva. Por su parte Ruiz Moral (93), también concuerda en que existe una formación genérica e insuficiente de la entrevista clínica, en la cual resulta implicada la relación médico paciente. También en el trabajo de Brown y cols.(10), se encontró que la construcción de una relación médico paciente efectiva, es una de las principales habilidades de comunicación que el médico requiere para la negociación exitosa, particularmente ante situaciones de desacuerdo. Por otra parte, Inui y Carter (53), reconocen que el dominio de la esfera humanitaria, más que el dominio de la esfera técnica del diagnóstico y tratamiento, depende de la calidad de la comunicación médico paciente. De tal forma que la comunicación en la relación médico paciente parece permanecer como una actividad central del cuidado del paciente, sin embargo, también parece que las conclusiones de investigaciones sobre la comunicación médico paciente, deben tomarse aún con cautela ya que es un campo muy joven de la investigación aplicada, y parecen existir todavía muchas variables no controladas.

Manejo del paciente enojado.

Las situaciones que implican esta categoría, como se ha mencionado antes, son consideradas por algunos autores (22, 59, 96,) como entrevistas de tensión elevada, o situadas como habilidades de comunicación intermedias o avanzadas, lo mismo ocurre con los casos de enojo y agresividad que ocurren con el paciente alcoholizado. Independientemente de ello, los médicos que participaron en este trabajo, identificaron a esta categoría como una de las más frecuentes y quizás de las más difíciles de manejar. Y aunque, por las descripciones hechas, los médicos las orientaron buscando una explicación ajena al propio médico, lo cierto es que se registra como una situación en la cual se acepta la existencia de problemas durante la práctica cotidiana, por lo que también parece deben ser contempladas en la educación de los médicos.

Falta de adherencia terapéutica.

A este fenómeno, se le puede considerar como uno de los problemas con mayor relevancia en los resultados de la atención médica. Ciertos autores (96) han encontrado que una proporción sorprendentemente elevada de pacientes no comprende o no recuerda lo que sus médicos les dijeron acerca de su diagnóstico y tratamiento, y también señalan que la calidad en la comunicación clínica se relaciona positivamente con los resultados de salud. Pueden existir varias razones por las cuales el paciente no se adhiere al tratamiento sugerido, dentro de las encontradas en este estudio, se reportaron causas tales como la explicación insuficiente del médico, mitos acerca de los medicamentos, negación a aceptar el padecimiento, falta de verificación del médico acerca de la comprensión del paciente sobre las indicaciones proporcionadas, así como por mala respuesta al tratamiento. Algunas de estas causas han sido reconocidas ya por algunos autores, quienes señalan que la explicación insuficiente y la no verificación de la comprensión del manejo, son situaciones frecuentes por la que se puede fracasar en el cumplimiento del manejo establecido (66, 67). De esta forma, parecen ser causas compartidas por médicos de nuestro medio y médicos de otros países considerados desarrollados, lo cual hace pensar que independientemente del nivel de desarrollo económico, la información otorgada al paciente es un aspecto desatendido en la formación profesional del médico. Aparentemente los médicos subestiman la necesidad del paciente por discutir su habilidad para seguir el tratamiento o de obtener su opinión acerca de la prescripción hecha, de tal forma que autores como Makoul (67) han llegado a considerar que esta estimación inexacta del médico puede ser endémica a cualquier contexto cliente profesional. Otro reporte que resalta la importancia de la información inadecuada como causa de falta de adherencia terapéutica es el de Tates y cols. (104) quienes encontraron que cuando los padres de pacientes infantiles consideran no haber recibido la información que esperaban, se muestran menos satisfechos y muestran menor cumplimiento del tratamiento indicado.

No aceptación de la enfermedad.

Mucho parece depender de la confianza que tenga el paciente en su médico para que no dude acerca del diagnóstico o de las implicaciones y repercusiones que sobre su salud tiene la información proporcionada. La calidad con la cual se otorgue información, es otra de las habilidades indispensables para la entrevista clínica, se convierte en una herramienta terapéutica (96), sin embargo, como se señaló antes, parece que los médicos continuamos subestimando la necesidad que el paciente tiene acerca de información médica de excelencia, o la forma en que se le proporciona (108). Entre los incidentes críticos relatados por los médicos entrevistados, sobresalen varios casos en los que se aprecia una reacción de negación como ocurre al confirmar al paciente el caso de una diabetes mellitus o alguna otra enfermedad crónica degenerativa, destacándose la negativa del paciente por sentimientos de duelo ante una pérdida del estado de salud, pero también se aprecia cierta falta de sensibilidad de algunos médicos al informar estos eventos inesperados para el paciente, con las repercusiones adversas que tendrá en la adherencia terapéutica y el control de la enfermedad.

Dinámica familiar alterada e implicación de enfermedades de transmisión sexual.

Es posible observar a estas dos situaciones desde una misma perspectiva, como si representaran un problema análogo, ya que informar la presencia de enfermedades de transmisión sexual a la pareja, parecía significar temor de los médicos a desencadenar dificultades familiares, junto con cierta aprensión de no poder manejar las situaciones de enojo o reclamos entre la pareja durante el momento de dar la noticia. Aparentemente, los problemas de dinámica familiar surgen como un asunto de presentación más o menos frecuentes en el trabajo profesional del médico de atención primaria. Los médicos con formación en medicina familiar tienen capacitación específica para la detección y manejo (26), hasta determinado nivel de complejidad, de este tipo de problemas, sin embargo los médicos generales carecen de esta formación académica y se encuentran en desventaja para el tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, e independientemente de la categoría del médico, la dinámica del trabajo existente en las instituciones de salud, exige al médico que desea ayudar al paciente con este tipo de situaciones, el desarrollo de competencias específicas para confrontar tales eventos ante las condiciones laborales complicadas por la cantidad de trabajo y limitaciones de tiempo durante el abordaje de estos problemas. De tal forma que la competencia para este aspecto, al igual que para muchos otros, se vuelve compleja pues no solo requiere la posesión de conocimientos específicos al problema, sino la habilidad de confrontarlos tomando en consideración restricciones inherentes a las instituciones de salud como las implicadas en este trabajo.

Embarazo de adolescentes.

Los médicos describieron esta condición como una situación dificultosa por las cuestiones que implica el desconocimiento del embarazo por parte de los padres de la adolescente, quien al no atreverse a dar la noticia, dejaba que el médico, al aceptarlo, enfrentara por ella la situación. ¿Cómo deben actuar los médicos? Por una parte, es probable que una forma de enfocar estos sucesos, sea la de orientarlos hacia la necesidad de apoyo emocional que busca la adolescente embarazada en el profesional de la salud, ante una situación que ha rebasado sus recursos para enfrentarla. Por otra parte, quizás sea la de recapacitar en la competencia para brindar información y orientación específica en materia de salud reproductiva a los adolescentes, quienes probablemente perciban al médico como uno de sus recursos para enfrentar estas eventualidades, las cuales parecen implicar, además, situaciones de desajuste familiar.

Situaciones con elevada carga afectiva para el paciente.

Pacientes que lloran, el paciente deprimido o con otras alteraciones psiquiátricas, las situaciones de familiares con abuso sexual u otro tipo de violencia intrafamiliar, parecen también causar dificultad al médico familiar, estas situaciones fueron reconocidas en este trabajo, pero también lo ha sido por otros autores (22, 96) quienes consideran que la habilidad para comunicarse ante este tipo de condiciones, es

necesario considerarla como parte del currículo médico, pues particularmente parece requerirse una atención especial a las emociones propias del médico para un mejor manejo de la situación clínica, esto último coincide con Ronald y cols. (90), quienes en uno de sus modelos de comunicación médico paciente, señalan que el autoconocimiento de las emociones del propio médico es conveniente para otorgar más poder a sus encuentros clínicos, señalaron que el médico deberá mostrar apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, pero que se debe tomar en cuenta que algunos de ellos pueden resultarle trastornadores, de ahí la necesidad de preparar a los médicos para enfrentar esta tarea.

Dificultad para abordar la esfera sexual del paciente.

La comunicación acerca de la sexualidad aparece como un aspecto importante y no sencillo de tratar para la pareja misma, mucho menos sencillo parece representarlo para algunos médicos. Evidentemente resulta difícil para el paciente reconocer ante terceros, que se tiene dificultades en el ámbito sexual, pero también ha resultado dificultoso para el médico su abordaje, como parte de su exploración anamnésica o física para la obtención de datos diagnósticos o como parte del manejo que establece. La sexualidad humana constituye un fenómeno complicado, influido cuando menos por tres factores que se traslapan; cultura, factores interpersonales y factores intrapsíquicos (111), por si ello fuera poco, existe un contenido muy elevado de comunicación no verbal en la sexualidad humana, todo lo cual hace que la sexualidad sea un aspecto difícil de estudiar, por lo que no resulta extraño que los médicos de esta investigación lo reconozcan como un fenómeno de abordaje dificultoso. De acuerdo con los incidentes reportados, la dificultad puede depender del género, es decir; que al médico varón le cause dificultad abordar la esfera sexual de la paciente femenina o viceversa, las dificultades también parecen darse porque el médico considera que puede desencadenar alteraciones de dinámica familiar al señalar situaciones que implican infidelidad conyugal, también le resultó embarazoso abordar la sexualidad del paciente ante la dificultad del paciente para hablar del tema. Frente a esta categoría, es probable que no basten conocimientos adecuados de la sexualidad humana por parte del médico, pues algunos de ellos manifestaron poseer los conocimientos de forma adecuada, parece requerirse el desarrollo de otras habilidades complementarias, entre las que estaría por supuesto la adecuada comunicación médico paciente, necesaria para establecer un vínculo adecuado y propiciar el ambiente confortable requerido para que tanto médico como paciente puedan abordar temas tan delicados en forma más objetiva y cómoda para ambos..

Dilemas bioéticos.

El consenso de Toronto (96), reconoce que se necesitan explorar los aspectos éticos de la comunicación, así como estudiar la forma en que se comunican los aspectos bioéticos del quehacer clínico. Tal consenso parece dejar en claro que no hay información suficiente acerca de cuáles son los principales problemas bioéticos que enfrenta el médico en su práctica cotidiana, en este estudio se encontraron ciertos dilemas como la violación del secreto profesional ante el caso en el que el adolescente pide al médico no revele a sus padres que es drogadicto cuando el médico considera que se requiere el apoyo de la familia para solucionar el problema, otros casos que ameritan la reflexión en este terreno son aquellos en los que el médico tratante detecta que el médico anterior ha cometido varios errores en el diagnóstico y manejo, pero el paciente se niega a abandonar el manejo previo, ¿qué debe hacer el médico? ¿Debe señalar los errores del médico anterior para convencer al paciente, o debe persuadirlo de otra forma para hacerlo entrar en razón de que el manejo que ahora se le propone es el correcto? Y, ¿cómo debe actuar ante los casos en los cuales en un acto de reflexión se detecta con falta de compromiso genuino en la atención del paciente, debe comunicarlo o continuar con el manejo a pesar de su desinterés profesional en el caso? ¿Es correcto solicitar el alta voluntaria a un paciente que no se apegó al tratamiento, cuando uno de los preceptos médicos es acompañar al paciente a lo largo de todo el proceso para la recuperación de su salud? Otra situación que parece causar cierta dificultad al médico familiar para comunicarse con sus pacientes, es la confrontación con las limitantes de su propio conocimiento ante determinados casos, en

los tiempos actuales en los que todo indica que es imposible que ningún médico posea todos los conocimientos, parece que se vuelve indispensable preparar al médico para enfrentar esta situación no sólo desde el punto de vista bioético, sino parece requerirse una preparación para contender ante la incertidumbre (3).

De esta forma, los casos de dilemas bioéticos detectados por los médicos participantes en este estudio parecen representar la necesidad de explorar con mucho mayor detenimiento el fenómeno, que en los tiempos modernos cada vez reclama más la atención profesional y para los cuales tampoco parece existir un plan curricular adecuado.

Dificultades administrativas.

Este rubro aparece como una de las principales causas que puede generar problemas de interacción con el paciente. Dentro de los reportes recibidos de los médicos, señalan que cuando el paciente presenta disgusto por dificultades de índole administrativa, en ocasiones cuesta trabajo sacarlo de ese estado para realizar la consulta médica de manera más exitosa. Los tiempos de espera prolongados ocasionan que el paciente se exaspere e interrumpa al médico en muchas ocasiones intentando ser atendido antes de su turno. En otras ocasiones, el paciente se muestra inconforme por los tiempos de espera tan dilatados para recibir la atención de otros especialistas cuando se requiere su interconsulta médica. Y Aunque tal problemática escapa del manejo tanto del médico como del paciente, influye en la atención que el médico familiar otorga al paciente. La falta de continuidad en la atención médica por el mismo clínico, también causa dificultades para la atención por diferentes motivos, además de la diferencia de criterios en el manejo médico, impide la observación de resultados esperados, y tampoco facilita el desarrollo de una relación médico paciente adecuada, así mismo, la falta de continuidad en el trabajo de la medicina familiar es crucial, recordando que es un elemento fundamental de la tríada característica de la atención médico familiar; anticipación al riesgo, manejo integral del paciente y su familia y continuidad en la atención. (54). La continuidad en la atención médico familiar actúa facilitando el conocimiento de los problemas de salud del paciente, sus factores de riesgo y conocimiento de su contexto familiar, con lo cual la interacción clínica con el paciente se torna más efectiva.

Con los resultados de esta primera fase de la investigación y las consideraciones hechas, se refuerza la importancia de lograr una óptima comunicación con el paciente durante el trabajo del médico familiar, es decir; se hace más evidente la necesidad de conocimientos en esta materia, situación en la que coinciden algunos estudiosos del tema (90, 93, 106), al señalar la falta de capacitación adecuada de los médicos en esta área, circunstancia a la cual no parecen escapar los médicos de nuestro país.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS 2DA. FASE DEL ESTUDIO

Como parte de la discusión y con el propósito de brindar un mejor juicio de referencia acerca del valor de los resultados obtenidos con este cuestionario, a continuación se presenta un análisis acerca de la sensibilidad de dicho cuestionario para detectar la problemática de comunicación que enfrenta el médico familiar. Ato seguido, se presenta la discusión de los resultados del análisis factorial.

EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO APLICADO

Función y Justificación clínicas

En nuestro medio, aparentemente no existe un cuestionario que permita identificar las áreas de comunicación en las cuales los médicos que laboran en unidades de medicina familiar presentan dificultades de comunicación durante su práctica profesional, lo anterior fundamentado en la búsqueda realizada en la base de datos "Artemisa", de 1996 a 2003. De esta forma, el índice que se presenta, intenta hacer una identificación de tales áreas, asimismo, pretende evidenciar el nivel de dificultad que representa para el médico el enfrentarse a tales situaciones de comunicación clínica.

Como otro de los elementos para justificar la creación del cuestionario se consideró que, a partir de los resultados emitidos, éste coadyuvará en la identificación de las áreas en las cuales debe desarrollar sus competencias de comunicación el médico familiar.

Aplicabilidad clínica

El cuestionario fue hecho para aplicarlo exclusivamente a los médicos que desempeñan actividades de práctica clínica con pacientes derechohabientes del IMSS e ISSSTE, en las unidades de medicina familiar. Es probable que los problemas que se identifican ante estos profesionistas y en estos escenarios de trabajo, también los compartan profesionistas de otras disciplinas e inclusive de otro nivel de atención médica, sin embargo, nuestro interés es investigar lo que ocurre con los médicos que se desempeñan en la medicina familiar.

Comprehensibilidad y simplicidad.

Como se recordará, durante la anterior etapa del proyecto, se consideraron sesenta situaciones ante las cuales los médicos investigados parecen tener dificultades en su comunicación con los pacientes, sin embargo, ante la imposibilidad de incluirlas en su totalidad, se optó por considerar sólo aquellas que por su frecuencia estaban incluidas antes del punto de Catell (19) (punto mayor de inflexión de la curva) en la gráfica que las representó, así como alguna otra categoría que por su relevancia, a juicio del autor y asesor del trabajo, mereciera ser incluida en el cuestionario. Se cuidó en la medida de lo posible, que todas las categorías fueron mutuamente excluyentes de acuerdo a la situación clínica que representaba para el médico, sin embargo, queda a juicio del lector crítico, el considerar que dos o más categorías exploren o formen parte de una misma categoría más amplia, por ejemplo las situaciones de "informar enfermedades diversas de mal pronóstico", "informar positividad a VIH/SIDA", e "informar fallecimientos", pueden ser consideradas como pertenecientes a una categoría mayor que pudiera denominarse "informar malas noticias", sin embargo, se consideró que cada una de estas situaciones posee una connotación intrínseca diferente de las demás, a pesar de que todas efectivamente pueden formar parte de una categoría mayor.

En cuanto a su escala de respuestas, se puede considerar que permite una discriminación fácil para poder comparar las declaraciones de los diferentes médicos que lo contestaron.

Al solicitar que emitieran su respuesta en alguno de los cuatro espacios otorgados para indicar si las situaciones que se les presentaban eran frecuentes en su práctica clínica, en términos de “infrecuente” y en forma gradual hasta “frecuente”, y desde “fácil”, hasta “difícil”, para responder acerca de la dificultad en el manejo de las mismas situaciones planteadas, resultó simple la comprensión del cuestionario por parte de los médicos, evidenciada por las escasas preguntas acerca de cómo plasmar las respuestas. Creemos que esta simplicidad del índice también fue compartida en sus ingredientes esenciales, es decir; en los reactivos que lo conformaron, pues tampoco existieron muchos cuestionamientos con respecto a la comprensión de los enunciados de cada reactivo.

Otra forma de contemplar la sencillez del índice es la cantidad relativamente escasa del número de variables incluidas en él. El cuestionario incluyó 38 reactivos (34 que exploran situaciones específicas de comunicación médico paciente y 4 reactivos más que son complementarios), cada uno de los cuales representando variables diferentes. Todos los reactivos cuestionan acerca de dos aspectos distintos: frecuencia de observación del fenómeno indicado y su dificultad de manejo. La aplicación a los médicos permitió observar que el cuestionario finalmente resultó atractivo para ellos.

En cuanto a su connotación lógica, se cuidó desde su construcción que los componentes del cuestionario no fuesen a dar problemas de coherencia de resultados, por ejemplo; “hombres embarazados” o alguna otra situación de esta naturaleza. Lo anterior se corroboró al observar los resultados, pues aunque existieron preguntas específicas no se presentaron situaciones como la antes descrita.

Replicabilidad

Se trató que la redacción de las instrucciones y contenido del cuestionario fuera clara y sin situaciones ambiguas, revisándose en varias ocasiones, además, se solicitó una “revisión de jueces” externos como método para cuidar este aspecto, proceso que se describe a continuación.

Una vez construido el cuestionario, se solicitó su revisión a seis médicos familiares, profesores del Departamento de Medicina Familiar de Facultad de Medicina de la UNAM, quienes ejercen la práctica clínica de la medicina familiar en diferentes Instituciones del Sector Salud. Estos médicos hicieron algunos señalamientos que permitieron mejorar la redacción tanto de la sección de instrucciones como la de algunos reactivos, así como para mejorar la comprensión general del cuestionario. La observación más importante en esta evaluación, fue el cuestionamiento del reactivo que indaga sobre la frecuencia con la que el médico familiar debe informar a la familia el fallecimiento del paciente, dado que el médico familiar del primer nivel de atención médica en nuestro país regularmente no se enfrenta a esta situación en su trabajo cotidiano, sin embargo, puesto que parte de la población estudiada incluye a médicos residentes, se decidió dejar el reactivo pues este grupo de médicos potencialmente si enfrenta dicha situación durante su paso por los diferentes servicios de hospitalización. En una segunda revisión, indicaron que con las modificaciones hechas de acuerdo a sus señalamientos, el cuestionario era lo suficientemente claro en sus instrucciones y que se podía contestar de forma auto aplicada, es decir; incluso sin la presencia del investigador responsable. Al respecto, el investigador responsable de este trabajo estuvo presente en muchas de las unidades médicas en donde fue aplicado el cuestionario, verificando que efectivamente éste se podía aplicar sin intervención del investigador. Para las unidades médicas en las cuales no se podía estar presente, se solicitó la intervención de las autoridades responsable de dichas unidades de atención médica. Se explicó la finalidad del cuestionario a los directores médicos de tales clínicas para que éstos fueran los conductores de la aplicación. Esta situación se vivió con el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde la estructura y mecanismo para efectuar este tipo de investigaciones parece ser menos accesible. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, donde también labora el investigador responsable de este trabajo, se contó con

muchas facilidades para la tramitación de permisos y acceso a la población de estudio, es decir; en el ISSSTE se contó con muchas concesiones administrativas para la conducción del estudio, pero tal situación no se pudo tener en el IMSS, por lo que como condición general para la aplicación del instrumento en tal instituto, fue que sus directivos accedieran amablemente a que se aplicara el cuestionario.

Validez de apariencia

Se efectuó por juicio de expertos, además se realizó una observación durante la aplicación del cuestionario. Así dicho instrumento parece incluir los principales problemas que tiene el médico familiar acerca de la comunicación. Las respuestas proporcionadas acerca del fenómeno en estudio parecen permitir un recuento entendible y claro desde la propia perspectiva del médico, relacionado con la realidad que experimenta en su práctica cotidiana.

Los componentes del cuestionario fueron seleccionados a partir de la información obtenida en la primera fase del estudio, se ha mencionado el procedimiento seguido para la selección de los componentes: se clasificaron las situaciones que emitieron los médicos mediante las técnicas de “TKJ” y del “Incidente crítico”, se buscaron las posibles causas subyacentes que explicaban tales situaciones, una vez clasificadas como criterios para ser incluidas en el cuestionario, se consideraron su frecuencia de identificación por el grupo estudiado, así como su importancia en la práctica clínica, esta última de acuerdo a lo documentado por la bibliografía consultada y a la experiencia tanto del investigador responsable como del asesor del trabajo. Con lo anterior, probablemente la decisión para incluir o no los componentes, fue resultado de un acto de juicio cualitativo difícil de evaluar cuantitativamente, sin embargo, se mantuvo siempre presente la preocupación de contar con un cuestionario lo más completo posible tratando de evitar inclusiones u omisiones arbitrarias.

Validez de contenido

Probablemente una buena forma de analizar la validez de contenido sea el hacer un recuento de las omisiones que parecen importantes, de las cosas que han sido puestas de lado y que pueden ser relevantes. Ya se señaló la forma en que se seleccionaron las variables incluidas, pero ello no nos señala puntualmente las categorías excluidas.

La tabla 9 de este trabajo, presenta la suma de las categorías identificadas por ambas técnicas, se reconocen 35 categorías, posteriormente, en el intento de encontrar las posibles causas que subyacen a estas, se identificaron 60 nuevas categorías (ver tabla 11) de las cuales, las categorías excluidas mediante el punto de Cattell (19), fueron las siguientes, de forma anexa aparece la frecuencia con que fueron señaladas por los médicos participantes:

Categorías excluidas	Frecuencia de observación
Informar abortos, óbitos o malformaciones fetales	18
Apoyo a la adolescente embarazada	13
Educación sobre factores de riesgo	12
Manejo del paciente deprimido	11
Manejo de drogadicción	11
Fenómeno de transferencia y contra transferencia	10
Paciente con uso de dialecto	9
Malas experiencias del paciente con médicos previos	8
Desacuerdo de terceros en el manejo del médico	8
Explicación insuficiente del médico	7
Mostrarse empático	7
Mitos sobre la insulina	6
Obstáculos por el uso de medicina alternativa	6

Apego a su médico	2
Manejo incorrecto desde la perspectiva del paciente	2
Divulgación del secreto profesional	2
Falta de compromiso con el paciente	2
Falta de continuidad en la atención del paciente	1
Mal sistema para ayudar al paciente a recordar su manejo	1
Informar necesidad del psiquiatra	1
No dar atención médica por no ser derechohabiente.	1

Las categorías excluidas pudieran ser relevantes dado que fueron identificadas por los médicos como situaciones de difícil manejo durante la comunicación, no obstante, la menor frecuencia de identificación por el grupo de médicos y el hecho de que probablemente representen la misma complejidad que otras categorías incluidas fueron los criterios para no incluirlas en el cuestionario. Por otra parte, es probable que al desarrollar competencia para enfrentar ciertas situaciones médicas, se desarrolle competencia para confrontar con otras similares, tal es el caso de categorías tales como “informar situaciones de aborto, óbitos o malformaciones fetales”, que pueden quedar incluidas en la competencia para informar otras malas noticias, por ejemplo informar diagnósticos de VIH-SIDA, o informar el fallecimiento del paciente. Lo mismo puede ocurrir con la categoría de “educación sobre factores de riesgo”, cuya exploración puede incluirse al indagar la de “transmitir mensajes de educación para la salud” que si fue incluida en el cuestionario. Otras categorías que pueden compartir esta suerte son las de “paciente con uso de dialectos”, “mitos sobre el uso de la insulina” y “obstáculos por el uso de medicina alternativa”, todas ellas fenómenos culturales representados de alguna forma en las categorías de “adecuación del lenguaje médico al nivel sociocultural del paciente”, y “paciente con pensamiento mágico religioso acerca de su enfermedad”, respectivamente, es posible que lo mismo ocurra con la categoría “informar al paciente necesidad del psiquiatra como parte de su manejo”, pues como fenómeno cultural, aparentemente existe un estigma negativo acerca de la connotación que implica el acudir a tratamiento con el psiquiatra.

En este proceso de eliminación, de todas formas, quedarían aún quince categorías sobre las cuales dar cuenta:

- Apoyo a la adolescente embarazada
- Manejo del paciente deprimido
- Manejo de drogadicción
- Fenómeno de transferencia y contra transferencia
- Malas experiencias del paciente con médicos previos
- Desacuerdo de terceros en el manejo del médico
- Explicación insuficiente del médico
- Mostrarse empático
- Necesidad de apego del paciente a su médico
- Manejo incorrecto desde la perspectiva del paciente
- Divulgación del secreto profesional
- Falta de compromiso con el paciente
- Falta de continuidad en la atención del paciente
- Mal sistema para ayudar al paciente a recordar su manejo
- No dar atención médica por no ser derechohabiente.

Es conveniente señalar que se eliminaron por su baja frecuencia de descripción por parte de los médicos participantes, no obstante puede resultar recomendable incluirlas en posteriores estudios dada su posible importancia, por ejemplo; la categoría de “explicación insuficiente del médico”, parece ser una variable determinante en el logro del éxito ante el manejo del paciente. De hecho esta condición, aparece como una situación problemática para médicos de otros países (8, 67), quienes la reconocen como un factor que debe ser mejorado durante la preparación formativa del profesional de la salud.

Otras categorías importantes no incluidas: “apego del paciente a su médico” y “falta de continuidad en la atención del paciente”. La primera fue percibida básicamente como una necesidad del paciente a pasar con un mismo médico, tener confianza en él y que éste le conozca más integralmente con la consiguiente repercusión positiva en su manejo. Por otra parte, la falta de continuidad en la atención del paciente, es percibida por los médicos como uno de los fenómenos que influye de forma importante y negativa en su trabajo cotidiano, aparentemente es un fenómeno generalizado en las instituciones investigadas por la gran cantidad de demanda del servicio y que hace difícil el manejo administrativo para lograr tal continuidad.

Con respecto a las otras categorías, es posible que algunas puedan obedecer más a una falta de preparación técnico-médica que a una dificultad comunicativa intrínseca, sin embargo, también se considera que estas categorías deberán ser cuidadosamente valoradas durante la formación del alumno por su alto valor para la medicina familiar.

Por cuanto a las inclusiones inapropiadas, podría considerarse como inadecuada la inclusión de los reactivos referentes a informar fallecimientos y e informar a la familia que su paciente ha entrado a la fase terminal de su vida, puesto que son eventos que se pueden presentar de forma muy escasa durante el trabajo en el primer nivel de atención, sin embargo, se consideró prudente su permanencia en el cuestionario, dado que también se investigaron a los médicos residentes en formación, quienes durante su paso por diferentes servicios de hospitalización, reconocieron que si enfrentan tales eventos y que éstos les representan situaciones de difícil manejo. Fuera de estos dos aspectos, todas las demás situaciones exploradas en el cuestionario son eventualidades a las que se enfrenta el médico y que pueden significarle un manejo no fácil.

El peso de las variables componentes parece ser el otro elemento para evaluar la validez de contenido del cuestionario. A este respecto, se considera que más que hablar de un peso específico, este trabajo hace referencia a la importancia de los elementos componentes, la cual se efectuó de acuerdo a un juicio estrictamente clínico y no de acuerdo a ningún modelo matemático. Es decir; tomando como guía el peso asignado en la fase previa por los propios médicos investigados, y con base en la propia experiencia del investigador responsable ante pacientes, se eligieron tales componentes. No se asignó ningún peso en particular, más bien se partió del supuesto de que todos son de gran importancia, y que, probablemente donde puedan existir diferencias es en el punto en el cual algunas situaciones tienen mayor frecuencia de presentación que dificultad de manejo y otras mayor dificultad que frecuencia durante la práctica clínica de la medicina familiar. Así, pues se considera que los datos incluidos, todos son datos cualitativos crudos obtenidos a partir de la práctica real y cotidiana del médico que labora en el primer nivel de atención.

Finalmente con respecto a la validez de contenido, se han de señalar algunas consideraciones relativas a la calidad de los datos básicos del cuestionario. Los datos explorados fueron previamente generados mediante una exploración cualitativa, obtenidos desde la experiencia de los médicos ante los procesos que deben efectuar para desarrollar su trabajo cotidiano, es decir; de la interacción con el paciente para la elaboración de historias clínicas, práctica de exámenes físicos y razonamientos diagnósticos y terapéuticos, para estos procesos no existe un método o procedimiento estandarizado que los pueda convertir en datos “duros” de forma depurada. Aunque se reconoce la posible debilidad que pueden representar estos datos, es probable que su fortaleza y calidad radican en su cercanía con la práctica clínica del médico familiar. Los datos se obtuvieron básicamente desde la práctica real, cotidiana y compleja de un grupo de médicos que aceptaron emitir de la manera más realista y objetiva posibles, sus experiencias vividas ante pacientes y contextos de nuestra realidad.

Facilidad de uso

Desde la construcción del cuestionario, se consideró que el principal obstáculo para su aplicación sería el escaso tiempo que se podía distraer al médico de su actividad de atención médica, es decir la carga laboral propia de todas las unidades de medicina familiar. Por lo anterior, se planeó diseñar un cuestionario corto en su extensión y fácil de responder, por consiguiente que no consumiera demasiado tiempo de aplicación y que pudiera ser de auto aplicación.

Aparentemente mediante la construcción y reconstrucción en diferentes sesiones, así como por las observaciones hechas por los “jueces”, señalado en su momento, se lograron estas características. El cuestionario únicamente requirió de aproximadamente 15 minutos efectivos por parte de los médicos que lo respondieron. Al contar con las anteriores cualidades, el cuestionario parece haber resultado atractivo a los médicos que lo contestaron, habiéndose recabado comentarios favorables acerca de lo realista de su contenido. Por último, dado que fue de auto aplicación, no requirió de personal adicional para recolectar la información, salvo lo ya considerado al señalar la solicitud hecha a los directores de algunas clínicas para que se aplicara a los médicos de sus unidades.

En conclusión, no obstante las probables limitantes del cuestionario empleado para explorar el fenómeno de la comunicación médico paciente, se considera haber obtenido un instrumento adecuado para la obtención de datos con una adecuada sensibilidad, lo cual posibilita por tanto la determinación de las competencias buscadas con un buen margen de confiabilidad y validez.

La siguiente sección de este apartado, presenta la discusión de los factores obtenidos mediante el análisis factorial realizado a partir de los resultados emanados de la aplicación del mencionado cuestionario.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS. ANÁLISIS FACTORIAL.

Todos los factores identificados mediante el análisis factorial resultan de importancia, unos por ser de presentación frecuente, otros por la dificultad que representa enfrentarse a ellos en la práctica profesional, y otros más porque fueron identificados por los médicos estudiados como frecuentes al mismo tiempo que de confrontación difícil.

A continuación, se presenta primero una discusión de todos los factores obtenidos en ambas estructuras factoriales (frecuencia y dificultad), enseguida se efectúa un análisis de los factores de acuerdo con las variables sociodemográficas consideradas en el estudio, señalando las condiciones en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En uno y otro caso, se presentan en orden decreciente de acuerdo a su valor propio obtenido por el análisis factorial.

FACTORES IDENTIFICADOS EN AMBAS ESTRUCTURAS FACTORIALES

FACTOR "INFORMAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE Y SU FAMILIA".

Este factor fue considerado como frecuente al mismo tiempo que de manejo difícil para los médicos investigados, es el que obtuvo mayor carga factorial en la estructura de frecuencia y el tercero en la estructura factorial de dificultad.

Si se observan los reactivos que lo conforman considerando ambas estructuras factoriales (frecuencia y dificultad):

- Informarle al paciente por primera vez, que tiene VIH-SIDA
- Informar a los familiares el fallecimiento de su paciente
- Confirmar al paciente el diagnóstico de alguna otra enfermedad de mal pronóstico (excepto SIDA)
- Informar al paciente que el padecimiento se ha complicado
- Informar a la familia que el padecimiento del paciente se ha complicado
- Informar a los familiares que su paciente ha entrado en la fase terminal

Parece implicar el surgimiento de eventos sorpresa o inesperados en el tiempo tanto para el paciente como para la familia. Aunque es difícil el abordaje de situaciones como las que incluye este factor, se recomienda que el médico trate de mostrarse empático con su paciente con la intención de indicarle que se está comprendiendo como se siente, pues incluso aunque sea equivocado el juicio del médico acerca de cómo se está sintiendo realmente el paciente, éste se da cuenta que su médico está tratando de entender su problema, con lo cual es probable que disminuya por lo menos un poco su ansiedad (66).

Esta tarea parece ser compleja no sólo por el hecho de dar la mala noticia, sino porque implica responder a la reacción emocional del paciente, involucrarlo en la toma de decisiones, tratar con sus expectativas para curarse, involucrar a la familia y manejar el dilema de dar esperanzas aún cuando la situación sea de pronóstico muy pobre. El dar malas noticias puede complicarse si el médico experimenta ansiedad, una carga exagerada de responsabilidad o temor de que el paciente adopte una actitud negativa hacia la información.

Otros autores como Baile y cols. (4), señalan que la idea de causar daño psicológico a quien recibe malas noticias no está corroborada del todo y más aún, que muchos pacientes requieren mayor información para efectuar acciones importantes en su vida, sin embargo; siempre se deberá considerar que pueden existir pacientes que se nieguen, rehuyan o traten de minimizar el significado de la información que brinda el médico ante situaciones como estas.

Esta categoría de informar malas noticias ha sido reconocida por algunos autores (22) como una habilidad de comunicación avanzada y reconocida aquí no sólo como frecuente sino también como un aspecto de confrontación difícil por todos los médicos sin importar la edad, sexo, categoría, años de práctica profesional del médico, etcétera, es decir; independientemente de la variable analizada parece encerrar condiciones que a cualquier médico y en cualquier momento le puede significar mucho trabajo para afrontar el problema con el paciente o con la familia de éste.

Al igual que otras disciplinas, la medicina familiar también se enfrenta a la difícil tarea de comunicar malas noticias al paciente o a su familia con una frecuencia tal vez variable pero potencialmente permanente.

A pesar de que este factor ha sido identificado por los médicos participantes como una categoría de observación frecuente y de manejo difícil, contrasta con la deficiente preparación de los médicos en habilidades de comunicación (117). A su vez, esta preparación deficiente contrasta con declaraciones que consideran a la comunicación como la herramienta primaria e indispensable con la cual médicos y enfermos intercambian información (61, 106).

De esta forma, la tarea de educar al médico en estos aspectos, parece ser algo también ineludible. Al respecto, en nuestro país ya se han hecho intentos (88) por abordar de forma sistematizada la enseñanza de los estudiantes y mejorar sus habilidades interpersonales ante eventualidades que implican dar malas noticias. Uno de los objetivos específicos de dichos programas, parece ser proporcionar principios y guías que el estudiante pueda usar para formular su propia aproximación al comunicar malas noticias. Estos autores sugieren proveer literatura específica, utilizar videos con ejemplos de otros médicos, tener un tutor al lado y trabajar en pequeños grupos. Además, aconsejan cuidar los siguientes aspectos para iniciar su comunicación con el paciente; tener un plan antes de iniciar, dar cierto control a los pacientes acerca de qué desean y cuanto escuchar, investigar lo que entienden los pacientes de su enfermedad y qué comprenden de la información proporcionada, dar esperanzas, proporcionar un plan de manejo específico al paciente y nunca decir mentiras. Lo anterior parece un buen avance en el terreno, sin embargo, los autores de dicho trabajo también parecen reconocer que en esta tarea, cada paciente, cada médico y cada situación será diferente por lo que se deberá hacer un uso flexible de la estrategia para dar malas noticias.

Algunas de estas consideraciones serán de utilidad al efectuar la propuesta educativa de la presente investigación para que el médico familiar desarrolle sus competencias de comunicación, incluidas las de otorgar malas noticias. Según Almanza y cols (117), el consenso para la capacitación de los médicos, apunta al desarrollo de guías clínicas cuya base se sustente en los trabajos que ofrezcan el mejor sustento metodológico. Al respecto los resultados emitidos por el presente trabajo, dada la metodología seguida, pueden contribuir al desarrollo de tales guías.

FACTOR “SEXUALIDAD Y DISFUNCIÓN FAMILIAR”

Este factor también fue identificado como frecuente, al mismo tiempo que de manejo difícil, aunque en menor medida que el anterior factor. Los reactivos que lo conformaron fueron:

- Abordar la esfera sexual del paciente masculino para orientar su diagnóstico o tratamiento
- Abordar la esfera sexual de la paciente femenina para orientar su diagnóstico o tratamiento
- Auxiliar al paciente en el manejo de problemas de la Dinámica Familiar
- Manejar problemas de violencia intra – familiar

Aunque agrupa situaciones que fueron reconocidas como condiciones menos frecuentes y aparentemente de menor dificultad que las de dar malas noticias, son situaciones a las que el médico familiar se enfrenta con cierta regularidad, y parece requerir determinada destreza y experiencia por parte de los médicos para auxiliar a los pacientes que presentan este tipo de alteraciones. Al tratar de encontrar su posible relación, se puede considerar que los problemas de la dinámica familiar de los pacientes pueden ser un elemento condicionante de problemas sexuales y violencia intrafamiliar o viceversa, por lo que este factor probablemente puede representar un círculo vicioso.

El abordaje de los problemas en la esfera sexual del paciente por parte del médico no parece ser algo sencillo dada la complejidad del fenómeno. Para advertir lo complicado de la sexualidad, obsérvese lo señalado por la OMS en 1975 (28), cuando define a la sexualidad como la integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Lo anterior parece implicar prácticamente todas las dimensiones del ser humano, pues en la anterior definición se identifican aspectos psicológicos, biológicos y sociales. Con ello se entenderían las dificultades del médico para el abordaje de esta categoría en sus pacientes, sobre todo cuando desconoce el contexto en el cual se desenvuelven éstos. Ferrándiz y cols. (28), señalan que aunque se trata de un fenómeno complejo, el médico puede efectuar algunas de las siguientes acciones; evaluar y definir el problema sexual, situar el problema en el contexto del paciente, adoptar una actitud receptiva, ofrecer información y educación sexual adecuada, intentar mejorar la comunicación afectiva de la pareja y plantear la atención especializada en los casos necesarios. Es una guía muy general pero en ella se puede reconocer la necesidad de que el médico sea el primero en manejar una comunicación adecuada, a fin de estar en posibilidades de ayudar a la pareja.

La cuestión de la educación sexual parece correr la misma suerte que otros fenómenos comunicativos, es decir; no parecen existir contenidos educativos adecuados dentro del currículo profesional del médico, incluso aparentemente sigue el cuestionamiento de si la sexología ha de ser una disciplina académicamente especializada y autónoma en el marco de la medicina o debe continuar formando una pequeña parte de la estructura curricular existente. Como sea, algunos autores (95) reconocen que los enfermos confiesan sus problemas sexuales en primer lugar y casi exclusivamente a su médico de cabecera, por lo que aquí se señalaría que el estudio de la sexualidad, al igual que el de la dinámica familiar, parecen ameritar una consideración especial por parte de los médicos que atienden pacientes en el primer nivel de atención médica, pues ellos particularmente parecen estar en uno de los mejores sitios del sistema de salud para identificar estos problemas y ayudar a las familias o al subsistema conyugal específicamente(11, 28).

El fenómeno de la violencia intrafamiliar, por su parte, es cada vez más frecuente y se manifiesta en diversas formas de maltrato; el maltrato puede existir hacia menores de edad, hacia la mujer o hacia el paciente senecto. Las formas del maltrato también pueden ser diversas; abandono, maltrato emocional o

maltrato físico. En cualquiera de ellas, existe incumplimiento de algunas de las funciones familiares básicas, por ejemplo cuando el niño es el maltratado, sus progenitores pueden desatender también su alimentación, el vestido, atención médica educación, obviamente el afecto, etcétera. (105). Es decir; cuando existen situaciones de violencia intrafamiliar, se desajusta la dinámica familiar y se desatienden muchas de las funciones familiares.

Finalmente, todo lo anterior resulta de interés pues aunque implica fenómenos que se pueden considerar como problemas psicosociales, también tienen su significado clínico si se reconoce que este tipo de alteraciones pueden condicionar en el paciente y su grupo familiar quejas psicológicas o somáticas que al no ser reconocidas adecuadamente no permiten al médico resolver los problemas, con lo que finalmente no se cumple el objetivo de reestablecer la salud integral que implica no sólo la ausencia de enfermedad biológica, sino también el bienestar en las esferas psicológica y social.

FACTOR "PROBLEMAS DEL PACIENTE PARA APRECIAR DE MANERA REALISTA SU SITUACIÓN MÉDICA".

Al igual que los dos factores arriba discutidos, el presente factor también fue identificado como frecuente y fue reconocido como el de mayor dificultad de manejo por parte del grupo estudiado. Los reactivos que conforman este factor son:

- Expresarle al paciente las limitantes personales de conocimiento médico.
- El paciente desconfía de las habilidades clínicas del médico.
- Lograr que el paciente comprenda la gravedad de su enfermedad.
- Temor de provocar alteraciones familiares al informar el origen de alguna enfermedad de transmisión sexual al paciente.
- Paciente que se niega a aceptar las repercusiones en su vida, de las complicaciones causadas por enfermedades crónicas y degenerativas.
- Confesarle al paciente que se ha cometido un error médico con él.
- Paciente con un pensamiento mágico-religioso acerca de su enfermedad.

Este factor parece identificar una confrontación con los límites e incertidumbre de la medicina, es decir; confrontación con algo desconocido ante la falta de respuesta esperada, anhelada o aún ante situaciones que representan malas noticias. La implicación que encierra este factor parece tener que ver con cierta incapacidad de reacción tanto del médico como del paciente.

Los médicos investigados en este trabajo, parecen preocupados al confrontarse con sus límites en el conocimiento. Sobre este tema parecen existir muchas interrogantes para las que la investigación aún parece no tener respuesta; no se sabe si al poseer mejores conocimientos el médico pueda disminuir su propio estrés al dar noticias adversas al paciente, tampoco se conoce si el médico al ser portador de estas noticias desfavorables sea afectado psicológicamente durante el proceso, etcétera. En la práctica de la medicina actual, algunos autores (3) sugieren que la incertidumbre no podrá desaparecer jamás del quehacer profesional, por lo menos en el ámbito de la medicina, por tanto hoy día no parece existir profesionista que domine absolutamente todos los procesos que se dan en su disciplina. Sin embargo, es probable que como lo señala Frazer (35), precisamente aquí sea donde puede aprender mejor el médico, en la zona de complejidad en la cual la relación entre las preguntas ni son predecibles ni son lineales. Tal parece que cuando el adulto se compromete significativamente en un contexto educativo no familiar e incierto, desarrolla habilidades para adaptarse al cambio, para generar nuevos conocimientos y mejorar su desempeño. De igual manera, aunque el médico familiar también parece angustiarse al ser confrontado con los límites del conocimiento, contradictoriamente puede encontrarse en una posición adecuada para el

aprendizaje y lograr mayor capacidad para resolver problemas en el ambiente del primer nivel de atención médica, que también conlleva complejidad, incertidumbre y estrés, representado aquí por algunas de las situaciones descritas en este y en otros de los factores encontrados en el presente trabajo.

Los tres últimos reactivos que se aprecian en este factor, pertenecen a su similar en los factores de dificultad, sin embargo no significan algo diferente, también parecen implicar el manejo del riesgo e incertidumbre en el trabajo del médico, pues la incertidumbre se encuentra no sólo en el médico, el paciente también sufre este fenómeno cuando se le confirma o se le menciona alguna sospecha diagnóstica que resulta desconocida o con implicaciones nefastas para él. La reacción del paciente podrá ser de temor, rechazo o negación a través de un pensamiento no realistas que lo puede impulsar a no apearse a las medidas terapéuticas sugeridas por su médico.

Otro aspecto que se resalta en este factor, es la desconfianza del paciente en el médico. A este respecto, Levinson (62) plantea que esta falta de confianza puede resultar de las diferencias entre las creencias de pacientes y médicos, creencias que como evoca parte del contenido de este factor, pueden ser derivados inclusive de un pensamiento mágico religioso acerca de la etiología y/o del tratamiento y que por consecuencia terminan en conflicto con el modelo del médico. La autora señala que habilidades específicas en comunicación pueden ser útiles en la construcción de un rapport de confianza y convenio entre ambas partes, lo cual puede construirse mediante una serie de preguntas abiertas y cerradas, una escucha activa de las preocupaciones del paciente, repetición y resumen de los problemas del paciente, así como involucrarlo en la toma de decisiones sobre el manejo óptimo, características todas ellas, que forman parte de las destrezas en comunicación deseables en todo médico preocupado por sus pacientes.

FACTOR “INSATISFACCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE”.

Este factor fue ubicado el en cuarto lugar por su frecuencia y en segundo lugar por su grado de dificultad, como puede observarse en las tablas 20 y 24. Los reactivos que lo constituyeron fueron:

- Carencia de recursos materiales y/o humanos para una adecuada atención del paciente.
- El paciente considera que requiere incapacidad médica cuando en realidad no la necesita.
- Enojo del paciente por tener que esperar mucho tiempo para ser atendido.
- El exceso de trabajo causa dificultades para la atención del paciente.
- El paciente demanda procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios.
- Paciente que presenta cuadro clínico compatible con enfermedad psicósomática.
- Enojo del paciente por las dificultades administrativas previas a la consulta.

Este factor parece incluir condiciones de pacientes que marcan una diferencia entre los resultados obtenidos y la expectativa del paciente, también parece existir un fenómeno de percepción inadecuada de la problemática por parte del paciente. Ciertos autores (66, 104), señalan que con frecuencia los médicos obtienen poca información de la percepción del paciente acerca de sus problemas o del impacto físico, psicológico o social, por ello recomiendan que el médico pregunte por eventos claves para el paciente, indagar acerca de sus sentimientos, verificar sus percepciones las cuales pueden estar equivocadas, indagar la forma en la que tales creencias pueden estar afectando sus consideraciones acerca de su situación de salud. De la misma manera, Makoul (67) hace énfasis en la discrepancia que puede existir entre lo que percibe el médico y el paciente por un lado y la comunicación real entre ambos por otra parte, tal diferencia afectará la salud del paciente y su competencia en la toma de decisiones. De lo anterior se deriva la importancia de que el médico de nuestro medio atienda esta circunstancia, ya que la forma en que el paciente encuadre la información parece influir de manera importante en su percepción del riesgo y

en las decisiones que efectuará en torno a su problema (23). En su práctica, el médico debe ser capaz de ajustar la información a las necesidades individuales del paciente, a fin de que éste comprenda en su justa magnitud la situación de salud y pueda actuar de manera acorde a ella.

En esta investigación, los reportes de los participantes apuntaron hacia la dificultad originada por la manera en la que el paciente manipula en ocasiones la información a su favor, para que el médico actúe conforme a su percepción, como los casos en los cuales exigía se le incapacitara médicamente para no acudir a laborar, sin que realmente estuviera incapacitado desde el punto de vista médico para trabajar. En otras ocasiones los médicos parecían descubrir conductas del paciente guiadas por una percepción inexacta de la magnitud de su padecimiento, generalmente por considerar una gravedad mayor o una apreciación de urgencia en su afección. A este respecto, Edwards (23) y su equipo, encontraron que resulta importante la existencia de una óptima relación médico paciente para obtener un buen conocimiento del enfermo, de tal forma que el médico tenga una posición conveniente para entender los requerimientos o preferencias de información y sea capaz de ajustar su comunicación de acuerdo al riesgo que implica la situación del enfermo, con lo anterior se puede esperar una reducción en la incertidumbre del paciente así como un aumento en su satisfacción, con el consiguiente apego al tratamiento toda vez que también se disminuye la ansiedad generada por el manejo sugerido.

La percepción del paciente puede ser tan diferente de lo que observa el médico, que se puede llegar al extremo de las quejas médicas, las cuales se convierten en un fenómeno complejo que puede reflejar varios aspectos; la queja del paciente puede significarse en un mecanismo que sirva de mediador entre el otorgante y el consumidor de servicios, mediante la queja el paciente parece adquirir poder al mismo tiempo que desafía la profesión médica y a los servicios de salud, también puede constituirse en un mecanismo de control y regulación de la práctica y atención médicas (51). La queja de la atención médica evidentemente representa una visión diferente y en muchas ocasiones opuesta a la del profesional de la salud, es posible que en ocasiones el paciente no tenga la razón, pero para el análisis que importa a este trabajo, significa que el médico ha obtenido una visión defectuosa sobre el enfoque del enfermo, que no la ha tomado en cuenta o que se ha establecido una comunicación ineficaz entre ambos acerca del problema de salud. Muchas son las consecuencias de no considerar la percepción que tiene el paciente acerca de su situación médica, en esta investigación, los participantes describieron situaciones como el paciente enojado quien verbalmente arremete contra el médico por no otorgarle un documento que le justifique legalmente para no asistir a su trabajo, circunstancias de incertidumbre para el paciente quien no se da cuenta de lo grave de su situación, en otros casos maximiza sus problemas y como consecuencia no logra un compromiso adecuado para participar activa y efectivamente durante su propio proceso terapéutico.

Es posible que algunos de los reactivos de este factor tengan que ver más con dificultades de índole administrativas, las cuales son discutidas más adelante, sin embargo aquí surgen relacionadas con la insatisfacción de las expectativas del paciente y esto parece derivado de la percepción que tiene de su problema de salud y que aparentemente es diferente de la del profesional médico, además también parece influir la condición de una resolución inadecuada o ausente del problema de salud, independientemente de que sea atribuible al médico o a otro recurso del sistema de salud.

Existen algunas situaciones especiales ante las cuales a los médicos familiares les resultó difícil y probablemente un tanto frustrante la comunicación con los pacientes. Por ejemplo aquellos cuadros clínicos compatibles con enfermedad psicosomática, o las ocasiones en las que el paciente acude con una lista larga de problemas y no se aprecia de inmediato el problema central por el que acude, lo cual puede combinarse con falta de tiempo del médico y repercutir en una perspectiva inadecuada del problema de salud. Existen ocasiones en las que el paciente decide manifestar el verdadero problema de salud casi

cuando ha finalizado el tiempo de su consulta, ocasionando verdadera angustia al médico quien generalmente tiene también una lista larga en su agenda del día. Al respecto, Levinson y cols. (62) advierten que a pesar de que el médico cuente con poco tiempo, es recomendable que permitan al paciente hablar ininterrumpidamente desde el principio y al mismo tiempo tratar de detectar las verdaderas preocupaciones de forma temprana, a fin de poder negociar posteriormente los problemas que podrán ser atendidos en la visita actual y cuales se pueden dejar para las ulteriores. También suele ocurrir que el médico se enfrente a pacientes demandantes que le presionen a solicitar estudios, referencias a otros especialistas, o inclusive le demanden incapacidades médicas no justificadas desde el punto de vista clínico, tal y como ha sido manifestado por los médicos entrevistados en este trabajo. Este mismo equipo de Levinson (62), considera que es importante para el médico fijar límites firmes al mismo tiempo que prácticos para disminuir la frustración asociada con el sentimiento de manipulación, lo cual seguramente también requiere entre otros elementos, de una mejoría en sus habilidades de comunicación.

FACTOR “INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL MANEJO DEL PROBLEMA DE SALUD”

Este factor fue considerado por los médicos participantes en quinto lugar tanto por su frecuencia como por su dificultad. Sus reactivos constituyentes se recuerdan a continuación:

- Lograr que el paciente comprenda que debe realizar cambios en su estilo de vida para un mejor control de su padecimiento
- Involucrar al paciente para que comprenda que debe tener una participación activa en el tratamiento de su padecimiento
- Involucrar a la familiar para que participe como corresponsable en el tratamiento del paciente
- Transmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica
- Hacerle sentir al paciente que sus problemas nos interesan
- El paciente no percibe la magnitud del riesgo futuro provocado por una enfermedad crónica

El contenido de los reactivos incluidos este factor, parece implicar modificaciones de conducta a largo plazo, es decir; parece que tanto el paciente como el médico deben efectuar acciones posteriores al reconocimiento de los problemas para obtener mejores resultados en el manejo de los mismos.

Acerca de este conjunto, es conveniente resaltar que el paciente es considerado como un elemento clave durante todo el proceso de interacción y que el médico debe ser capaz de estimarlo de esta manera, por lo que de acuerdo con Maguirre (66), el médico familiar deberá determinar qué tanto el paciente desea participar en la toma de decisiones, asimismo debe discutir las opciones de tratamiento con él de tal forma que entienda su participación en el manejo, con lo cual tal vez se maximice la oportunidad para que el paciente esté de acuerdo con el plan terapéutico y las recomendaciones acerca de los cambios necesarios en su estilo de vida, esto es; se debe identificar la perspectiva del paciente al discutir las sugerencias para intentar cambiar su modo de vida. Makoul (67) señala que la interacción médico paciente debe moverse hacia un modelo de participación mutua a fin de que el enfermo asuma una cooperación más activa, papel que seguramente se facilitará con una comunicación más relevante. Makoul indica que la OMS define la promoción de la salud como un proceso en el cual se habilita a la gente para incrementar el control sobre su estado de salud con el objetivo de mejorarlo. Aunque la promoción es un tema normalmente reservado para la salud pública, en esta investigación resultó ser una de las categorías de gran preocupación para los médicos participantes, como lo hace evidente el reactivo de transmisión de mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica. Por otra parte, desde la perspectiva de la medicina familiar, es muy importante efectuar acciones de prevención, las cuales no se podrían realizar sin la participación del paciente. La adecuada comunicación médico paciente durante la

consulta médica, puede mejorar la habilidad del enfermo para ejercer un dominio adecuado sobre su propia salud, esto es; al estar mejor informado puede participar en la toma de decisiones acerca de su propio tratamiento.

Involucrar al paciente en su manejo implica proporcionarle información adecuada, con ello tradicionalmente sólo se perseguía coadyuvar en el mejoramiento de su salud, sin embargo con un enfoque más vigente, parece incrementarse además la autonomía del paciente. Lo anterior hace que se rebase en diferentes formas aquel objetivo tradicional. Por ejemplo, al brindar información útil y de manera adecuada parece prepararse al paciente para la toma de sus propias decisiones, con lo cual se puede esperar una satisfacción más adecuada para ambos participantes. Al proporcionarle información, también se le posibilita cierto poder sobre su proceso salud enfermedad. Acerca de ello, Infante y cols. (51), señalan que esta facultad de poder, constituye un mecanismo de control y regulación de la calidad de la práctica y atención médicas, con lo cual no sólo se logra que el paciente participe de manera activa en las medidas planteadas para la solución de su problema de salud, sino que se contribuye también a mejorar la calidad de la atención médica otorgada por las instituciones de salud. En su trabajo, Stewart (101) coincide en señalar que la mejoría en la comunicación requiere un balance de poder entre el médico y el paciente, que el paciente no persigue un beneficio derivado de que el médico abdique su poder, sino más bien del acuerdo mutuo en el plan de manejo, tornándose de esta manera en una variable que influye importantemente en los resultados.

Por su parte, Edwars (23) parece hacer una advertencia al efectuar un análisis del trabajo de Godolphin, quien hace alusión a un aspecto que queda abierto a la discusión; se refiere al hecho de que puede existir una gran diferencia entre lo que el profesional de la salud percibe como bueno para el paciente y lo que éste percibe como bueno para sí mismo, de tal forma que la acción de involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones puede estar basado más en percepciones personales que en evidencias firmes, por lo que resultaría deseable medir este fenómeno considerando aspectos biomédicos, sociales y familiares del paciente, lo cual escapa a los objetivos del presente trabajo.

El tema de involucrar al paciente y su familia en el manejo de su problema de salud puede ser muy extenso, como se observa en el contenido de los reactivos de este factor, se hace alusión únicamente a la fase del tratamiento y un poco a la de prevención. Sin embargo, las dificultades para lograr la involucración del paciente y su familia a través de una comunicación efectiva, adquieren relevancia durante cualquier fase del trabajo clínico, pues si no se logra una participación apropiada del paciente, puede no sentirse cómodo para proporcionar información en temas para él delicados y con ello afectar el proceso diagnóstico, si no se han considerado sus expectativas puede afectarse negativamente el plan terapéutico al no sentirse comprometido, también puede presentar resistencia para efectuar las medidas recomendadas para evitar complicaciones o prevenir otros daños. Con las consideraciones anteriores, se puede advertir que el fenómeno es complejo y que requiere la adquisición de mejores habilidades de parte del clínico y también del paciente. Es innegable que hoy día la práctica médica se encuentra en una etapa en la cual el paciente parece demandar ser incluido en el proceso de toma de decisiones y por tanto se hace necesario efectuar varios cambios para desarrollar una participación más simétrica entre el médico y el paciente. Por lo que a este estudio compete, queda la reflexión de que el médico parece requerir capacitación en habilidades especiales para asegurar un abordaje de toma de decisiones compartidas, lo cual puede ser factible a partir de resultados como los de la presente investigación, que coinciden en poner de manifiesto argumentos como los de Stewart (101), entre otros, sobre la necesidad de que los médicos atiendan por completo los problemas del paciente, considerando sus expectativas, sentimientos e ideas a fin de influir más positivamente en los resultados de salud.

FACTOR “PROBLEMAS DEL MÉDICO PARA LOGRAR QUE EL PACIENTE ACEPTE LAS IMPLICACIONES DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA”.

Como se observa en las talas 20 y 24, este factor sólo se identificó como fenómeno frecuente y no obtuvo carga factorial en la estructura de dificultad. Los reactivos que conforman este factor son los siguientes:

- El paciente no percibe la magnitud del riesgo futuro provocado por una enfermedad crónica
- Paciente que se niega a aceptar las repercusiones en su vida, de las complicaciones causadas por enfermedades crónico degenerativas
- Informar al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónico degenerativa

De acuerdo a tal contenido, este factor pareciera implicar también una percepción diferente entre ambas partes acerca de la condición de salud del paciente, sin embargo aquí parece estar relacionado con las dificultades que enfrenta el médico para lograr que el enfermo acepte las implicaciones adversas de determinado problema de salud en su vida. Es decir; es probable que el médico deba encontrar una mejor manera de comunicarse con su paciente para lograr que éste adopte una conducta más favorable hacia su propia enfermedad, obviamente con el propósito de obtener mejores resultados de la atención médica. A este respecto, O'Connor (80) comenta que los pacientes por un lado desean tener un papel más participativo en la toma de decisiones y que los médicos están cambiando para mejorar la comunicación de los riesgos que tiene el paciente, así como sus habilidades para proporcionarles mayor apoyo, pero también señala por otro lado, que los médicos bien capacitados deben indicar las opciones existentes a sus pacientes para que éstos, toda vez que ya estén bien informados, puedan discernir si los beneficios sobrepasan los posibles daños. Parte del apoyo que los médicos deben proporcionar, de acuerdo con este autor, es el respeto a los valores individuales del paciente y su capacidad de autodeterminación, también implica practicar un abordaje centrado en el paciente, en donde la interacción sea guiada por la perspectiva de éste e incluya compartir el poder y la responsabilidad en los acuerdos, pues en consonancia con este mismo autor, el médico que recibe al paciente no debe absorber ni todo el trabajo ni toda la responsabilidad del paciente, se sugiere por ejemplo la participación del psicólogo, entre los diversos participantes que debieran intervenir, durante el proceso de clarificación de valores y análisis de dificultades en la toma de decisiones por parte del paciente, situación que no parece muy clara en la práctica profesional del médico familiar en nuestro medio.

Es probable que algunos de los problemas para que el paciente acepte las implicaciones de sus enfermedades, tengan que ver con el hecho de que representan malas noticias y en esta ocasión tales malas noticias se relacionan con su pronóstico. Skelton (97) señala que lo difícil del pronóstico es que existen cosas que el paciente no desea saber, y que cuando se acercan al final de su existencia tampoco desean conocer mucho al respecto, además parece que numerosos pacientes se inconforman particularmente con la forma de comunicarles las cosas durante la revelación de su diagnóstico. De lo anterior, quizás se pueda desprender que, dado que estos pacientes con enfermedades crónico degenerativas se encuentran ya en una etapa avanzada de su ciclo vital, tampoco deseen conocer todo acerca de su enfermedad y que, aunque el médico requiere ser franco, claro y directo, también requiere ser cuidadoso, en algunos casos proporcionar la información por partes y tomarse el tiempo necesario para poder comunicar eventos de elevada sensibilidad para el paciente. Skelton también señala que durante este tipo de comunicaciones al paciente, el médico no debe olvidar que además de la probabilidad real de que algo ocurra con el paciente, éste se encuentra inmerso en un contexto en el cual existen creencias de algo terrible acerca de su enfermedad, por ello, el médico familiar tampoco debe olvidar abordar los fenómenos psicosociales si desea que su paciente transforme su conducta positivamente en el proceso salud enfermedad. Sobre este mismo aspecto, Edwards (23) al analizar los trabajos de Alaszewski, señala que el médico necesita entender un poco más acerca de las perspectivas individuales del paciente, de la forma en que comprende el riesgo, del contexto

en el cual vive este riesgo, sus creencias y sus expectativas de oportunidad para influir en tal riesgo, consideraciones a las que el médico familiar de nuestro medio tampoco debe sustraerse.

De acuerdo con Edwards (23), otro elemento que hace difícil la aceptación, es que la comunicación del pronóstico generalmente implica una confrontación con la incertidumbre, lo cual es incómodo principalmente para el paciente. Sin embargo, el médico familiar deberá buscar el establecimiento de una relación donde se pueda hablar la verdad, y ello requiere de por lo menos otro ingrediente que en muchas ocasiones resulta escaso en el trabajo cotidiano del médico familiar; el elemento tiempo, en el sentido de posibilitar la continuidad en la atención médica. Para manejar adecuadamente las situaciones que se presentan en este factor, innegablemente el médico familiar debe intentar proporcionar información simple, relevante y responder a los apremios y valores del paciente individual, lo que necesariamente obliga a convertir el proceso en una serie de consultas en vez de un solo evento, y aunque en este trabajo se consideró poco este aspecto, también son evidentes las dificultades de nuestro sistema de salud para garantizar la continuidad en la atención del paciente por parte de un mismo médico.

FACTOR “PROBLEMÁTICA EN LA LOGÍSTICA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA”

Al igual que el anterior factor, únicamente se le identificó como frecuente y tampoco aparece en la estructura factorial de dificultad. A continuación se recuerda su contenido.

Carencia de recursos materiales y/o humanos para una adecuada atención del paciente
Adecuar el lenguaje médico al paciente de nivel sociocultural bajo
Enojo del paciente por las dificultades administrativas previas a la consulta

Este conjunto de circunstancias parece hacer referencia a las limitantes de recursos y problemas administrativos que enfrentan tanto médicos como pacientes para el otorgamiento de la atención médica. Sin embargo, carecería de significado el revisar estos elementos de forma aislada, por lo que tal vez sea de mayor importancia analizarlos a la luz de su relación con la complejidad que encierra la labor profesional del clínico, es decir; si se recuerda con Abreu (1) y Frazer (35) que el ambiente profesional que enfrenta el médico en la actualidad es complejo, multifactorial y lleno de procesos no lineales, con diversas fluctuaciones que impiden la predicción exacta de los fenómenos, se sitúa al médico ante un panorama de elevada incertidumbre, si a ello se agregan deficiencias en los recursos materiales o humanos para enfrentarla, se complica el esquema pues parece existir la percepción de enfrentar problemas complejos sin contar con los recursos necesarios para ello.

La carencia de recursos parece relevante no sólo porque limita al médico en su competencia profesional para resolver los problemas de salud que le presenta el paciente, sino porque el paciente también detecta que esta limitante es otro de los elementos importantes que obstaculiza la resolución de sus problemas, y actualmente el paciente parece ir más allá de la simple detección y comienza a adoptar la queja o demanda jurídica como mecanismo para expresar su inconformidad. Infante y cols. (52), identificaron que las quejas hacia los médicos con práctica institucionalizada están más asociadas a cargas de trabajo, insuficiencia de recursos y otras características organizacionales de la atención médica. De acuerdo con las observaciones de este y otros estudios (3, 52), el desarrollo de la competencia profesional esta influido por el contexto en el que se realiza la práctica. Según tales investigaciones, las dificultades de recursos o la burocratización de la medicina desfavorecen el desarrollo de la competencia del médico para la resolución de los problemas que le demanda su trabajo profesional. Asimismo, en otro estudio efectuado por Infante y cols. (51), se postula que la constelación de problemas, entre los que se encuentran los de índole administrativa, son material importante con el que cuenta el paciente para articular sus quejas

médicas. Mediante un análisis de conglomerados, en este último estudio, los autores obtuvieron cuatro grupos de motivos de queja y es de llamar la atención que, aunque con diferentes porcentajes de participación, en todas estas agrupaciones estuvieron presentes las dificultades administrativas.

De esta forma, parece válida la preocupación de los médicos participantes en este estudio, pues además de la dificultad inherente a la patología del paciente, se suman las limitantes que entraña la carencia de recursos adecuados para confrontar de manera competente los problemas de salud.

Las propuestas de solución ante este tipo de problemas, parece ir más allá de mejorar la formación profesional del médico. A través de los componentes de este factor, las dificultades de comunicación médico paciente son vistas bajo la influencia negativa de las deficiencias de la infraestructura de los servicios médicos, lo cual tiene implicaciones para la formación médica, ya que analizar su contribución independiente a la de otros factores puede ser un paso necesario para mejorar el currículo académico. De acuerdo con Girón y cols. (116), esta formación debe efectuarse en escenarios que faciliten el desarrollo de actitudes humanistas en el médico, pues según estos autores; las actitudes humanistas en el médico facilitan el desarrollo y refuerzo de actitudes humanistas en los pacientes, al mismo tiempo que los cambios actitudinales positivos de los pacientes refuerzan las actitudes de los médicos, en donde la comunicación puede ser estimada como el mecanismo para dicha interacción. De esta manera, el primer paso para superar las limitantes que encierra este factor se ha dado, es decir; identificar los posibles factores que pueden deteriorar la comunicación médico paciente y enseguida retomarlos para incluirlos en la formación del médico. Como segundo paso, sin embargo, se debe reconocer la necesidad de aumentar la responsabilidad de los administradores de los sistemas de salud, pues las insuficiencias de recursos pueden limitar el proceso de interacción médico paciente.

FACTOR “PROPORCIONAR INFORMACIÓN EFECTIVA PARA FACILITAR LAS DECISIONES DEL PACIENTE”.

A diferencia del anterior, este factor solamente fue identificado en la estructura factorial de dificultad y no en la de frecuencia, es decir; los médicos participantes parecen considerar las situaciones de este factor como condiciones no frecuentes pero sí de confrontación difícil cuando se presentan. Los reactivos que integran este factor son los siguientes:

- El paciente tiene una percepción de gravedad de su padecimiento mayor a la real
- Adecuar el lenguaje médico al paciente de nivel sociocultural bajo
- Transmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica
- Expresarle al paciente las limitantes personales de conocimiento médico
- Informar al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónica degenerativa
- Hacerle sentir al paciente que sus problemas nos interesan

Por sus reactivos, este factor parece que tampoco debe analizarse de forma aislada, pues no sólo implica la necesidad de encontrar una forma adecuada para transmitir información efectiva para el proceso de toma de decisiones del paciente, sino que también parece poseer un significado conjugado al manejo de las esferas cultural y emocional del paciente.

El trabajo del clínico implica dos grandes dominios; el técnico y el humanitario (53). Para una adecuada comprensión del fenómeno salud enfermedad, el médico requiere además del abordaje de la esfera técnica de la medicina, el de la esfera humanitaria. Parte del éxito en lograr un buen diagnóstico y recomendar el tratamiento correcto, dependen de un intercambio de información correcta. Asimismo, la calidad de la

comunicación médico paciente, la naturaleza de la información intercambiada entre tal binomio, son factores básicos para el manejo de la esfera emocional, tan trascendente resulta este aspecto que los pacientes pueden llegar a considerar el abordaje del factor emotivo como lo más importante en su relación con el médico (34). El paciente parece requerir del médico, la comprensión de su particular forma de experimentar su sufrimiento, sus sentimientos, temores, así como sus expectativas sobre los efectos del tratamiento. Parafraseando a McWhinney (71), la magnitud de conocer el significado de la enfermedad para el paciente, será tanta como el médico logre comprender que ello afecta directamente sus procesos de diagnóstico y de tratamiento. Son muchos los estudios que resaltan la importancia de detectar y dar dirección a los sentimientos de los pacientes (4, 59, 96, 71, 72), como parte de las habilidades de comunicación que debe poseer el médico, a fin de contribuir a una adecuada cooperación del enfermo para el logro de buenos resultados en su salud. Estos estudios parecen indicar que el paciente siempre tendrá la necesidad de que su médico le proporcione apoyo emocional durante la transmisión de información médica, sobre todo cuando el pronóstico es desafortunado, tal y como se representa en este factor en el hecho de enterar al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónico degenerativa, o cuando su percepción de gravedad es mayor a la real.

En la presente investigación, se detectó la necesidad de adecuar el lenguaje médico a las necesidades del paciente, así como transmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica, por lo que de acuerdo con Baile (4), debe iniciarse buscando el nivel de comprensión y vocabulario del paciente, evitar el uso de tecnicismos y brusquedad excesiva, tal vez dar la información en pequeños trozos y verificar constantemente su estado emocional y que esté comprendiendo lo que se le está diciendo, todo ello manifestará al paciente la preocupación de su médico por transmitirle un sentimiento de comprensión, apoyo y solidaridad ante el estado por el que atraviesa, lo cual coincide con los resultados de este trabajo al detectar la necesidad de hacer sentir al paciente que sus problemas interesan al médico tratante. De esta forma, autores como Baile, Fones, McWhinney y otros (4, 34, 71), consideran que el explorar el conocimiento, expectativas, esperanzas, temores, dudas, culpabilidad, remordimientos y otras emociones del paciente, son estrategias de gran importancia para facilitar la tarea de comprender el significado de la enfermedad para él, sobre todo cuando cursa procesos de salud delicados.

El adecuarse a las necesidades socioculturales del paciente, parece ir muy de la mano con la necesidad de apoyo afectivo y la facilitación de expresión de sentimientos. Ya McWhinney (72) señala que en medicina de familia, la comunicación entre el médico y el paciente posee muchas características particulares y que la mayoría de ellas se puede resumir en una sola palabra: contexto. Este autor también ha señalado que en todas las culturas los sentimientos más profundos se expresan mediante formas no verbales como la danza, rituales y otros simbolismos. Los pacientes que acuden al médico experimentan diversas molestias y emociones, para algunos síntomas existen palabras o un lenguaje adecuado para que el paciente los transmita, pero para fenómenos como la ira, resentimiento, culpa o remordimiento, existe tanta dificultad para su verbalización, que algunos enfermos prefieren no manifestarlo al médico, por lo que no es sorprendente que en medicina familiar y especialmente en nuestro medio, muchos pacientes tienen que emplear una forma de comunicación indirecta en vez de directa. Parece que de la percepción que el paciente tenga de su médico acerca de su forma de facilitar la expresión de sentimientos, depende que intente manifestar directamente la forma personal en que está experimentando su aflicción. A pesar de ello, en muchas ocasiones el médico se encontrará ante la dificultad de no saber como decodificar el mensaje del paciente, algunos enfermos expresan sus sentimientos a través de síntomas y no es sino hasta avanzada la consulta o casi al final cuando aprovechan el momento preciso para expresar sus preocupaciones reales. Parece dificultoso al médico aceptar que su construcción de la realidad clínica, es sólo una de las formas en que se puede construir tal realidad, y que el paciente tiene una elaboración

propia con expectativas muy personales y que seguramente difieren de la concepción profesional médica. En su formación académica, el médico pasa largos años de estudio en una subcultura específica que le aleja de la cultura popular del paciente, en el caso concreto del médico familiar de nuestro medio este proceso tiene una duración de cuando menos nueve años. De tal forma que, aunque actualmente el paciente tiene mayores facilidades que en otro tiempo para acercarse a la información médica, parece que siempre estará en desventaja ante el conjunto de conocimientos y experiencias clínicas del médico. Médicos y pacientes poseen entonces culturas diferentes desde el punto de vista profesional y por ello requieren equilibrarse o hacerse compatibles durante el encuentro clínico con el propósito de que pueda existir una interrelación efectiva.

Como se ha señalado en otra parte de este trabajo Carrillo, Hallenbeck, y Patcher (15, 46, 82) señalan que la cultura está conformada por una serie de pautas implícitas y explícitas, las cuales permiten al individuo interpretar de una forma particular los fenómenos que ocurren en su existencia y actuar en consecuencia ante los demás, cuando señalan que la cultura además del origen étnico, está construida también por otros aspectos como la religión, generación a la que se pertenece, género, familia, subcultura profesional y nivel socioeconómico, por todo ello se puede comprender porque se vuelve tan compleja la influencia cultural. También se puede comprender la forma en la cual se comunican muchos pacientes en medicina familiar en nuestro medio; se ha dicho que algunos enfermos prefieren manifestar sus afecciones mediante una comunicación no verbal o indirecta a través de sus síntomas, Hallenbeck y McWhinney (46, 72), hacen referencia al trabajo del antropólogo Edward Hall, quien considera que existen dos tipos de culturas; de contexto elevado y contexto bajo. La primera se caracteriza por la transmisión de mensajes implícitos, en la cual se requiere compartir o cuando menos conocer muchos supuestos, parece estar cargada de simbolismos y connotaciones no explícitas, pero compartidas por los integrantes de tal cultura. La cultura de contexto bajo es aquella en la cual los mensajes se encuentran en forma de códigos explícitos y que no deja mucha duda acerca del significado de tales mensajes. En términos generales, se puede decir que es deseable llevar al paciente desde una comunicación de alto contexto a una de bajo contexto en la cual no queden dudas acerca de la comprensión del fenómeno tanto por parte del paciente como del médico. Sin embargo, para ello el médico debe conocer profundamente a su paciente, compartir experiencias previas y conocer parte del contexto no médico de él. El beneficio puede reflejarse en el hecho de que mientras más se conozca al paciente es más probable que el médico requiera una menor cantidad de tiempo y de datos para realizar su trabajo. No parece contradictorio señalar que en la tarea del médico familiar y de cualquier otro especialista clínico, puede darse una comunicación de cierto contexto elevado, es probable que cuando la relación médico paciente sea de excelente calidad y duradera, el médico comparta mucho del contexto del paciente, y por ello sea inevitable comunicarse en contexto elevado, lo importante parece ser lograr un equilibrio entre el uso de mensajes de contexto alto y la claridad que exista alrededor de la información que se recibe y transmite con el paciente.

De los anteriores razonamientos, parece entonces trascendente y muy válido, que el médico reflexione acerca de las creencias y prácticas populares, que evalúe el comportamiento del paciente y de su familia sobre tales creencias, con la intención de estar posteriormente en mejores condiciones para negociar con mayores posibilidades de éxito el abordaje y las medidas terapéuticas específicas al caso.

Las creencias de cualquier tipo, como las mágicas o religiosas señaladas en otro de los factores de este trabajo, parecen no ser dañinas en su mayoría (82), por lo cual el médico podría incluso aprovechar su posible beneficio terapéutico, lo cual tal vez en realidad se trate del fenómeno placebo, fenómeno que puede darse no sólo con sustancias físicas inertes, sino a partir de la misma serie de supuestos del paciente, toda vez que han sido estimados como no nocivos. Sin embargo, también es importante señalar que las prácticas perniciosas deberán ser detectadas, desalentadas y reemplazadas durante el diario

ejercicio de transmitir mensajes de educación para la salud, seguramente todo ello coadyuvará a combatir otra dificultad en el manejo del paciente: la falta de adherencia terapéutica; conceder una apertura alrededor de estos dogmas puede llevar a una alianza que facilite el proceso. Finalmente, la falta de exploración del contexto del paciente no sólo impide comprenderlo, también impacta las decisiones del manejo médico (75).

En el siguiente apartado, se continúa con la discusión de los factores obtenidos, de acuerdo al análisis de las variables sociodemográficas estudiadas.

DISCUSION DE LOS FACTORES DE ACUERDO CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ESTUDIADAS

A continuación se presenta una discusión de los factores de acuerdo a su cruce con las variables sociodemográficas consideradas en el estudio. Para cada factor se indicarán las condiciones en las cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

FACTOR “INFORMAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE Y SU FAMILIA”.

Para este factor y atendiendo primero la estructura factorial de *frecuencia*, se encontró diferencia estadísticamente significativa en las variables institución laboral, años de práctica profesional, categoría laboral del médico, institución dónde efectuó su especialidad el médico, tipo de población que atiende el médico y tipo de padecimiento que atiende el médico.

- **Institución laboral del médico.**

De acuerdo con la Institución laboral, los médicos que laboran en el IMSS reportaron que tienen la necesidad de informar malas noticias de manera más *frecuente* que los médicos del ISSSTE, lo cual no se esperaba por considerar que el tipo de patología que maneja el médico familiar en ambas instituciones es similar y por tanto que les sitúa ante la misma oportunidad de dar malas noticias. En este momento resulta difícil explicar esta situación, y pueden surgir varias conjeturas como la posibilidad de que en cada institución realmente se manejen patologías diferentes, puede ocurrir que los pacientes consulten durante una fase más avanzada del espectro de su enfermedad, o tal vez que los médicos de esta institución diagnostiquen patologías más complejas. Sin embargo, si se observa nuevamente la tabla 40 se puede advertir también que la institución en la cual efectuó su especialidad el médico, fue otra de las características en la que se encontró diferencia estadísticamente significativa. La diferencia la establecen asimismo los médicos que efectuaron la especialidad en el IMSS, y aunque es difícil asegurar algo al respecto, este hallazgo puede reforzar los conceptos anteriores, es decir; pareciera que situaciones propias de este Instituto condicionan al médico a enfrentarse con mayor frecuencia y dificultad al hecho de tener que dar malas noticias. De esta manera, por el momento quedaría como una nueva interrogante surgida de la presente investigación.

- **Años de práctica profesional.**

En la variable referente a los años de práctica profesional, si se podían esperar diferencias entre los médicos participantes, de tal forma que los datos que arroja el análisis estadístico de la información, parecen lógicos pues se puede apreciar que a más años de práctica profesional el médico parece enfrentar cada vez menos la situación de dar malas noticias al paciente o a la familia. Esto puede obedecer

básicamente a que derivado de los años de practica, normalmente se incrementa la experiencia profesional, lo cual puede estar proporcionando al médico una visión menos dramática de la condición del enfermo, al mismo tiempo que un manejo de la información más cauta hacia el paciente y probablemente debido a ello se disminuye el rango de situaciones que le requieren entregar malas noticias.

- **Categoría del médico.**

La categoría del médico puede reforzar la idea anterior en cierto sentido, pues la diferencia encontrada en esta variable podría orientarse hacia los años de experiencia y no sólo a las implicaciones de la categoría propiamente. En esta variable, la diferencia la marcó el residente y no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el médico con especialidad y el médico general, lo cual puede llevar a considerar que la característica de ser médico residente puede influir, entre otras cosas, debido a que generalmente es un profesionista joven consecuentemente con pocos años de experiencia profesional.

Sin embargo, es conveniente no perder de vista que el médico residente independientemente de su escasa experiencia, se mueve en escenarios donde el estado de los pacientes puede ser más crítico, como son los servicios de urgencias pediátricas, ginecológica, obstétricas y urgencias de pacientes adultos, todos los cuales si pueden incrementar las posibilidades de enfrentar patologías que condicionen la necesidad de dar malas noticias de forma más frecuente que en el médico familiar o en el médico general. Aunado a lo anterior, es conveniente recordar que estos dos últimos grupos de médicos se desempeñan en el primer nivel de atención médica de nuestro sistema de salud, en donde ciertamente la condición de los pacientes es de menor gravedad que los vistos en los servicios antes señalados.

- **Institución donde efectuó la especialidad el médico.**

De acuerdo con esta variable, son los médicos que realizaron la especialidad en el IMSS quienes enfrentan con mayor frecuencia informar malas noticias al paciente y su familia. No parece sencillo encontrar explicación a ello. Puede influir la mayor cantidad de pacientes derechohabientes a tal institución, puede ser que el paciente acuda en un periodo más avanzado de su patología, puede también ocurrir que dada una mejor infraestructura tecnológica, se efectúen diagnósticos más complejos, o incluso que las particularidades del plan de estudios en el IMSS capacite de mejor forma a sus egresados para identificar más puntualmente situaciones como las que incluye este factor. Es decir, da la impresión de que existen circunstancias inherentes al instituto que condicionan que los egresados de su programa de especialización en medicina familiar, detecten aquellas situaciones que les obligan a informar malas noticias con mayor frecuencia que a los egresados de otros institutos.

- **Tipo de población que atiende el médico.**

El tipo de población que atiende el médico, es otro de los rasgos en los que se encuentra diferencia estadísticamente significativa. Los resultados obligan a pensar que en los extremos del ciclo vital del individuo es cuando el médico enfrenta con mayor *frecuencia* la exigencia de dar malas noticias. Lo anterior puede tener que ver con la vulnerabilidad de los individuos ubicados en estos grupos de edades, a quienes su patología se complica con mayor posibilidad debido a tal fragilidad; por un lado el paciente pediátrico que llega a la vida totalmente dependiente de la madre y por el otro, el paciente anciano que paulatinamente se vuelve además de vulnerable, dependiente nuevamente de la familia. Aparte de lo anterior, para este mismo factor, pero referido a la estructura factorial de *dificultad*, también se encontró diferencia estadísticamente significativa en el tipo de población atendida. En este sentido, se encontró que son los médicos en quienes predomina la consulta médica de niños, quienes reportaron como más difícil el manejo de otorgar malas noticias. Este hallazgo parece conllevar la percepción de que aunque también se pueden dar malas noticias acerca de pacientes ancianos o adultos, parece existir mayor dificultad cuando los involucrados son los hijos, lo cual aparece como algo muy comprensible.

- **Tipo de padecimiento.**

Otra variable en la cual se obtuvo diferencia estadísticamente significativa, fue en el tipo de padecimiento que atienden los médicos participantes. Al respecto, los médicos en quienes predomina la atención de padecimientos crónicos son quienes reportaron con mayor *frecuencia* dar malas noticias. Uno de los aspectos que puede contribuir a explicar este hecho, es que los pacientes con padecimientos crónicos por lo general pertenecen al grupo de la tercera edad, en el cual convergen diferentes padecimientos crónicos degenerativos que incrementa la vulnerabilidad antes señalada. Otra circunstancia que puede influir es que en el primer nivel de atención médica los padecimientos agudos son de una gravedad relativamente menor, lo cual puede inclinar la balanza para que sean los padecimientos crónicos los que condicionen la necesidad de tener que dar malas noticias.

- **Sexo del médico.**

La última variable en la cual se halló diferencia estadísticamente significativa, fue el sexo de los médicos, aunque únicamente con relación a la estructura factorial de *dificultad*. Acerca de ello, fueron las mujeres quienes indicaron encontrar mayor dificultad para confrontar con las malas noticias. Nuevamente, es probable que su mayor involucración en el proceso salud enfermedad les conduzca a considerar la confrontación con otorgar malas noticias de forma más inquietante que a los médicos varones. Algunos de los médicos de sexo masculino que participaron durante la fase de recolección de incidentes críticos en este trabajo, señalaron que al paciente había que decir la verdad de cualquier condición, sin considerar la aspereza que ello pudiera representar. Por ejemplo, un caso en el cual al confirmarse la positividad al virus de inmunodeficiencia humana el médico señalaba que “no hay vuelta de hoja”, “el paciente debe enterarse y punto” y “no interesa si ello creaba o no conflicto con su pareja”. Por su parte, algunas de las médicas parecían más preocupadas por buscar una forma menos ruda para comunicar situaciones que implican la emoción del paciente, por ejemplo; una de ellas señaló que le “resultaba casi imposible” informar a la familia el estado crítico de un paciente cuando no era esperado el suceso y que “buscaba” rodearse de otros compañeros médicos para que le auxiliaran al proporcionar este tipo de información. Con lo anterior, parece que la mujer en términos generales, tiene una mayor consideración por el fenómeno emotivo de sus pacientes.

FACTOR “SEXUALIDAD Y DISFUNCIÓN FAMILIAR”.

Para este factor, las variables en las cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas fueron las concernientes al sexo del médico, nivel socioeconómico de los pacientes atendidos, edad del médico y sus años de práctica profesional. Las dos primeras pertenecientes a la estructura factorial de frecuencia y las dos últimas a la de dificultad. Se discuten a continuación.

- **Sexo del médico.**

Por cuanto al sexo se refiere, se puede señalar por una parte, que en nuestro medio a los pacientes parece resultarles dificultoso acudir al médico cuando tienen alguna anomalía en sus órganos sexuales o en su sexualidad, y también parecen tener cierta necesidad de buscar un médico de su mismo sexo cuando deciden consultar por este tipo de patología. Por otra parte, aparentemente son las médicas quienes perciben de mejor forma esta situación ya que, de acuerdo con los resultados encontrados, son ellas quienes reportaron con mayor *frecuencia* la necesidad de abordar la esfera sexual de sus pacientes como parte de su trabajo cotidiano. ¿Qué puede estar explicando lo anterior? Es posible que parte de la forma en que experimenta el fenómeno el paciente, también sea compartida por el médico del sexo masculino, es decir; que él mismo se enfrenta a sus propios tabúes los cuales le induzcan a evitar el abordaje de esta dimensión. Puede ocurrir también que los pacientes perciban mayor apertura en el médico de sexo femenino para comunicarle este tipo de situaciones, que seguramente poseen un significado especial para

todos ellos, incluidos los problemas referentes a la dinámica familiar comprendidos en este factor. Por diferentes razones parece existir una gran necesidad de mejorar la competencia del médico de sexo masculino para explorar esta área, por ejemplo; los hechos no tan simples de ser la mujer el principal miembro de la familia que acude a la consulta de medicina familiar y por considerarse a la misma mujer como un elemento clave dentro del sistema familiar en la toma de decisiones acerca del cuando y cómo acercarse a la organización de salud (74). Estas dos situaciones por sí solas, serían suficientes para justificar la exigencia de que los clínicos de ambos sexos den mayor importancia a la exploración de esta área, pues tampoco hay que olvidar que este mismo factor fue considerado como una situación que representa un manejo dificultoso para los dos grupos de médicos, aunque en cuanto a la dificultad no se haya encontrado diferencia estadísticamente significativa entre ellos.

- **Nivel socioeconómico.**

La siguiente variable con diferencia estadísticamente significativa para este factor fue el nivel socioeconómico de los pacientes que atiende el médico. La diferencia la estableció el grupo de pacientes de nivel socioeconómico bajo, lo cual llevaría a considerar que mientras más bajo sea el nivel socioeconómico del paciente, parecen existir mayores probabilidades de experimentar dificultades en su esfera sexual e interrelación familiar. Es probable que resulte razonable, aunque complejo, juzgar que el nivel socioeconómico bajo resulte factor condicionante de este tipo de alteraciones. Sin embargo, resulta muy complejo tratar de documentar alguna explicación plausible. Por una parte, el concepto de nivel socioeconómico en este trabajo no fue definido con ninguna precisión y solo se atiende a la percepción del médico investigado acerca de tal condición en sus pacientes. Ya Infante (50), señala que el concepto ha sido usado de forma ambigua para referirse a segmentos poblacionales de niveles bajo, medio y alto, derivado de cualquiera de las diferentes variables socioeconómicas, por lo que considera que sería muy importante referir los criterios de estratificación con mayor precisión científica. Por otra parte y señalado lo anterior, sería muy difícil encontrar aquí mayor explicación, sin embargo, probablemente pueda ayudar el concepto de la “cultura de la pobreza” (29), según la cual las comunidades que sufren pobreza y tienen un desarrollo social precario, adoptan una cultura de impotencia, pasividad y fatalismo, situaciones que seguramente favorecen el surgimiento de dificultades en estas esferas de la sexualidad y disfunciones familiares. Tal parece que implica valores y actitudes, difíciles de comprender, además de arraigadas en la población.

- **Edad y años de práctica profesional del médico.**

Las siguientes variables que mostraron diferencia estadísticamente significativa, fueron la edad y los años de práctica del médico, aunque referidas ahora para la carga factorial de *dificultad*. Aquí los resultados parecen indicar que mientras más joven es el médico, en términos generales, parece tener menor dificultad para manejar situaciones relacionadas con la esfera sexual y alteraciones de la dinámica familiar. Lo mismo parece estar ocurriendo con la variable referente a los años de práctica profesional, es decir; contrario a lo que se podría esperar, aparentemente los médicos de mayor edad son quienes presentan más dificultad para el manejo de este tipo de sufrimiento de sus pacientes. Si esto es así, tal vez pueda encontrarse alguna explicación orientando la reflexión hacia un posible desinterés de este grupo de médicos por temas que implican un abordaje de mayor sensibilidad y como consecuencia un consumo de tiempo mucho más elevado que otro tipo de consulta, a lo cual no estén dispuestos a consentir estos médicos.

FACTOR “PROBLEMAS DEL PACIENTE PARA APRECIAR DE MANERA REALISTA SU SITUACIÓN MÉDICA”.

- **Categoría del médico.**

De la estructura factorial de *frecuencia*, la única variable en la que se observó diferencia estadísticamente significativa fue la categoría del médico. De acuerdo con los resultados, la diferencia la estableció la condición de médico residente con la de médico general. Es el residente quien observa con mayor frecuencia la existencia de problemas para que el paciente aprecie de forma realista su situación médica. Conforme al análisis estadístico realizado, aparentemente la categoría del médico si influye para la detección de esta condición, una razón que puede apoyar esta aseveración es el hecho de que el médico con categoría de médico familiar, reportó en segundo lugar la apreciación de este fenómeno, aunque no exista diferencia estadísticamente significativa entre el médico general y el medico familiar. Sin embargo, la reflexión iría encaminada hacia el antecedente de haberse sometido a un proceso de especialización por parte del médico familiar, mismo que esta experimentando el médico residente y que no se encuentra presente en el médico general, de tal forma que se podría considerar que la diferencia propiamente la establece la capacitación recibida durante la formación académica a la que se sujetan los médicos que realizan la especialidad médica.

- **Institución donde efectuó su especialidad.**

De la estructura factorial de *dificultad*, son dos las variables que mostraron diferencia estadísticamente significativa. La primera es la concerniente a la institución en la cual efectuaron su especialidad los médicos. Según los resultados, son los médicos egresados del IMSS quienes tienen esta diferencia con los médicos que efectuaron su especialidad en la Secretaría de Salud, habiéndose encontrado que son los Médicos del IMSS quienes presentan mayor *dificultad* en el manejo de los problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica. Esta diferencia podría estar apuntando nuevamente a la consideración hecha antes: que la patología vista en este Instituto sea más compleja que la vista en otras instituciones o que existen condiciones inherentes al IMSS y que escaparía al análisis de este trabajo, que hacen que resulte más difícil el manejo de este tipo de situaciones. También podría estar señalando otra dimensión; que la capacitación que se otorga en el IMSS sea diferente de la que reciben los médicos que hacen su especialidad en la Secretaría de Salud y por tanto que tengan una capacidad distinta para enfrentar estas situaciones.

- **Tipo de población atendida.**

La otra variable de la estructura factorial de *dificultad* que mostró diferencia estadísticamente significativa para este factor, fue el tipo de población que atiende el médico. Fueron los médicos en quienes predomina la población de niños, quienes reportaron mayor dificultad para el manejo de estos problemas. Dado que se trata de infantes, aquí se refiere a los problemas de los progenitores para aceptar la realidad clínica. Nuevamente, tal vez este fenómeno pueda comprenderse al considerar que regularmente no le es fácil a los padres de familia aceptar la patología en el hijo, mucho menos cuando ésta es de gravedad como lo sugiere uno de los reactivos que conforman a este factor. De tal manera que, como consecuencia de esta negación por lo menos al inicio del proceso, pueden estarse dando los problemas para aceptar la realidad médica por parte de los pacientes.

FACTOR “INSATISFACCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE”.

De la estructura factorial de *frecuencia*, se encontró diferencias estadísticamente significativas en cuatro variables: sexo del médico, años de práctica, categoría del médico y nivel socioeconómico de los pacientes.

- **Sexo del médico.**

Con respecto a la variable sexo, son las médicas quienes reportan la presencia de este factor como un fenómeno frecuente en su práctica clínica. Como se señaló antes, este factor parece hablar de los pacientes que tienen una apreciación diferente de su padecimiento de la que tiene el médico y resulta interesante cuestionarse si efectivamente el género del médico influye en la mayor capacidad para detectar estas percepciones del paciente, como sugiere la diferencia encontrada. No aparece muy clara la relación del sexo del médico con la diferencia encontrada puesto que ambos grupos, en términos generales, enfrentan la misma patología y en condiciones similares. Por qué parecen ser entonces las mujeres quienes distinguen más este problema, nuevamente es una interrogante más que quedaría por responderse en otro momento.

- **Años de práctica profesional.**

Los años de práctica profesional, es la siguiente variable que estableció diferencias. La diferencia se encontró entre el grupo de 1 a 10 años de práctica y el de 21 a 30 años, no así con el resto de los grupos. De acuerdo con los resultados, pareciera que mientras menos practica profesional tiene el médico, confronta con mayor frecuencia la insatisfacción de las expectativas del paciente, lo cual es probable que tenga que ver con la experiencia y con ello parecería lógico considerar que el médico menos experto, es quien que se verá más involucrado en la falta de satisfacción de las expectativas del paciente, sin confundir éste hecho con la capacidad de resolución real del problema de salud, pues como se ha señalado para otros factores, la percepción del paciente y con ello sus expectativas, en muchas ocasiones es muy diferente a la que tiene el profesional de la salud. De tal forma, más bien se estaría aludiendo a la adolescencia propia del principiante para detectar y explorar de forma más puntual las expectativas que el paciente lleva acerca de su problema de salud. Esta idea la puede fortalecer el mismo tipo de diferencia encontrada en la variable de la categoría del médico, pues fue el médico residente quien manifestó enfrentar de manera más frecuente esta misma situación. Existió diferencia entre el residente y las otras dos categorías, lo cual hace reflexionar que más que la categoría, sea la juventud del médico y nuevamente con ello su falta de experiencia para explorar y dar solución a las expectativas de los pacientes.

- **Nivel socioeconómico del paciente.**

En el nivel socioeconómico también se observaron diferencias, las cuales se localizan entre los grupos bajo y medio. Los médicos con mayor población de nivel socioeconómico bajo, fueron quienes reportaron con mayor frecuencia esta insatisfacción de expectativas. Si se puede considerar que el paciente de estrato social bajo se encuentra relacionado con una menor preparación educativa, podría pensarse que existe alguna asociación entre las insatisfacciones de expectativas y el bajo nivel educativo. Por cuanto al factor económico se refiere, tal vez la expectativa de ser atendido sin contratiempos de ninguna índole, sea derivada de una combinación de su bajo poder adquisitivo y del hecho que efectúan un pago monetario de forma permanente, lo que les hace adoptar una conducta en ocasiones tan demandante que solo incrementan el círculo vicioso.

- **Tipo de población atendida.**

Por parte de la estructura factorial de *dificultad*, la única variable que indicó diferencia estadísticamente significativa fue la del tipo de población atendida. Los datos nuevamente permiten observar que es ante la atención de población infantil cuando parece existir mayor dificultad para satisfacer las expectativas del paciente. Es probable que esto haga alusión a la menor tolerancia de los progenitores para aceptar la falta de solución de la problemática de salud del hijo. Si se revisa el contenido de este factor de dificultad, se podrá advertir que incluso los aspectos que parecieran ser de naturaleza más administrativa, como la carencia de recursos para una adecuada atención al paciente, el enojo por tiempos de espera prolongada, las dificultades por el exceso de trabajo, la demanda de procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios e inclusive el enojo por contrariedades administrativas previas a la consulta, parecen cobrar mayor relevancia cuando se trata de la salud del niño que cuando se trata de algún otro miembro de la familia.

FACTOR “INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL MANEJO DEL PROBLEMA DE SALUD”.

Para la estructura factorial de *frecuencia*, son dos las variables en las que se encontró diferencias estadísticamente significativas: la universidad en la cual efectuó sus estudios de pregrado el médico y el nivel socioeconómico de los pacientes. Para la estructura factorial de *dificultad*, las variables con diferencia estadísticamente significativa fueron el sexo del médico y también la universidad de pregrado.

- **Universidad de pregrado.**

Aunque la universidad de pregrado aparece como una variable lejana en el tiempo, para este factor existió diferencia estadísticamente significativa tanto en la estructura factorial de *frecuencia* como en la de *dificultad*, es probable que esta diferencia pueda estar hablando de que los egresados de la UNAM durante su proceso de formación académica, condicionado por el hecho de que realizan sus prácticas profesionales ante escenarios que representan nuestra medicina social institucionalizada, estén en contacto por mayor tiempo y ante diversas situaciones sociales importantes, con lo cual es posible que adquieran una visión más realista del entorno social de nuestro país. Sin embargo, se reconoce que se necesita estudiar de forma más específica esta condición planteada para saber si es una declaración atinada.

- **Nivel socioeconómico.**

La segunda variable de frecuencia que reveló diferencia estadísticamente significativa para este factor, fue la del nivel socioeconómico de los pacientes. La diferencia se encontró entre los grupos bajo y medio, siendo nuevamente los médicos que atienden más a pacientes de bajos recursos quienes reportaron enfrentarse con mayor frecuencia a la necesidad de involucrarlos en el manejo del problema de salud. Aquí pudiera estar más involucrado el factor económico, además del educativo, pues al solicitar al paciente que efectúe cambios en su estilo de vida o que adopte una participación más activa en su tratamiento e incluso pedir a la familia que sea co - participe en el tratamiento, parece requerir no sólo la comprensión de tales necesidades, sino también contar con los recursos adecuados para llevarlo a la práctica. Por ejemplo, cuando se le indica al paciente que debe adecuar su dieta, es posible que ello le exija reajustar la distribución de sus ingresos económicos, pues probablemente el resto de su familia no requiera la misma dieta, de tal forma que la economía del paciente en muchas ocasiones puede representar un factor obstaculizador en la participación del paciente.

- **Sexo del médico**

Por parte de la estructura factorial de *dificultad*, la otra variable involucrada en la diferencia estadísticamente significativa, fue la del sexo del médico. Y según el análisis estadístico, son las mujeres a quienes les resulta más difícil resolver la necesidad de involucrar al paciente y su familia en el manejo del problema de salud. No parece existir una razón lógica para este hallazgo, pudiera argumentarse sin embargo que en la práctica, hablando en términos generales, las médicas parecen más ordenadas y probablemente más dedicadas al contexto del paciente, más tenaces con su trabajo y que tal vez todo ello les lleve a preocuparse de forma más importante que los varones por la participación del paciente y la familia en el manejo del problema de salud. Nuevamente, parece representar otra condición que requiere un estudio con mayor profundidad para aclararla.

FACTOR “PROBLEMAS DEL MÉDICO PARA QUE EL PACIENTE ACEPTÉ LAS IMPLICACIONES DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA”.

Las variables en las cuales se encontró diferencia estadísticamente significativa fueron el sexo, años de práctica y categoría del médico, todas son relativas a la estructura factorial de frecuencia. Para la estructura de dificultad no existe este factor.

- **Sexo del médico.**

Por cuanto a la variable sexo se refiere, son las médicas quienes reportan con mayor *frecuencia* la presencia de esta situación en el trabajo médico. No encontrando muchas razones para explicar este fenómeno, nuevamente se haría referencia a la posible mayor capacidad de percepción de la mujer para advertir situaciones con cierta carga afectiva para el paciente. Si se observa de nuevo el contenido de este factor, se podrá ver que la no percepción del riesgo o la no aceptación de las implicaciones en la vida del paciente, están relacionadas específicamente con las enfermedades crónicas degenerativas, las cuales se presentan durante la última parte del ciclo vital del individuo, en donde confluyen ciertas particularidades que elevan la vulnerabilidad física del individuo e incrementan su labilidad emocional, pues ocurren a la par de eventos como la jubilación laboral, confrontación con el fenómeno de la muerte del cónyuge o de amigos generacionales, inclusive se agrega en muchos casos la pérdida de varias capacidades físicas. La detección y abordaje de todas estas peculiaridades requiere gran capacidad de percepción de parte del médico, lo cual probablemente sea favorecido en las mujeres por su mayor participación como cuidadoras de la salud en nuestra cultura (29). Un punto que puede apoyar esta declaración, es el hecho de que en la práctica profesional cotidiana se encuentra a la mujer como la figura más significativa en el cuidado de la salud de cualquier miembro de la familia, fenómeno al que no escapan las médicas cuando les toca sufrir algún problema de salud en sus propias familias.

- **Años de práctica profesional.**

Los años de práctica profesional también marcaron diferencia entre los médicos participantes. La diferencia se encontró entre los médicos con 21 a 30 años de experiencia y los de menos de 20 años. Como podría esperarse, el análisis estadístico de esta variable para este factor, parece indicar una relación inversa entre la cantidad de años de práctica profesional y la presencia del fenómeno que nos ocupa, es decir; a menor cantidad de práctica profesional, mayor probabilidad de problemas para lograr que el paciente acepte las implicaciones de las enfermedades crónicas degenerativas. Con lo cual se puede deducir que la diferencia encontrada parece estar relacionada con el grado de experiencia del médico. Esta misma idea parece ser reforzada por el resultado de la exploración de la variable categoría del médico, pues se encontró diferencia entre el médico residente y los otros dos grupos de médicos, de tal manera que la categoría, más parece tener que ver con la poca experiencia aludida del médico en formación, que con las

capacidades que implicaría propiamente la categoría, esto último también fundamentado en el hecho de no haberse encontrado diferencia estadísticamente significativa entre el médico especialista en medicina familiar y el médico general. Dicho de otra forma; la experiencia del médico ya egresado de la especialidad y la experiencia del médico general quien usualmente se incorpora a la práctica médica desde que termina sus estudios de licenciatura, parece ser la responsable de enfrentar con menor frecuencia situaciones en las cuales el paciente tiene dificultad para aceptar las implicaciones de sus enfermedades crónico degenerativas. De tal forma, parece que a menor experiencia profesional existen mayores posibilidades de tener problemas para que el paciente acepte dichas implicaciones.

FACTOR “PROBLEMÁTICA EN LA LOGÍSTICA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA”.

Para la estructura factorial de *frecuencia*, solamente se encontró diferencia estadísticamente significativa en una variable; la edad del médico. Tampoco existe este factor en la estructura de *dificultad*.

- **Edad del médico.**

La diferencia se encontró entre el grupo de edad de 41 a 50 años y el de 51 a 60 años. No parece existir razón para explicar la diferencia encontrada entre estos dos grupos. Al revisar los datos del análisis estadístico, en realidad se puede observar que los médicos de todos los grupos de edad, reportan en forma elevada los problemas generados por las deficiencias de tipo logístico para la atención médica del paciente. Es decir; el punto importante parece residir en que todos los médicos, independientemente incluso de la variable atributiva examinada, coinciden en considerar que las situaciones representadas en este factor constituyen la mayor frecuencia de problemas para la atención médica del paciente. Y por tanto, aunque hay diferencia estadísticamente significativa solo entre estos subgrupos no parece tener significado práctico, por lo que se prefiere llevar el razonamiento hacia el punto de considerarlo como el factor más frecuentemente reportado de todos los encontrados.

FACTOR “PROPORCIONAR INFORMACIÓN EFECTIVA PARA FACILITAR LAS DECISIONES DEL PACIENTE”.

Este factor sólo existe en la estructura factorial de *dificultad*. Las variables en las cuales se encontró diferencia estadísticamente significativa fueron la edad del médico y los años de práctica profesional.

- **Edad y años de práctica del médico.**

Se abordan ambas variables dado que al revisar el análisis estadístico, parece que las dos tienen la misma tendencia. Por cuanto a la edad del médico se refiere, la diferencia estadísticamente significativa se encontró entre los grupos de 41 a 50 años con los menores de 41 años y con los mayores de 50 años. La tendencia parece indicar que en los extremos de menor y mayor edad, existe cierta dificultad para el manejo de las situaciones que implica este factor. Pareciera coincidir con el momento en que el médico alcanza la mejor edad en términos de su madurez profesional, de esta manera se tendría que los médicos menores de 41 y mayores de 50 años de edad parecen tener dificultades para proporcionar información efectiva para facilitar la toma de decisiones del paciente. Una tendencia parecida se encuentra al observar este mismo factor mediante el análisis estadístico de la variable años de práctica profesional, y aunque se debe señalar que las diferencias estadísticamente significativas se encontraron entre el grupo de más de treinta y el de 11 a 30 años de ejercicio clínico, también se advierte que los médicos con pocos y con muchos años de práctica profesional reportaron mayor dificultad para proporcionar información efectiva.

Lo cual también podría tener que ver con los mismos momentos previos y posteriores a dicha madurez profesional del médico familiar.

Posterior a las anteriores reflexiones, se puede considerar que hasta este punto, se ha logrado un buen acercamiento sobre las situaciones clínicas que pueden ayudar a conformar las competencias de comunicación buscadas. Se han detectado trece factores: siete en donde la preocupación se centra en la *frecuencia* de presentación de los problemas clínicos, y seis más donde el interés apunta a la *dificultad* que tiene el médico para la resolución de la problemática en su trabajo con el paciente, aunque dado que cinco de los factores se encuentran presentes en ambas estructuras factoriales, en realidad son ocho los factores involucrados.

Una de las ventajas del análisis factorial realizado, es que ha reducido la gran cantidad de información que se originó desde la fase inicial de este proyecto, y más específicamente los datos originados de la población a quien se aplicó el cuestionario final. Se compactó la información en factores, más fáciles de manejar y aparentemente en información más específica del campo. Aunque dentro de los inconvenientes se debe reconocer que continúa siendo un análisis de tipo descriptivo, (44), con soluciones aparentemente no únicas, pero que nos acercan de forma lógica a las situaciones que parecen imperar en la realidad profesional de la medicina familiar.

Tal vez sea pertinente que en este momento del avance del trabajo recapitular en el concepto de competencia manejado, pero más específicamente en algunas características de la competencia de comunicación médico paciente en el ámbito de la medicina familiar en nuestro medio:

Como una propuesta, se puede señalar que los conocimientos para comunicarse de forma eficaz, los podría obtener del estudio y análisis de las situaciones que presentan los factores determinados, las habilidades desde luego puede obtenerlas del ensayo al enfrentarse de forma repetitiva a situaciones clínicas como las que describen los contenidos de los factores, los valores enfocando su atención a los aspectos humanísticos implicados tales como hacerle sentir al paciente que sus problemas le interesan al médico, adecuar su lenguaje a las necesidades socioculturales del paciente, considerar las concepciones mágicas o religiosas del paciente, necesidad de mejorar la confianza, comprensión del substrato psicológico en patologías de origen psicosomático, así como las alteraciones psico afectivas involucradas en la dinámica familiar. Respecto de las actitudes que pueden contribuir a un desempeño más competente en su comunicación, serán aquellas aprendidas no sólo mediante el modelaje que pueda hacerle un asesor, sino de la postura del propio médico para enfrentar propositivamente las dificultades que pueden ir desde las de responsabilidad no directa del clínico, tales como las derivadas de la problemática en la logística de la institución para otorgar atención médica o por insatisfacción de las expectativas del paciente, hasta enfrentar las de incumbencia directa del clínico como el informar malas noticias, informar el origen de enfermedades de transmisión sexual a pesar del temor de desencadenar conflictos en la pareja o manejar la información de que se han cometido errores médicos con el paciente, etcétera.

El adoptar actitudes como la descrita, seguramente incrementarán el potencial de desempeño en los ambientes complejos de la medicina familiar actual y con ello también se podrán mejorar los resultados en el cuidado de la salud de los pacientes. Con lo cual se completa el círculo y se está en posibilidades de incursionar en problemas de comunicación tal vez más complejos conforme lo demande la profesión y conforme se incremente la competencia.

ELABORACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR

Para su elaboración, se seguirán las recomendaciones de Fletcher (33), empleando la metodología del Análisis funcional. Este método ayuda a obtener la especificación de expectativas de un desempeño competente y evitar la obtención de tareas simples, ya que tal análisis pretende identificar las funciones componentes que contribuyen a que se logre un propósito fundamental. Esto es; permite desarrollar los conceptos que guían la acción humana, es decir; facilita la descripción conceptual de las funciones médicas, evitando la necesidad de describir todas las acciones necesarias para realizar una tarea concreta.

Operativamente, este método permite especificar no sólo el propósito o finalidad de la competencia propuesta, también consiente en detallar el contexto o las restricciones, así como el rango de contingencias a las que se puede enfrentar el médico durante la adquisición de una competencia específica. Más aún, obliga al tratar de establecer los criterios congruentes, idóneos y específicos mediante los cuales se puede evaluar la actuación competente o no competente del profesionista. Todo ello, consecuentemente puede facilitar del desarrollo de programas educativos que puedan ser llevados a la práctica en escenarios que sean o representen los servicios típicos de la vida profesional, igualmente parece permitir la conducción del aprendiz con poca experiencia clínica (114).

En su disertación, Beltrán (115) señala que el abordaje mediante el análisis funcional, evita ser caótico al diseñar el currículo profesional y favorece una formación integral. También resulta de interés el señalamiento del autor al considerar que el método es una actividad deductiva pues arriba a las competencias a partir del perfil profesional, mientras que el aprendizaje del alumno es inductivo pues mientras las competencias se elaboran de una concepción general del perfil profesional (función fundamental), el alumno inicia su aprendizaje desde las unidades menores (elementos de competencia) para adquirir progresivamente una visión global desde el comienzo de su aprendizaje.

De esta forma, de acuerdo con Fletcher, la elaboración de las competencias implica varias etapas: determinar el propósito fundamental, establecer las unidades de competencia o funciones y definir los elementos de competencia que incluyen la declaración del rango y los criterios de desempeño, en cada una de las etapas se deben señalar las condiciones o el contexto. Para la construcción de las competencias en esta investigación, se utilizará el formato que la misma autora sugiere en otro de sus trabajos (32).

A fin de no ser repetitivos en la información y presentación de los formatos al elaborar las competencias específicas, a continuación se muestra un ejemplo del procedimiento y en la sección de anexos se pueden consultar todas las competencias construidas, así mismo, posterior a dicho ejemplo se efectúa la redacción sumaria de las competencias profesionales del médico familiar para una comunicación más efectiva con el paciente, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación.

Ejemplo de construcción de las competencias en comunicación médico familiar:

Primer paso: el propósito fundamental.

Dado que este trabajo se propone desarrollar competencias para que los médicos familiares posean una comunicación clínica más eficaz con sus pacientes durante su trabajo cotidiano, el propósito fundamental se puede declarar de la siguiente manera:

Lograr una comunicación médico paciente eficaz, mediante el reconocimiento y abordaje adecuados por parte del médico familiar de situaciones clínicas importantes y frecuentes, que causan dificultad para la comunicación, con el propósito de incidir positivamente en los resultados de la atención proporcionada al paciente durante su práctica clínica cotidiana.

Verbo activo	Objetivo	Condiciones y contexto
Lograr	una comunicación médico paciente eficaz	mediante el reconocimiento y abordaje adecuados por parte del médico familiar, de situaciones clínicas importantes y frecuentes, que causan dificultad para la comunicación, con el propósito de incidir positivamente en los resultados de la atención proporcionada al paciente durante su práctica clínica cotidiana.

Segundo paso: Unidades de competencia (funciones fundamentales).

Como quedó establecido durante la definición de la estructura factorial, se tienen situaciones clínicas que son *frecuentes* pero no *difíciles* de confrontar, situaciones *difíciles* de manejar pero no *frecuentes* de observar y situaciones tanto *frecuentes* como *difíciles* de manejar en la práctica diaria.

De esta manera, las unidades de competencia de acuerdo al propósito fundamental y a los resultados de este trabajo, son (sólo se presenta un ejemplo):

Establecer una adecuada comunicación ante situaciones frecuentes de importancia clínica y social, con énfasis en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las relacionadas con problemas logísticos, con el objeto de coadyuvar a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como obtener su cooperación en el manejo de sus problemas de salud.

Verbos activo	Objetivo	Condiciones y contexto
I. Establecer	una adecuada comunicación ante situaciones frecuentes de importancia clínica y social, con énfasis en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las relacionadas con problemas logísticos	con el objeto de coadyuvar a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como obtener su cooperación en el manejo de sus problemas de salud, durante la práctica profesional cotidiana del médico familiar.

Tercer paso: Elementos de competencias.

A continuación se presentan los elementos de conformidad con las unidades de competencia arriba establecidas (sólo se presenta un ejemplo).

I. Unidad de competencia.

Establecer una adecuada comunicación ante situaciones frecuentes de importancia clínica y social, con énfasis en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las relacionadas con problemas logísticos, con el objeto de coadyuvar a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como obtener su cooperación en el manejo de sus problemas de salud.

1er. Elemento.

El médico familiar será capaz de comunicar eficazmente las implicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas, primordialmente ante pacientes adultos y de la tercera edad, informándoles por primera vez que padecen una enfermedad de esta índole, ayudándoles a obtener una percepción adecuada de la magnitud del riesgo futuro de tales patologías y verificando que admitan las repercusiones de estas enfermedades en su organismo. Todo ello con la finalidad de que modifiquen su conducta, se adhieran al tratamiento y cambien su estilo de vida.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño (evaluación)
Comunicar	Las implicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas	Para que modifiquen su conducta, se adhieran al tratamiento y cambien su estilo de vida.	Informando al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónica degenerativa, tratando de lograr en él una percepción adecuada de la magnitud del riesgo futuro y verificando que se adecue a la repercusión de las complicaciones en su vida.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar y ante pacientes masculinos o femeninos, adultos o de la tercera edad. Considerando el nivel sociocultural del paciente, limitaciones de recursos, dificultades administrativas y cantidad de trabajo profesional.	Ante pacientes reales y durante un tiempo no mayor de 15 minutos, durante una jornada laboral normal en su área de trabajo.

Para mayores detalles del resto de las competencias, consultar el anexo 7 de este mismo trabajo.

A continuación se presenta la redacción final, en forma sucinta, de la propuesta de competencias de comunicación médico paciente en medicina familiar, de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación.

REDACCIÓN FINAL DE LAS COMPETENCIAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE PARA EL MÉDICO FAMILIAR.

De forma general.

El médico familiar será capaz de comunicarse eficazmente ante situaciones de importancia clínica con el propósito de incidir positivamente en los resultados de la atención a la salud, obteniendo y transmitiendo información amplia, precisa y completa, mediante el abordaje claro, directo y respetuoso, involucrando al paciente y su familia en el manejo de los problemas de salud, explorando las necesidades y percepciones del paciente, incluida su esfera sexual y de dinámica familiar, tomara en consideración los problemas del paciente para apreciar de manera realista sus situación médica, investigará las expectativas del paciente que puedan originar insatisfacción de la atención médica, reconocerá los problemas para lograr que el paciente acepte las implicaciones en su vida de enfermedades crónico degenerativas, teniendo en cuenta los problemas de índole logística de su institución laboral, que puedan ocasionar dificultades durante la atención médica, mostrando empatía y dando alternativas para resolverlos. Manejará adecuadamente las situaciones en las cuales deba otorgar malas noticias al paciente. Proporcionará información y conocimientos al paciente y su familia para favorecer la autonomía del paciente y promover su participación en la toma de decisiones médicas, adecuándose al nivel socioeconómico y cultural del paciente y su familia. Lo anterior deberá realizarlo durante la práctica cotidiana de la medicina familiar.

Unidad 1. Competencias específicas de comunicación en situaciones críticas *frecuentes en la práctica clínica de la medicina familiar* (factores 6,7 de frecuencia).

Establecer una adecuada comunicación ante situaciones frecuentes de importancia clínica y social, con énfasis en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las relacionadas con problemas logísticos, con el objeto de coadyuvar a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como obtener su cooperación en el manejo de sus problemas de salud.

Elemento 1.1

El médico familiar será capaz de comunicar eficazmente las implicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas, primordialmente ante pacientes adultos y de la tercera edad, informándoles por primera vez que padecen una enfermedad de esta índole, ayudándoles a obtener una percepción adecuada de la magnitud del riesgo futuro de tales patologías y verificando que admitan las repercusiones de estas enfermedades en su organismo. Todo ello con la finalidad de que modifiquen su conducta, se adhieran al tratamiento y cambien su estilo de vida.

Elemento 1.2

El médico familiar también identificará los problemas de naturaleza logística de su institución laboral, reconociendo carencias de recursos materiales y humanos, o problemas administrativos, que pueden condicionar dificultades para la atención del paciente; explorará la percepción y expectativas del paciente con relación a los mismos. Manejando la irritación o enojo del paciente, mostrándole empatía, solidaridad e interés, exponiéndole posibles alternativas que contribuyan a mitigar los problemas y eviten conflictos entre el médico y su paciente, adecuando su lenguaje médico al nivel sociocultural del paciente. Con el fin de obtener mejores resultados de la intervención del médico familiar en el cuidado de la salud del paciente.

Unidad 2. Competencias específicas de comunicación en situaciones clínicas de manejo *difícil* (factor 4 de dificultad).

Capacidad para manejar situaciones difíciles relacionadas las percepciones de los pacientes, sobre la gravedad de su padecimiento, los riesgos y alternativas frente a una enfermedad crónica o degenerativa y las limitaciones del conocimiento personal del médico, manifestándoles empatía, compromiso e interés, educándolo y adecuándose al nivel socioeconómico y cultural del paciente, con el objetivo de mejorar la interacción, obtener la colaboración y forjar una alianza terapéutica con el paciente para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

Elemento 2.1.

El médico familiar identificará cuando el paciente tiene una percepción irreal de la gravedad de su padecimiento y se encuentra angustiado, tranquilizándolo y mostrándole las opciones a sus problemas de salud y ayudándolo a tener una percepción realista de sus problemas, educándolo y obteniendo su colaboración para el manejo del problema de salud.

Elemento 2.2

Será capaz de informar, por vez primera, al paciente que padece una enfermedad crónica o degenerativa, transmitiéndole una adecuada percepción de los riesgos y sobre de las opciones terapéuticas, realizado una actividad de educación para la salud, que permita involucrarlo en el manejo del problema y hacerlo corresponsable en la toma de decisiones.

Elemento 2.3

Cuando el médico se percate de las limitaciones de su conocimiento personal, será capaz de reconocerlo mostrando al paciente su lealtad y compromiso en la búsqueda de soluciones a los problemas del paciente; siendo capaz de prepararse y buscar la información necesaria o bien, si el caso lo amerita, referirlo a urgencias o con el especialista correspondiente. Actuando siempre con veracidad y manteniendo un sentido ético y de responsabilidad profesional.

Unidad 3. Competencias específicas de comunicación en situaciones clínicas *frecuentes* (factores 1, 2, 3, 4,y 5 de frecuencia), a la vez que de manejo *difícil* (factores 1, 2, 3, 5 y 6 de dificultad).

El médico familiar será capaz de realizar una comunicación efectiva manejando situaciones disonantes entre los criterios médicos y la visión del paciente, considerando las creencias, valores, percepciones y expectativas del paciente, ante condiciones que implican dar malas noticias, abordar la esfera sexual y familiar del paciente, o bien en situaciones que generan insatisfacción y falta de cooperación del paciente en el cuidado de su salud.

Elemento 3.1

El médico familiar afrontará con sutileza pero de manera directa las situaciones clínicas que implique dar malas noticias al paciente y su familia. En especial las referentes a: Confirmar al paciente la positividad de VIH-SIDA, informarle que posee alguna otra enfermedad de mal pronóstico, o que su padecimiento se ha complicado a fin de instituir el mejor abordaje terapéutico posible. Asimismo, será capaz de comunicarse con los familiares para informarles que el paciente ha entrado en una fase terminal e instituir los cuidados paliativos correspondientes; comunicará a la familia que el paciente ha fallecido, reconfortándolos y mostrándoles, en su caso, el esfuerzo realizado para brindarle la mejor atención posible. Mostrando en todos los casos su solidaridad y compromiso profesional, comprendiendo los sentimientos del paciente y la familia.

Elemento 3.2

El médico familiar explorará los problemas médicos del paciente en la esfera sexual, realizándolo con especial atención cuando se trata del sexo opuesto, realizando un abordaje médico directo y delicado, manteniendo el respeto a la intimidad de la persona. Asimismo explorará los problemas de la dinámica familiar, poniendo particular cuidado al abordar problemas de violencia intra-familiar y maltrato físico o psicológico, con la finalidad de auxiliar al paciente en el manejo de estos problemas, proporcionado orientación y educación acerca de ellos, procurando mejorar la dinámica familiar y manteniendo una conducta ética en todo momento.

Elemento 3.3

El médico familiar será capaz de manejar adecuadamente las creencias, valores y percepciones del paciente, con el propósito de que se adecue a su realidad clínica y pueda colaborar para obtener el mejor resultado posible. Identificará cuando el enfermo tenga desconfianza acerca de las habilidades clínicas, del médico, mostrándole con delicadeza las evidencias del adecuado diagnóstico y manejo de su problema, dándole una percepción realista del problema y de los logros alcanzables en su caso. Asimismo, será capaz de identificar cuando se ha cometido un error médico que afecte las posibilidades de mejoría del paciente, promoviendo el manejo realista e institucional del mismo, informando de manera abierta, solidaria y comprometida al paciente, presentándole las opciones para favorecer su recuperación y en su caso, limitar los daños o manejar las complicaciones. De igual manera ayudará al paciente a comprender la gravedad de su padecimiento cuando no perciba los riesgos, manejando con respeto la existencia de un pensamiento mágico o religioso. Informará con discreción cuando el enfermo sea portador de alguna enfermedad de transmisión sexual, evitando provocar alteraciones familiares innecesarias.

Elemento 3.4

El médico familiar, Identificará y manejará las expectativas del paciente que puedan originar insatisfacción con la atención. Aclarando las situaciones en las que el paciente solicita incapacidad laboral, cuando desde el punto de vista clínico no la amerita, o bien demanda procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios; mostrando siempre las evidencias que fundamentan su proceder y la existencia de criterios médicos bien sustentados. Asimismo deberá manejar la inconformidad o enojo del paciente motivados por largas esperas o por un tiempo de consulta reducido; mostrando, comprensión, solidaridad y compromiso, aplicando procedimientos para mejorar la eficiencia en el uso del tiempo, ofreciendo las mejores opciones médicas disponibles, a la vez que involucra al paciente y lo ayuda a desarrollar expectativas realistas que favorezcan la mejora de su salud.

Contexto y rango de las anteriores competencias.

El médico familiar desempeñará todas estas competencias de comunicación dentro del ámbito de la medicina familiar en las principales instituciones de seguridad social de nuestro país, atendiendo al paciente adecuándose al sexo, etapa de su ciclo vital individual o familiar, o de la patología y gravedad de esta y nivel socioeconómico. Asimismo, siempre deberá tener presente las condiciones del ámbito institucional laboral en el cual practica la medicina familiar, para atenuar las limitantes de recursos materiales, financieros y humanos, igualmente considerará los tiempos asignados por actividad y la cantidad y calidad del trabajo a desarrollar en sus funciones profesionales. Finalmente, será capaz de realizar el seguimiento médico y estimar la satisfacción del paciente acerca de sus expectativas y de los resultados en su estado de salud.

Posterior a la elaboración de las anteriores competencias, a continuación se ofrecen algunas acotaciones que parecen pertinentes de ofrecerse en este punto del avance del trabajo.

Es oportuno apoyarse en algunos de los elementos de la literatura. Específicamente se hace referencia al trabajo de Ronal y cols. (90) quien habla de cuatro modelos de comunicación. Por su disertación, y los factores identificados en la presente investigación como situaciones de manejo dificultoso para el médico, pudiera resultar cuestionable si existe un abordaje sistémico familiar en el cuidado del paciente, por parte del médico familiar. Al respecto, la opinión de quien escribe estas líneas es que si existe tal abordaje, el médico familiar aborda al paciente desde la perspectiva de la teoría general de los sistemas, la cual señala que el organismo humano es un sistema abierto, lo mismo que la familia, es decir; que permite la influencia de otros sistemas al mismo tiempo que tiene influencia sobre ellos. Con lo anterior, al médico familiar no le debe bastar el abordaje sólo del aspecto biológico del individuo, es conciente que debe ir más allá y considerar en su manejo las dimensiones psicológicas y sociales implicadas en el proceso salud enfermedad del paciente. Desde el momento en que se acepta que se trabaja con sistemas abiertos, se comprende que la etiología de la patología en cuestión no es unicausal, ni unidireccional, que aún en la etiología inicialmente puramente biológica, de inmediato se involucran factores psicosociales cuya influencia en el paciente es tal, que puede representar un recurso valioso o un obstáculo muy importante para salir del estado patológico. Con los factores identificados en este trabajo, el médico familiar debe reforzar su conocimiento de que la experiencia del paciente en su sufrimiento es única, que el viejo adagio de que tratamos pacientes y no enfermedades, hoy se encuentra más vigente que nunca y que el sustrato más importante cuando consideramos el entorno del paciente es la familia y por tanto, que la familia se convierte en el recurso más importante para el paciente y para el mismo médico en su intento de superar el problema de salud.

Sin embargo tampoco se puede ser idealista, la realidad de nuestras instituciones del sector salud, a propósito de competencias, no propicia un abordaje tan sistémico como el descrito, de hecho uno de los factores identificados trata precisamente de las dificultades que originan la carencia de recursos materiales y humanos para la atención del paciente, las limitantes de tiempo y las contrariedades administrativas que sufre el paciente. Es probable que la problemática inclusive vaya todavía más allá de lo que se identificó en el presente trabajo. Se pueden señalar situaciones como la dificultad del paciente para que le atienda un mismo médico a lo largo de ya no una sola etapa de su ciclo vital, sino durante un mismo estad mórbido. Los tiempos limitados obstaculizan el indagar la experiencia de la familia acerca del problema en cuestión y mucho menos permiten interactuar con todo el núcleo familiar. También es difícil obtener buenos resultados por la inercia de la estructura administrativa que impera en tales instituciones.

Tal vez lo más saludable es buscar un punto de equilibrio en el que las posturas filosóficas que marcan el “deber ser”, puedan armonizarse frente a las barreras existentes en los contextos laborales, enseñar a los médicos en formación y graduados, a navegar sin grandes conflictos y resolver los problemas de salud del paciente de tal forma que queden satisfechos médicos y pacientes por la atención recibida y otorgada.

Otro de los aspectos que se pueden comentar en este momento es el relativo al autoconocimiento del médico acerca de sus propios sentimientos. La postura de quien redacta, es que este punto esta medianamente abordado. El médico familiar recibe un entrenamiento razonable en los fenómenos de transferencia y contratransferencia de la relación médico paciente; la postura sería que un buen médico familiar está capacitado aceptablemente para manejar sus propios sentimientos y evitar que influyan adversamente en el manejo de su paciente.

Otro punto pertinente de analizar en este momento, es que dado el procedimiento empleado para la obtención de los datos, hemos llegado a una categorización y análisis de los mismos en forma de factores, es decir; no se han obtenido directamente las competencias de comunicación buscadas. Se puede decir que a través de ellos, se ha obtenido el insumo necesario para la construcción de las competencias de comunicación médico – paciente deseables en el médico familiar. Este insumo ha permitido articular las competencias ciertamente en términos de una propuesta, pero es probable que pueda considerarse una propuesta plausible no sólo por el procedimiento metodológico utilizado, sino sobre todo por haberse emanado desde las experiencias reales de los médicos que se encuentran laborando cotidianamente en el ámbito de la medicina familiar de nuestro medio, con todas sus bondades en términos de oportunidades, pero al mismo tiempo con sus diversas limitantes, complejidades y dinamismo, que hace al entorno cambiante e incierto.

Como parte del análisis por competencias, los niveles progresivos de desempeño son muy importantes, el buen o mal desempeño en aspectos como los que se señalan en los factores identificados, efectivamente distinguen al experto del novato, se espera que el experto muestre mejor manejo que el novato quien busca ser competente, condición que con el paso de los años se puede convertir en experticia. Por los hallazgos hechos mediante este trabajo, se puede observar que se corrobora tal tendencia, por ejemplo; al analizar los factores de dificultad, de acuerdo a la edad de los médicos, se encontró diferencia estadísticamente significativa, aunque no en todos los factores, si en los denominados “proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente” y en el de “sexualidad y disfunción familiar”, en ambos, parece resultar más difícil a los médicos de menor edad confrontar con dichas situaciones que al médico de mayor edad (ver tabla 35). Ocurrió prácticamente lo mismo al analizar los resultados de acuerdo a los años de práctica profesional: en los mismos factores de “sexualidad y disfunción familiar”, así como en el de “proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente”, la diferencia estadísticamente significativa se observó a favor de quienes tienen más años de práctica profesional, es decir; le resulta más difícil a los menos experimentados contener con dichas situaciones, que a los médicos con más años en la práctica profesional (ver tabla 37). A pesar de que se realizó el análisis estadístico buscando diferencias entre los niveles de médico en formación y médico ya egresado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los factores. Aunque el tipo de trabajo tampoco permite conocer si efectivamente el novato se desempeña de forma menos acertada que el experto, se puede inferir que dado que se encontró mayor dificultad para enfrentar las condiciones clínicas descritas en los factores, se podría esperar un desempeño menos competente que el del experto.

Concluyen estas reflexiones, señalando que posterior a la elaboración de la propuesta de competencias, se espera que el médico familiar asuma un modelo de comunicación que trascienda al biomédico centrado en la autoridad del experto, que aborde además las dimensiones social y psicológica. Al someterse a situaciones tales como el considerar el posible pensamiento mágico o religioso del paciente acerca de su enfermedad, el prepararse para auxiliarlo en problemas de dinámica familiar que implican componentes altamente emotivos, involucrar a la familia en el proceso o hacerle sentir al paciente que sus problemas le interesa, se espera que el médico familiar poco a poco logre la experticia y vaya conduciendo y orientando la comunicación con el paciente, de tal forma que permita a éste expresar libremente sus concepciones, no sólo del componente biológico del problema, sino además manifestar sus vivencias, preocupaciones, temores dudas y expectativas. La idea no es luchar contra el modelo biomédico de la atención médica, se debe reconocer su actualidad y valía para ciertos aspectos de la atención clínica, pero se debe ir más lejos, complementarlo y superarlo para con ello obtener mejores resultados y satisfacción para la tríada médico, paciente familia.

PROPUESTA EDUCATIVA SOBRE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR

Consideraciones generales para el diseño de un curso de competencias en comunicación médico paciente en medicina familiar

Dado el alcance de este trabajo, cuyo objetivo principal es la determinación de las competencias de comunicación médico paciente en el contexto de la medicina familiar, en este momento, se presentan los lineamientos generales a considerar en la propuesta de un curso específico. Por tanto, se puede partir de la información disponible hasta el momento: los posibles contenidos temáticos a abordarse, los fundamentos a enseñar de acuerdo a tales contenidos y las posibles técnicas de enseñanza más convenientes.

Contenidos del curso.

De acuerdo con algunos autores (59), los programas educativos pueden basarse en las prioridades y experiencias de los académicos, sin embargo, aquí se puede enfocar el curso partir de los resultados obtenidos en esta investigación, es decir; de los problemas relevantes identificados por los médicos investigados, sin perder de vista que es un acercamiento al fenómeno y una propuesta a ser considerada por otros estudiosos del tema.

De esta manera, se podrían incluir las situaciones clínicas detectadas y finalmente clasificadas en frecuencia y dificultad mediante el análisis factorial de este trabajo, incluso se puede sugerir su abordaje de acuerdo a la prioridad obtenida por ellos, representada en la tabla número 52 de este trabajo. El orden de acuerdo al anterior criterio sería:

Contenidos para la propuesta del curso detectadas mediante el análisis factorial.

- Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud.
- Insatisfacción de las expectativas del paciente.
- Informar malas noticias al paciente y su familia.
- Sexualidad y disfunción familiar.
- Problemas del paciente para apreciar de manera realista su situación médica.
- Problemática en la logística para la atención médica.
- Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico degenerativa.
- Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente.

Es recomendable considerar los contenidos descritos al interior de cada factor.

Es probable que los apartados específicos de la propuesta deban ir más allá de lo que sugiere el análisis factorial realizado, recordando que, aunque los resultados tienen la limitante de representar sólo una muestra de la población, el procedimiento empleado permitió identificar en la primera fase de esta investigación muchas otras situaciones que también poseen gran relevancia clínica por lo que puede ser pertinente su inclusión en el eventual curso, por ejemplo:

Otras posibles contenidos para la propuesta.

- Dilemas de bioética.
- Falta de continuidad en el cuidado por el mismo médico.
- Falta de verificación de la comprensión del paciente.

En forma agregada, también puede resultar conveniente considerar las propias situaciones detectadas por los médicos participantes cuando se les interrogó sobre alguna otra condición no incluida en el cuestionario, durante la segunda fase de este estudio, a saber;

Otras situaciones detectadas por los médicos estudiados.

- Dificultad para brindar atención médica al mismo personal de salud
- Comunicación inadecuada entre el primero y segundo nivel de atención médica
- Falta de grupos de apoyo institucional para el manejo del paciente
- Implicaciones médico legales
- Participación inadecuada de autoridades de la unidad médica en el manejo del paciente
- Paciente dependiente
- Paciente discapacitado

Fundamentos a enseñar.

¿Cuáles son las funciones cardinales que el médico familiar debe ser capaz de realizar al comunicarse con su paciente? Desde el punto de vista del autor de este trabajo, estas funciones deberán estar guiadas por las competencias descritas líneas arriba en este mismo trabajo. Es decir; por la forma en que se desea que el médico sea competente y no sólo por las situaciones o áreas en las cuales se desea hacer competente al médico. De tal forma que deberá considerarse en todo momento esta forma de competencia para lograr una comunicación más eficaz con su paciente.

De forma también adicional, se pueden tener presentes algunas de las funciones genéricas señaladas por los principales equipos de investigadores en este campo (4, 10, 15, 46, 59, 62, 66, 90, 96, 98, 108), a saber; Obtener los principales problemas del paciente, sus percepciones acerca de tales problemas, el impacto físico, emocional y social en el paciente y su familia. Conocer sus principales preocupaciones. Adecuar la información que el paciente desea conocer y verificar su comprensión. Determinar qué tanto el paciente desea participar en la toma de decisiones. Discutir las opciones del tratamiento para que entienda sus implicaciones. Maximizar el acuerdo con el manejo acerca de cambios en el estilo de vida. Responder empáticamente a los sentimientos del paciente, lo cual puede ayudar a legitimar los sentimientos del paciente. Escuchar activamente la perspectiva del paciente. Lograr fundamentos comunes al médico y al paciente. Comunicar interés comprensión y respeto. Habilidad de negociación sobre todo ante desacuerdos del paciente. Apertura para responder a las emociones, miedos, percepciones y expectativas del paciente. Conocer la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Educar e influir la conducta del paciente para su manejo. Negociación para cambio de conductas indeseables. Indagar la historia espiritual del paciente. Dilemas bioéticos. Intercambiar información biomédica y psicosocial. Facilitación (el paciente habla y el médico refuerza la conversación). Negociar a tomando en cuenta la perspectiva cultural del paciente.

Así mismo, los siguientes aspectos también fueron considerados como importantes por los médicos participantes en el estudio. En ellos, destaca su concordancia con lo referido en la anterior bibliografía, lo cual probablemente habla de una percepción bien orientada acerca de la forma en que consideran pueden ser resueltas sus necesidades.

Otros fundamentos a enseñar detectados por los médicos investigados.

- Desarrollo de la habilidad de aprender a escuchar.
- Desarrollo de tolerancia y respeto al paciente.
- Uso de lenguaje sencillo con el paciente.

Técnicas de enseñanza sugeridas.

Algo de lo primero a resaltar en un curso a impartirse por competencias es el hecho de enseñar utilizando la retroalimentación inmediata, incluir contextos no familiares al médico, utilizar procedimientos no lineales tales como la narrativa de historias, simulaciones de situaciones específicas y finalmente educar en pequeños grupos de aprendizaje basado en problemas (35). Estas técnicas de enseñanza no tradicionales, aparentemente se adaptan mejor a la necesidad del individuo que busca adoptar nuevas conductas a partir de la experiencia de la vida real, con lo que el individuo parece habilitarse no sólo para la competencia actual sino para mantenerse competente en el futuro (1). La facultad para mantenerse competente, o como diría Fraser ser capaz, no parece enseñarse de forma pasiva, sino mediante un proceso en donde la competencia existente se adapta a nuevas circunstancias o situaciones inciertas y el individuo se compromete de manera significativa, transformado la anterior competencia en la nueva competencia que hace poseer la capacidad para actuar en contextos extraños. En un curso por competencias habrá de trabajarse con el individuo para que abandone viejos esquemas de aprendizaje de hechos sin conexión y cambiarlos por formas de educación en donde se aprenda la forma en la que están interconectadas las cosas, enseñar que el aprendizaje es información retroalimentada acerca del impacto de las propias acciones del individuo y de aquellas de otros. Enseñar que el contexto e interacción social son componentes críticos del aprendizaje. Tal parece que el sentido que Abreu (1) trata de dar al concepto de mantenerse competente para las contingencias profesionales de un futuro no lejano, es el desarrollo de la dimensión imaginativa y creativa de la capacidad profesional a través de métodos no lineales en donde deje de enseñarse mediante eventos planeados y formalmente definidos así como orientados por objetivos.

Otra estrategia recomendable es la de observar a colegas con más experiencia en situaciones difíciles. Baile (4) señala que la mayoría de los programas de pre y posgrado no enseñan como dar malas noticias por lo que la mayoría de los oncólogos aprende de la anterior manera.

El siguiente listado es una serie de sugerencias que hacen los médicos que participaron en esta investigación acerca de las probables técnicas que se pueden utilizar:

Técnicas de enseñanza a utilizar, sugeridas por los propios médicos investigados.

- Talleres interactivos y dinámicos.
- Mediante socio dramas que representen casos reales.
- Uso de casos clínicos.
- Uso de videos.
- Uso de lectura crítica de apoyo.
- Uso de mesas de debate.
- Utilizar la experiencia laboral de los médicos.
- Transmitir "tips" fáciles de usar.
- Retroalimentación inmediata.
- Trabajo supervisado con pacientes reales.

Aparentemente, en esta lista se puede apreciar que los mismos médicos perciben la necesidad de utilizar formas de enseñanza diferentes, no lineales, como si ya identificaran que es mediante enseñanza no tradicional como pueden aprender a solucionar sus exigencias personales y reales, en donde los tutores sean sólo facilitadores y proporcionen junto con otros alumnos una retroalimentación relevante. Como lo señalara Frazer (35), tal parece que los profesionistas han comprendido que el conocimiento clínico se almacena en la memoria como historias de rico contenido vivencial en lugar de hechos discretos.

Nuevamente, llama la atención la similitud en la percepción de los médicos investigados con lo referido en las publicaciones, en este caso acerca de identificar la necesidad de retroalimentación inmediata por parte

de los médicos participantes, sobre la cual otros estudiosos (10, 36, 59, 66.), coinciden al señalar que la retroalimentación constructiva, relevante y constante, es determinante para el aprendizaje a partir de experiencias profesionales. Mediante tal retroalimentación en la práctica real es como los médicos parecen traducir lo aprendido en forma más completa y parece conducirlos a cambios más consistentes.

Otros elementos útiles para un curso por competencias en comunicación, se encuentran en Maguirre y cols. (66), al señalar que todo curso o taller incluye tres componentes de aprendizaje: factor cognitivo, que puede desarrollarse mediante lecturas cortas, factor de modelado en donde los facilitadores muestren las habilidades en cuestión mediante grabaciones de consultas reales o simuladas, y la práctica de las habilidades claves con pacientes simulados o inclusive con actores. Respecto al contexto, estos autores indican que se puede emplear en la propia disciplina o efectuarlo multidisciplinariamente, identificando necesidades comunes como pueden ser proporcionar malas noticias, manejo del enojo o responder a preguntas difíciles, señalan incluso que el tamaño del grupo debe ser de 4-6 participantes para crear confort y seguridad en los asistentes, acerca de esto último, Lang (59) coincide en que la enseñanza en pequeños grupos es muy valorada tanto por estudiantes como por académicos e incluso por los pacientes estandarizados, durante el aprendizaje de la comunicación.

Situaciones prácticas que deberán considerarse durante el diseño del curso, de acuerdo a características de los médicos y de las Instituciones laborales a las que pertenecen.

Limitantes de tiempo por sesión.

Crear cursos de corta duración, aunque más frecuentes.

Impartirse dentro del horario de trabajo y en la unidad laboral.

Que posean un carácter resolutivo de la problemática real.

Considerar la inclusión de otros integrantes del equipo de salud.

Algunas situaciones potencialmente obstaculizadoras.

Las siguientes condiciones han sido identificadas por algunos autores (4, 59, 98), como circunstancias que pueden representar un obstáculo para el desarrollo de cursos en el área de la comunicación:

- La enseñanza de la comunicación puede ser amenazante para los alumnos, al ser cuestionada su capacidad para comunicarse.
- Inseguridad del conocimiento del médico acerca de las expectativas del paciente.
- Temor del médico de no parecer adecuado al enfrentar enfermedades incontrolables.
- No sentirse capaz para manejar las reacciones del paciente
- Incertidumbre ante necesidades de efectuar cambios institucionales

Es probable que tales fenómenos también sean compartidos por los médicos de nuestro medio y por tanto, es posible que deban ser tomados en cuenta durante el desarrollo del eventual curso.

Cuándo realizarlo.

- Impartirlo desde el pregrado.
- Impartirlo durante el desarrollo de la especialidad.
- Impartirlo durante el ejercicio profesional.

Los anteriores momentos fueron sugerencias de algunos de los médicos que respondieron la pregunta específica, sin embargo, ante el panorama educativo actual, tal vez resulte conveniente considerar los tres tiempos señalados. Al alumno de nivel licenciatura cuya formación se encuentra en progreso y quien aún no tiene un ambiente de trabajo profesional definido, hacerlo competente en las situaciones problemáticas más frecuentes y más difíciles, de forma genérica. Lograr la competencia en el alumno de especialidad

cuya área es más específica y por tanto se puede tener un conocimiento cercano de sus necesidades concretas, como se ha intentado lograr con este trabajo. Finalmente, también parece conveniente impartirlo posterior a la culminación formal de cualquier nivel de estudios, el profesionista ya inserto en el campo de trabajo profesional, encuentra también situaciones no previstas durante su formación académica, por lo que igualmente requiere capacitación constante, además sería acorde a los lineamientos de la educación basada en competencias que pretende capacitar al profesionista sin importar nada más que sus necesidades de preparación, independientemente del momento en que se requiera.

Terminaríamos esta propuesta diciendo que el curso podría impartirse en cualquier momento, sólo se requiere reconocer la necesidad de formación y las bondades que tanto para el paciente, para el médico y aún para las instituciones de salud traería el mejorar la competencia de los médicos concretamente en el área de comunicación médico paciente.

De esta manera, se presenta a continuación la propuesta en forma modular con las competencias a lograr, actividades de aprendizaje y bibliografía recomendada.

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

PROPUESTA PARA UN CURSO TALLER BASADO EN COMPETENCIAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR.

PRIMERA SEMANA (2 HORAS)			
MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>INFORMAR MALAS NOTICIAS AL PACIENTE Y SU FAMILIA</p> <p>Comunicar enfermedades graves o de mal pronóstico. Informar al paciente complicaciones de su enfermedad. Informar a la familia complicaciones de una enfermedad. Informar fallecimientos.</p>	<p>El médico familiar: Afrontará con sutileza pero de manera directa las situaciones clínicas que implique dar malas noticias al paciente y su familia. En especial las referentes a: Confirmar al paciente la positividad de VIH-SIDA, informarle que posee alguna otra enfermedad de mal pronóstico, o que su padecimiento se ha complicado a fin de instituir el mejor abordaje terapéutico posible. Asimismo, será capaz de comunicarse con los familiares para informarles que el paciente ha entrado en una fase terminal e instituir los cuidados paliativos correspondientes; comunicará a la familia que el paciente ha fallecido, reconfortándolos y mostrándoles, en su caso, el esfuerzo realizado para brindarle la mejor atención posible. Mostrando en todos los casos su solidaridad y compromiso profesional, comprendiendo los sentimientos del paciente y la familia.</p>	<p>Lectura crítica de la bibliografía sugerida.</p> <p>Sociodrama (Un alumno tomará el papel del médico y otros más los papeles de esposa y esposo ante la noticia cáncer cervicouterino).</p> <p>Sociodrama (Un alumno tomará el papel del médico y otros más los papeles de padres ante la noticia de un hijo insuficiencia renal secundaria a glomérulo nefritis post estreptocócica).</p> <p>Utilizar la experiencia laboral de los médicos (descripción de “tips” empleados en la práctica cotidiana).</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p>	<p>Baile W F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beagle E., Kudelka A. “SPIKES. A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer”. The Oncologist 2000; (5): 302-311.</p> <p>Rodríguez OG., Rojas RM. “Entrenamiento en habilidades conductuales para profesionales de la salud. Proyecto PAPIME UNAM”. En: Donovan K., Premi JN. La comunicación de malas noticias. México, Facultad de Psicología. UNAM. 2000. p. 1-61.</p>

SEGUNDA SEMANA (2 HORAS)

MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>SEXUALIDAD Y DISFUNCION FAMILIAR</p> <p>Abordaje de la esfera sexual del paciente para orientar el diagnóstico o tratamiento.</p> <p>Problemas de la Dinámica Familiar.</p> <p>Problemas de violencia intrafamiliar.</p>	<p>El médico familiar explorara los problemas médicos del paciente en la esfera sexual, realizándolo con especial atención cuando se trata del sexo opuesto, realizando un abordaje médico directo y delicado, manteniendo el respeto a la intimidad de la persona. Asimismo explorará los problemas de la dinámica familiar, poniendo particular cuidado al abordar problemas de violencia intra-familiar y maltrato físico o psicológico, con la finalidad de auxiliar al paciente en el manejo de estos problemas, proporcionado orientación y educación acerca de ellos, procurando mejorar la dinámica familiar y manteniendo una conducta ética en todo momento.</p>	<p>Retroalimentación: (Informar al grupo los resultados de lo experimentado acerca del módulo anterior. El coordinador y el grupo proporcionaran retroalimentación inmediata y relevante al caso).</p> <p>Sociodrama (Un alumno tomará el papel del médico y otros más los papeles de una familia con presencia de síndrome de maltrato infantil).</p> <p>Sociodrama (Un alumno tomará el papel del médico y otros más los papeles de una pareja con disfunción sexual).</p> <p>Utilizar la experiencia laboral de los médicos (descripción de “tips” empleados en la práctica cotidiana).</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p>	<p>Campbell TL., Seaburn DN., McDaniel SH. “Estrés familiar y asesoramiento”. En: Taylor RB. Editor. Medicina de familia. Principios y práctica. Springer-Verlag New York, Inc. 1994. p. 213-219.</p> <p>Menéndez EL. “Familia, participación social y proceso salud enfermedad”. En: Denman C., Escobar A., Infante C., Mercado F., Robles L. (Coord.) Familia, Salud y Sociedad. Guadalajara. U de G. INSP, CIESAS, Colegio de Sonora. 1993. p 130.162.</p>

TERCERA SEMANA (2 HORAS)

MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>PROBLEMAS DEL PACIENTE PARA APRECIAR DE MANERA REALISTA SU SITUACIÓN MÉDICA</p> <p>Desconfianza hacia el médico Falta de comprensión de la gravedad del padecimiento por parte del paciente. Alteraciones familiares y enfermedades de transmisión sexual. Informar errores médicos. Pensamiento mágico-religioso del paciente.</p>	<p>El medico familiar será capaz de manejar adecuadamente las creencias, valores y percepciones del paciente, con el propósito de que se adecue a su realidad clínica y pueda colaborar para obtener el mejor resultado posible. Identificará cuando el enfermo tenga desconfianza acerca de las habilidades clínicas, del médico, mostrándole con delicadeza las evidencias del adecuado diagnóstico y manejo de su problema, dándole una percepción realista del problema y de los logros alcanzables en su caso. Asimismo, será capaz de identificar cuando se ha cometido un error médico que afecte las posibilidades de mejoría del paciente, promoviendo el manejo realista e institucional del mismo, informando de manera abierta, solidaria y comprometida al paciente, presentándole las opciones para favorecer su recuperación y en su caso, limitar lo daños o manejar las complicaciones. De igual manera ayudará al paciente a comprende la gravedad de su padecimiento cuando no perciba los riesgos, manejando con respeto la existencia de un pensamiento mágico o religioso. Informará con discreción cuando el enfermo sea portador de alguna enfermedad de transmisión sexual, evitando provocar alteraciones familiares innecesarias.</p>	<p>Retroalimentación: (Informar al grupo los resultados de lo experimentado acerca del módulo anterior. El coordinador y el grupo proporcionaran retroalimentación inmediata y relevante al caso).</p> <p>Análisis critico de la bibliografía sugerida.</p> <p>Narrativa y análisis de una historia médica en la que se identifique desconfianza del paciente hacia su médico.</p> <p>Video de un caso en el que se represente la influencia del pensamiento mágico – religioso del paciente</p> <p>Uso de la experiencia laboral de los médicos (descripción de “tips” empleados en la práctica cotidiana ante casos como los señalados en el módulo).</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p>	<p>Carrillo J. E., Green A.R., Betancourt J. R., “Cross-cultural primary care: A patient-based approach. Ann Intern Med., 1999; 130 (10): p.829-34.</p> <p>Fitzpatrick R., Graham S. “Clase social, etnicidad y enfermedad” En: Fitzpatrics et al. Tavistock publications. Londres-NewYork. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica México. 1990. 65-97.</p>

CUARTA SEMANA (2 HORAS)

MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>INSATISFACCIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE</p> <p>Demanda de procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios.</p> <p>Incapacidad laboral injustificada.</p> <p>Enojo del paciente por espera prolongada.</p> <p>Dificultades por exceso de trabajo.</p>	<p>El médico familiar, Identificará y manejará las expectativas del paciente que puedan originar insatisfacción con la atención. Aclarando las situaciones en las que el paciente solicita incapacidad laboral, cuando desde el punto de vista clínico no la amerita, o bien demanda procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios; mostrando siempre las evidencias que fundamentan su proceder y la existencia de criterios médicos bien sustentados. Asimismo deberá manejar la inconformidad o enojo del paciente motivados por largas esperas o por un tiempo de consulta reducido; mostrando, comprensión, solidaridad y compromiso, aplicando procedimientos para mejorar la eficiencia en el uso del tiempo, ofreciendo las mejores opciones médicas disponibles, a la vez que involucra al paciente y lo ayuda a desarrollar expectativas realistas que favorezcan la mejora de su salud.</p>	<p>Retroalimentación: (Informar al grupo los resultados de lo experimentado acerca del módulo anterior. El coordinador y el grupo proporcionaran retroalimentación inmediata y relevante al caso).</p> <p>Narrativa de una historia médica estructurada, con una madre demandante de tomografía axial computarizada para su hija adolescente quien padece cefalea tensional crónica y médico con exceso de trabajo.</p> <p>Sociodrama (un alumno toma el papel de médico y otros el de un esposo enojado porque no se le da incapacidad laboral ante un caso de lumbalgia secundaria a accidente automovilístico, no incapacitante.)</p> <p>Sociodrama (un alumno toma el papel de médico con exceso de trabajo y otros el de una madre enojada porque no se atiende con rapidez a su hijo de tres años de edad con hipertermia)</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p>	<p>Britten N., Stevenson FA., Barry CA., Barber N., Bradley CP. "Misunderstanding in general practice: qualitative study". BMJ, 2000; 320: pp. 484-488.</p> <p>Brown J B., Boles M., Nullooly J P., Levinson W. "Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial". Ann Intern Med. 1999; 131: 822-829.</p> <p>Infante CC., Abreu HLF., Reyes L I. "Las quejas de los pacientes: Objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica". Revista de Psicología Social y Personalidad, 1998; V XIV (2): p.173-191.</p>

QUINTA SEMANA (2 HORAS)

MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>INVOLUCRACIÓN DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL MANEJO DEL PROBLEMA DE SALUD</p> <p>Cambiar estilo de vida del paciente. Involucrar al paciente en su tratamiento. La familia como corresponsable del tratamiento Comunicar interés en el paciente.</p>	<p>Será capaz de involucrar activamente al paciente y a su familia en el manejo médico que se establezca para el reestablecimiento de su salud, asistirá al paciente para hacerle comprender la necesidad de efectuar cambios en su estilo de vida para un mejor control de su padecimiento, así mismo, como médico del enfermo tendrá la habilidad para hacerle percibir al paciente que sus problemas le interesan.</p>	<p>Retroalimentación: (Informar al grupo los resultados de lo experimentado acerca del módulo anterior. El coordinador y el grupo proporcionaran retroalimentación inmediata y relevante al caso).</p> <p>Análisis crítico de la literatura sugerida.</p> <p>Sociodrama (un alumno toma el papel de médico y otros el papel de un paciente jefe del hogar hipertenso obeso y sedentario renuente a efectuar cambios en sus hábitos higiénico dietéticos y esposa sin participación en el problema del paciente)</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p>	<p>Donald J., Marinelly T., Douglas. "The effects of patient communication skills training on compliance". Arch. Fam. Med., 2000; V. 9: p. 57-64.</p> <p>Lewis CC., Pantell RH., Sharp L. "Increasing patient knowledge, satisfaction, and involvement: Randomized trial of a communication intervention". Pediatrics. 1991; 88(2):351-358.</p> <p>Stewart M A. "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review". Can Med Assoc J, 1995; 152 (9): 1423-1433.</p>

SEXTA SEMANA (2 HORAS)

MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>PROBLEMAS DEL MÉDICO PARA QUE EL PACIENTE ACEPTÉ LAS IMPLICACIONES DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA</p> <p>Comunicar por primera vez una enfermedad crónica degenerativa. Informar riesgos de una enfermedad crónica. Negación a aceptar repercusiones de enfermedades crónicas degenerativas.</p>	<p>El médico familiar será capaz de comunicar eficazmente las implicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas, primordialmente ante pacientes adultos y de la tercera edad, informándoles por primera vez que padecen una enfermedad de esta índole, ayudándoles a obtener una percepción adecuada de la magnitud del riesgo futuro de tales patologías y verificando que admitan las repercusiones de estas enfermedades en su organismo. Todo ello con la finalidad de que modifiquen su conducta, se adhieran al tratamiento y cambien su estilo de vida.</p>	<p>Retroalimentación: (Informar al grupo los resultados de lo experimentado acerca del módulo anterior. El coordinador y el grupo proporcionaran retroalimentación inmediata y relevante al caso).</p> <p>Análisis crítico de la literatura sugerida.</p> <p>Sociodrama (un alumno toma el papel de médico y otros el papel de un paciente adulto maduro deportista con diagnóstico de primera vez de cardiopatía isquémica)</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p>	<p>Elwin G., et al. "Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial shared decision making skill development an use of risk communication aids in general practice" Family Practice. 2002; 21 (4) 337-346.</p> <p>Hallenbeck J L. "Intercultural differences and communication at the end of life" Primary Care; Clinics in Office Practice., 2001; V. 28 (2)</p> <p>Stevenson FA., Gerret D., Reivers P., Wallace G. "GPs' recognition of, and response to, influence on patients' medicine taking: the implication for communication". Family Practice. 2000; 17 (2): 119-123.</p>

SEPTIMA SEMANA (2 HORAS)

MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>PROBLEMÁTICA EN LA LOGÍSTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</p> <p>Carencia de recursos materiales y/o humanos para la atención del paciente. Enojo del paciente por dificultades administrativas. Adecuación del lenguaje médico al paciente.</p>	<p>El médico familiar también identificará los problemas de naturaleza logística de su institución laboral, reconociendo carencias de recursos materiales y humanos, o problemas administrativos, que pueden condicionar dificultades para la atención del paciente; explorará la percepción y expectativas del paciente con relación a los mismos. Manejando la irritación o enojo del paciente, mostrándole empatía, solidaridad e interés, exponiéndole posibles alternativas que contribuyan a mitigar los problemas y eviten conflictos entre el médico y su paciente, adecuando su lenguaje médico al nivel sociocultural del paciente. Con el fin de obtener mejores resultados de la intervención del médico familiar en el cuidado de la salud del paciente.</p>	<p>Retroalimentación: (Informar al grupo los resultados de lo experimentado acerca del módulo anterior. El coordinador y el grupo proporcionaran retroalimentación inmediata y relevante al caso).</p> <p>Análisis crítico de la literatura sugerida.</p> <p>Sociodrama (un alumno toma el papel de médico con exceso de trabajo y otros el papel de un paciente adulto y familiares muy molestos por dificultades administrativas previas a la consulta y falta de medicamentos en la unidad para el control de su hipertensión arterial)</p> <p>Sociodrama (un alumno toma el papel de médico con exceso de trabajo y otros el papel de una esposa y esposo de nivel socioeconómico bajo que no comprenden el lenguaje técnico empleado por el médico).</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p>	<p>Gené B., Duran N. "Gestión en Atención Primaria". En: Zurro MA; Cano PJF editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid, Esp. Elsevier; 2003. p. 70-83.</p> <p>Levinson W., Stiles W., Inui TS., Engle R. "Physician frustration in communicating with patients". Medical Care, 1993; 31 (4): 285-295.</p> <p>Torío DJ., García TMC. "Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios". Atención Primaria, 1997; 19 (1): 44-60.</p>

OCTAVA SEMANA (2 HORAS)

MODULO (UNIDADES) Y CONTENIDOS	COMPETENCIAS A LOGRAR	ACTVS. DE APRENDIZAJE	BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA
<p>PROPORCIONAR INFORMACIÓN EFECTIVA PARA FACILITAR LAS DECISIONES DEL PACIENTE</p> <p>Percepción de gravedad mayor a la real</p> <p>Mensajes de educación para la salud durante la consulta médica.</p> <p>Limitantes de conocimiento médico.</p> <p>Informar por primera vez una enfermedad crónica degenerativa.</p>	<p>El médico familiar proporcionará información valiosa al paciente para facilitar el proceso de toma de decisiones médicas, mediante la identificación de percepción excesiva del paciente acerca de la gravedad de su padecimiento, adecuando su lenguaje médico a las necesidades del paciente de nivel sociocultural bajo, le transmitirá mensajes de educación médica de forma eficaz durante la consulta médica, reconocerá con delicadez ante el paciente sus limitantes personales de conocimiento médico.</p>	<p>Retroalimentación: (Informar al grupo los resultados de lo experimentado acerca del módulo anterior. El coordinador y el grupo proporcionaran retroalimentación inmediata y relevante al caso).</p> <p>Análisis crítico de la literatura sugerida.</p> <p>Sociodrama (un alumnos tomará el papel del médico quien identificará diferentes factores de riesgo de un paciente diabético y los utilizará para proporcionar educación para la salud del paciente y sus familiares)</p> <p>Sociodrama (Un alumno representará al médico y otros más a paciente y familia con percepción de gravedad mayor a la real de una tumoración en cuello).</p> <p>Sesión practica: (durante el resto de la semana experimentar en la realidad profesional lo aprendido).</p> <p>Conclusiones del curso.</p>	<p>Dubé C., O'Donnell J., Novack D. "Communication skills for preventive interventions" Academic Medicine., 2000; V. 75 (7)</p> <p>Edwards A., Elwyn G., Gwyn R. "General practice registrar response to the use of different risk communication tools in simulated consultations: a focus group study". BMJ. 1999; 319: pp 749-752.</p> <p>Makoul G., Arntson P., Schofield T. "Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications". Soc. Sci Med. 1995; 41 (9): 1241-1254.</p>

CONCLUSIONES

Se lograron identificar las competencias de comunicación médico paciente que debe poseer el médico familiar para un mejor desempeño de su trabajo clínico, contextualizadas a nuestro medio.

Así mismo, se alcanzó el objetivo de clasificar las competencias de comunicación mediante el análisis factorial, el cual permitió organizarlas de acuerdo a su frecuencia y a su dificultad de manejo por parte del médico.

Como puede observarse, el médico familiar parece requerir competencia tanto en aspectos relativos a la frecuencia de ciertos eventos en la comunicación con sus pacientes, como en los de dificultad para el manejo de los mismos. Por lo anterior, la propuesta de abordaje es mediante la inclusión de cursos específicos en el área comunicativa, durante el currículum académico profesional.

Se efectuó la redacción final de las competencias de comunicación con el paciente en medicina familiar, las cuales indican no solamente las áreas en las cuales debe encontrar su competencia el médico, sino también la forma en la cual debe serlo, es decir; considerando además el entorno complejo y las limitantes reales, con lo cual se espera que el médico pueda mantener su competencia futura.

Se hace también una propuesta en términos generales acerca de las características que puede poseer el diseño de un curso de comunicación médico paciente, bajo la modalidad de educación basada en competencias, el cual quedaría sujeto a las políticas educativas de las instituciones formadoras de recursos para la salud, ó de la postura y recursos humanos y materiales de las unidades médicas donde laboran los médicos que requieren este tipo de capacitación.

El desarrollo de un currículo en el área de la comunicación a cualquier nivel de la formación médica, deberá basarse en estudios como éste que intentan destacar la comunicación médico paciente como una función central en el logro de las actividades clínicas del médico. De esta forma, se advierte la necesidad de intervenciones educativas que coadyuven a la solución de la falta de capacitación formal y específica del médico familiar en la comunicación efectiva con su paciente.

Es necesario realizar más estudios en este ámbito para una mayor comprensión de las condiciones en las que deben ser formados los médicos con el fin último de otorgar un mejor cuidado al paciente en su campo profesional. Nuevos estudios deberán tomar en cuenta a otros actores del fenómeno, como la educación al paciente que merece mayor atención, así como la participación de la estructura administrativa de los escenarios profesionales. La investigación debe considerar iniciativas de educación médica y del paciente con rigurosa evaluación (101), estudios de Cohortes para evaluar medidas de comunicación aún no asociadas con los resultados de salud (53, 101).

Siendo la comunicación un proceso tan interactivo, es conveniente animar el desarrollo de estudios cualitativos en tanto no contemos con otros que permitan realizar estudios cuantitativos para probar hipótesis más firmes.

Por otra parte, es posible que la similitud entre algunos de los resultados encontrados en este estudio con los descritos por otros autores, en tanto no se disponga de eventos educativos formales, anime a que el médico familiar de nuestro ámbito los pueda utilizar para orientarse mejor hacia un entendimiento óptimo con sus pacientes. Esto es; que el sólo hecho de haber identificado los elementos para las eventuales

competencias, permita al médico que las consulte, efectuar una especie de catarsis para contender con la problemática cotidiana con sus pacientes.

Desde el punto de vista de quien hace estas reflexiones, aún cuando se pueden discutir las condiciones metodológicas y el hecho de encontramos ante una investigación de corte descriptivo, se lograron identificar circunstancias de gran importancia para favorecer el desarrollo de una competencia comunicativa eficaz con el paciente y que de abordarlas, pueden traer beneficios tanto al paciente como al mismo médico.

Lo descriptivo y condición transversal del estudio puede representar una limitante, pues de acuerdo con Inui (53), en el estudio de la comunicación médico paciente, se han descuidado los resultados a largo plazo mediante investigaciones que permitan observar la repercusión de intervenciones del médico en el fenómeno. Es posible que este trabajo pueda servir de punto de partida para elaborar estudios en los cuales se puedan experimentar hipótesis más duras, donde se sometan a prueba posibles relaciones causales entre el proceso de comunicación médico paciente y la mejora de resultados en el cuidado de salud, todo ello con el fin de evidenciar más rigurosamente la necesidad de cambiar conductas del profesional de la salud. Sin embargo, en el momento actual, ante la riqueza y complejidad de la comunicación humana, y lo rudimentario de la investigación en el campo, los diseños descriptivos parece que pueden seguir siendo convenientes.

Por tanto, es probable que uno de los aspectos a cuidar al continuar el estudio de esta línea, sea el de la metodología si se desea tener progresos más substanciales, o como diría Inui hacer mejores investigaciones y no simplemente hacer investigación.

Por el tipo de muestreo empleado, tanto durante la primera como en la segunda fase del trabajo, los resultados deben ser considerados válidos únicamente para la muestra estudiada. Sin embargo, este estudio parece ser uno de los primeros trabajos mexicanos que abordan el problema de la comunicación médico paciente bajo la óptica de la educación basada en competencias, como se ha señalado en el apartado de discusión de resultados, la búsqueda en la base de datos Artemisa permitió observar que aunque otros autores también se han aproximado al estudio de este fenómeno ha sido desde diferentes ángulos, por lo que esta investigación se puede considerar un acercamiento adecuado para conocer situaciones específicas en las cuales el propio médico reconoce tener ciertas dificultades con los pacientes, Por lo anterior, el hecho de ser datos reconocidos por los propios médicos insertos en contextos laborales de nuestro país, a pesar de representar apenas una muestra no aleatoria, es posible que pueda ser visto como una fortaleza, si se considera que son situaciones reales y referidas como parte de nuestra realidad, diferente de lo que tendríamos si solamente se adoptaran situaciones detectadas por otros estudiosos pero fuera de nuestro contexto. Por otra parte, de acuerdo con Giacomini y cols. (39), al trabajar en una investigación de tipo cualitativo, uno de los aspectos a cuidar al seleccionar la muestra, no es precisamente su cualidad de aleatoria, sino más bien que la selección de los participantes sea bien razonada y su inclusión relevante a la pregunta de investigación, lo cual ya ha sido comentado en la sección de valor de los instrumentos empleados.

El empleo de herramientas de la metodología cualitativa quizá sea debilidad, desde la óptica de la metodología cuantitativa, pero tal vez también resulte conveniente analizarlo desde otro ángulo. Los estudios cuantitativos son adecuados para responder preguntas tales como si alguna intervención es más buena que dañina, o cuánto un factor de riesgo puede predisponer al paciente a una enfermedad, sin embargo la medicina no sólo es mecanicista sino también un arte interpretativo (39), y para tal efecto la metodología cualitativa ofrece valiosos insights durante el abordaje de fenómenos sociales, emocionales y

experienciales en el cuidado de la salud, por lo que este tipo de investigación, a diferencia de la cuantitativa, pretende explorar cuestiones del tipo de qué, cómo o por qué. De acuerdo con Giacomini, los métodos cualitativos parecen significar una alternativa rigurosa al acercarse a áreas en las cuales aún no existe una visión bien establecida o para las cuales la teoría convencional parece inadecuada. Este parece ser el caso de la comunicación médico paciente, de momento se estima que no se cuenta con la posibilidad de efectuarlo con metodología más consistente, dado que al respecto, y hasta donde permitió llegar el análisis de la literatura consultada, no hay estudios adecuados en nuestro país a partir de los cuales se pudiera elaborar otro tipo de investigación que permitiera un análisis diferente. Ante tal panorama y tratándose de un fenómeno con características inherentemente subjetivas, es probable que haya sido correcta la aproximación realizada utilizando técnicas de la metodología cualitativa.

Por cuanto a las categorías detectadas, estas comparten ciertas dificultades señaladas por otros autores (30, 53), incluyendo la falta de bases teóricas para la taxonomía propuesta, cierta ambigüedad en la clasificación con aparente traslape de condiciones, falta de definiciones operativas adecuadas para su medición, y quedaría aún pendiente la atención por otros investigadores acerca de la confiabilidad de las observaciones intra observador efectuadas aquí, aunque como quedó asentado en otra sección, tales observaciones fueron discutidas y analizadas en reiteradas ocasiones con el asesor del trabajo a fin de minimizar este efecto.

Acerca del lugar donde se efectuó la investigación habrá que tomar en cuenta que aunque se trabajó con médicos que laboran en tres de las principales instituciones del sector salud de nuestro país (IMSS, ISSSTE y SSA), el estudio se condujo solamente en unidades médicas del Distrito Federal por lo que las situaciones detectadas pueden diferir en otras áreas del país.

La falta de experiencia del investigador responsable puede señalarse como otra limitante del trabajo, pues fue durante la aplicación de las técnicas que se fue adquiriendo la experiencia necesaria para obtener fácil y depuradamente los datos requeridos, haciendo los ajustes pertinentes para el acercamiento más productivo con la población estudiada y posteriormente también influyo para un lento análisis de la información obtenida.

Finalmente, a pesar de las limitaciones que se puedan identificar, es probable que se pueda considerar que este estudio ayuda de forma aceptable a la comprensión del fenómeno comunicativo entre el médico y el paciente en la práctica de la medicina familiar. Por lo que se ha revisado, pocos estudios han tratado de identificar explícitamente las situaciones o áreas en las cuales el médico familiar de nuestro medio, debe desarrollar su competencia comunicativa para confrontar eficientemente con la problemática que le demandan los pacientes en su profesión, competencia considerada fundamental en la atención y cuidado del enfermo como ha sido señalado por diversos autores descritos a lo largo de este trabajo.

En conclusión, se logró dar respuesta al problema que motivó el desarrollo de esta investigación, es decir; por encima de las limitaciones señaladas, se lograron identificar las áreas de comunicación médico paciente que representan algún grado de preocupación para los médicos familiares de nuestro medio, se logró construir un instrumento válido para conocer la frecuencia con que enfrenta este médico tales situaciones así como el grado de dificultad para confrontarlas, se elaboraron las competencias de comunicación para el médico familiar y se efectuó una propuesta educativa para este grupo de médicos. Los pasos ulteriores deberán ser prácticos impartiendo el curso propuesto, evaluarlo y observar las modificaciones en la práctica profesional del médico familiar.

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu H. L.F. "Competencias profesionales: aspectos introductorios". Documento preparado para el Comité de Planeación de la AMFEM. Facultad de Medicina. UNAM. Abril de 2001.
2. Abreu H. L.F. "Dinámica de trabajo para la Técnica TKJ". Documento en mimeógrafo preparado para el programa de maestría y doctorado en ciencia médica, odontológica y de la salud. Facultad de Medicina. UNAM. 2000.
3. Abreu HLF., Infante CC., Dieter GKK., Cravioto A. "Implicaciones sociales de la calidad profesional de los médicos y de la certificación". *Gac Méd Mex.*, 2000; 136 (6):611-623.
4. Baile W F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beagle E., Kudelka A. "SPIKES. A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer". *The Oncologist* 2000; (5): 302-311.
5. Barrón T. C. "La educación Basada en competencias en el marco de los procesos de la globalización". En: "Formación en competencias y certificación profesional". Valle Flores Ma A. (comp.) CESU.UNAM 2000, pp 17-44.
6. Bosch F. J. M. "Medir la comunicación, esa es la cuestión". *Atención Primaria*, 2002, 29 (3): 50-53.
7. Bradley HE., Cramer LD., Bogardus ST., Kasl SV., Johnson HR., Horwitz S. "Physicians' rating of their knowledge, attitudes, and end of life care practices". *Academic Medicine*, 2002; 77 (4): 305-311.
8. Britten N., Stevenson FA., Barry CA., Barber N., Bradley CP. "Misunderstanding in general practice: qualitative study". *BMJ*, 2000; 320: pp. 484-488.
9. Broomfield D., Humphris GM. "Using the Delphi technique to identify the cancer education requirements of general practitioners". *Medical Education* 2001; 35: 928-937.
10. Brown J B., Boles M., Nullooly J P., Levinson W. "Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial". *Ann Intern Med*. 1999; 131: 822-829.
11. Campbell TL., Seaborn DN., McDaniel SH. "Estrés familiar y asesoramiento". En: Taylor RB. Editor. *Medicina de familia. Principios y práctica*. Springer-Verlag New York, Inc. 1994. p. 213-219.
12. Campero CL. "Calidad de la relación pedagógica médico paciente en consulta externa: El caso de Oaxaca, México". *Salud Pública de México* 1990; 32 (2): 192-204.
13. Cano PJF., Santos TP. "Diabetes Mellitus". En: ZurroMA: Cano PJF editores. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, Esp. Elsevier; 2003. p 846-847.
14. Carracio C., Wolsfsthall SD., Englander R., Ferentz K., Martin Ch. "Shifting paradigms: From Flexner to competencias". *Academic Medicine*, 2002; 77 (5): 361-367.
15. Carrillo J. E., Green A.R., Betancourt J. R., "Cross-cultural primary care: A patient-based approach. *Ann Intern Med.*, 1999; 130 (10): p.829-34.
16. Cumming A., "Good communication skills can mask deficiencies" *BMJ* 2002; 325 (7366): 676a.
17. Diamond M., Kamien M., Sim M., Davis J. "A critical incident study of general practice trainees in their basic general practice term". *The Medical Journal of Australia.*, 1995; V. 162
18. Díaz Barriga F, Rigo MA. "Formación docente y educación basada en competencias" En: "Formación en competencias y certificación profesional". Valle Flores Ma A. (comp.) CESU.UNAM 2000, pp 76-104.
19. Catell R. B. (1966) "The scree test for the number of factors". *Multivariate behavioural research.* (1): 245-76.
20. Diwakar V. Commentary: the baby is thrown out with the bathwater". *BMJ*, 2002; 325 (7366): 696.
21. Donald J., Marinelly T., Douglas. "The effects of patient communication skills training on compliance". *Arch. Fam. Med.*, 2000; V. 9: p. 57-64.
22. Dubé C., O'Donnell J., Novack D. "Communication skills for preventive interventions" *Academic Medicine.*, 2000; V. 75 (7)
23. Edwards A., Elwyn G., Gwyn R. "General practice registrar response to the use of different risk communication tools in simulated consultations: a focus group study". *BMJ*. 1999; 319: pp 749-752.
24. Elwin G., et al. "Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial shared decision making skill development an use of risk communication aids in general practice" *Family Practice*. 2002; 21 (4) 337-346.
25. Facultad de Medicina. "Estructura del Plan Único". *Rev. Fac. Med. UNAM*. 1993; 36 (4): 17-31.
26. Facultad de Medicina. "Plan Único de especializaciones médicas (PUEM)" UNAM, Facultad de Medicina, División de estudios de posgrado e investigación. 3ª. Edición 2003.
27. Feinstein A. "The theory and Evaluation of Sensibility". En: Feinstein, A. editor, *Clinimetrics* Yale University Press New Haven and London. 1987. p. 141-166.
28. Ferrándiz S.J., Sáenz PM. "Disfunción sexual". En: Zurro MA, Cano PJF editores. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, Esp. Elsevier; 2003. p 10471068.

29. Fitzpatrick R., Graham S. "Clase social, etnicidad y enfermedad" En: Fitzpatrick et al. Tavistock publications. Londres-NewYork. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica México.1990.65-97.
30. Flanagan J.C. "The critical incident technique" Psychological Bulletin, 1954; V. 51 (4): 327-58.
31. Fletcher S. "Competencia un concepto mundial". En: Shirley F., editor. Análisis de competencias. Herramientas y técnicas para analizar trabajos, funciones y puestos. México: Panorama Editorial, SA de CV. 2000. p. 11-22.
32. Fletcher S. "Propósitos y usos de la evaluación con base en las competencias". En: Shirley F., editor. Análisis de competencias. Herramientas y técnicas para analizar trabajos, funciones y puestos. México: Panorama Editorial, SA de CV. 2000. p. 114-115.
33. Fletcher S., "Comenzar por las normas". En: Shirley F., editor. Diseño de capacitación basada en competencias laborales. México: Panorama Editorial, SA de CV. 2000.35-70.
34. Fones C., Heock K., Lee G. "What makes a good doctor: Defining the ideal end-product of medical education". Academic Medicine, 1998; V. 73 (5)
35. Fraser S W., Greenhalgh T. "Complexity science. Coping with complexity: educating for capability" BMJ, 2001; 323 (6): 799-803.
36. García V. J.L. "Relación médico paciente en un modelo de comunicación humana". Rev Med IMSS. 1999; 37 (3): 213-220.
37. Geller, et al. "Medical Students' Knowledge, attitudes, skills, and practices of cancer prevention and detection". J. Cancer Educ. 1999; 14: 72-77.
38. Gené B., Duran N. "Gestión en Atención Primaria". En: Zurro MA: Cano PJF editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid, Esp. Elsevier; 2003. p. 70-83.
39. Giacomini MK., Cook DJ., "Users' guides to the medical literature: XXIII qualitative research in health care. Are the results of the study valid?" JAMA, 2000; 284 (3): 357-362.
40. Gonczy A., Athanasou A. "Instrumentación de la educación basada en competencias. Perspectivas de la teoría y la práctica en Australia". En: "competencia laboral y educación basada en normas de competencia" Argüelles A. (comp.). Ed. Limusa, México 1996; pp.265-288.
41. Goodyear-Smith F., Buetow S. "Power issues in the doctor patient relationship". Health Care Analysis. 2001; 9: 449-462.
42. Gordon M., "A review of the validity and accuracy of self assessments in health professions training". Academic Medicine 1991; 66 (12): 762-769.
43. Gutiérrez N, Aguilar E, Viniegra L. "Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar". Rev Med IMSS 1999; 37 (3): 201-210.
44. Hair JF Jr., et al. "Introducción" En: Hair JF Jr., Anderson R., Tatham R. Black. W. Editores. Análisis multivariante 5ª ed. México. Prentice Hall; 1999. p 1-28.
45. Hall JA., Roter DL., Katz NR. "Meta analysis of correlates of provider behavior in medical encounters" Medical Care, 1988; 26 (7): pp 657-672.
46. Hallenbeck J L. "Intercultural differences and communication at the end of life" Primary Care; Clinics in Office Practice., 2001; V. 28 (2)
47. Harvey R., Cope D., Jhonson R. "Behavioral Medicine Teaching Rounds: Improving Doctor-Patient Interaction Skills". Academic Medicine., 2000; V. 75 (5)
48. Hawk Ch., Buckwalter K., Byrd L., Cigelman S., Dorfman L., Ferguson K. "Health profession Students' perceptions of interprofessional relationships". Academic Medicine. 2002; 77 (4): 354-357.
49. Ibarra A. "El sistema normalizado de competencia laboral" En: "competencia laboral y educación basada en normas de competencia" Argüelles A. (comp.). ED. Limusa, México 1996, pp. 27-66.
50. Infante C., Schalepfr L. "Las variables socioeconómicas en la investigación en Salud Pública en México: su significado y medición". Salud Pública de México. 1994; 36 (4): 364-373.
51. Infante CC., Abreu HL., F., Reyes LI. "Las quejas médicas: mecanismo de empoderamiento del paciente". Revista de Psicología Social, 2000; XVI (1): 81-94.
52. Infante CC., Abreu HLF., Reyes L I. "Las quejas de los pacientes: Objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica". Revista de Psicología Social y Personalidad, 1998; V XIV (2): p.173-191.
53. Inui TS., Carter W. "Problems and prospects for health services research on provider-patient communication". Medical Care, 1985; 23 (5): pp. 521-538.
54. Irigoyen C. "La familia". En: Irigoyen C.A., Gomez C. FJ., Jaime H., Hernández C., Farfán G., Fernández MA., Mazón JJ. Editores. Fundamentos de Medicina Familiar. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 1997. 91-9.
55. Jeong O., Segal R., Gordon J., Boal J., Jotkowitz A. "Retention and use patient centered interviewing skill after intensive training". Academic Medicine., 2001; V. 76 (6)

56. Kobinger Nicole. "El sistema de formación profesional y técnica por competencias desarrollado en Quebec". En: "competencia laboral y educación basada en normas de competencia" Argüelles A. (comp.). ED. Limusa, México 1996, pp.247-264.
57. Korsch BM., Gozzi EK., Francis V. "Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 1968; 42 (5): pp. 855-871.
58. Lane D., Ross V. "Defining competencies an performance. Indicator for physician in medical management" *Am J Prev Med* 1988; 14 (3).
59. Lang F., Everest K., Goven R., Bennard B. "Faculty development in communication skills instruction" *Academic Medicine* 2000; 75; 12: 1222.
60. Leung W Ch. "Competency based medical training". *BMJ*, 2002; 325 (7366): 693-696.
61. Levinson W., Roter D., Mullooly J., Valieri T., Frankel R. "Physician patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons". *JAMA*. 1997; V. 277. (7).
62. Levinson W., Stiles W., Inui TS., Engle R. "Physician frustration in communicating with patients". *Medical Care*, 1993; 31 (4): 285-295.
63. Lewis CC., Pantell RH., Sharp L. "Increasing patient knowledge, satisfaction, and involvement: Randomized trial of a communication intervention". *Pediatrics*. 1991; 88(2):351-358.
64. Lifshitz A. "Perfil del médico en el área clínica". *Rev Fac Med UNAM*, 1993; V 36 (2): p. 82.
65. Lifshitz A. "Perfil profesional del especialista en medicina". *Rev Fac Med UNAM*, 1992; V 35 (4): p. 149-152.
66. Maguirre P., Pitceathly C. "Key communication skills and how to acquire them". *BMJ*, 2002; 325 (7366): 697-700.
67. Makoul G., Arntson P., Schofield T. "Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications". *Soc. Sci Med*. 1995; 41 (9): 1241-1254.
68. Manso M., J.M. ¿Qué enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales (1ª. Parte). *Educación Médica*. 2000; 3 (2): 61-106.
69. Manso M., J.M. ¿Qué enseñar en ciencias de la salud? Técnicas para definir competencias y perfiles profesionales (2ª. Parte). *Educación Médica*. 2000; 3(3): 11-16.
70. Maudsley G, Strivens J. "Science, critical thinking and competence for tomorrow's doctors. A review of terms and concepts". *Medical Education*, 2000; 34: p. 53-60.
71. McWhinney I., "Why we need a new clinical method" *Scand J. Prim Health Care.*, 1993; V. 11; p. 37.
72. McWhinney IR. "Comunicación médico paciente". En: *Medicina de familia*. ED., Doyma, España, 1995; cap. 7; pp. 89-113.
73. Melvin SY., "Malos tratos y abandono de menores". En: Taylor RB. Editor. *Medicina de familia. Principios y práctica*. Springer-Verlag New York, Inc. 1994.p 194 - 198.
74. Menéndez EL. "Familia, participación social y proceso salud enfermedad". En: Denman C., Escobar A., Infante C., Mercado F., Robles L. (Coord.) *Familia, Salud y Sociedad*. Guadalajara. U de G. INSP, CIESAS, Colegio de Sonora. 1993. p 130.162.
75. Meredith L., Stewart M., Brown JB. " Patient-centered communication scoring method report on nine coded interviews". En: *Health communication*. Ed Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 2001; 13 (1), 19-31.
76. Moira S., Belle B., Allan D., McWinney I., Oates J., Weston W., Jordan J. "The impact of patient-centered care on outcomes" *J. Fam Prac*. Sept 2000 V 49. No 9. Pp 796-804.
77. Morfin A. "La nueva modalidad educativa: educación basada en normas de competencia". En: "Competencia laboral y educación basada en normas de competencia" Argüelles A. (comp.). ED. Limusa, México 1996, pp. 83-98.
78. Norman G R. "Defining competence: A metodological review" En: "Assessing Clinical Competence". Neufeld V R., Norman G R., (Editors) Springer Publishing Company, New York. 1985.
79. Norman G R. "Defining competence: A methodological review". En: "Assessing Clinical Competence". Neufeld V R., Norman G R., (Editors) Springer Publishing Company, New York. 1985.
80. O'Connor A. "Risk communications in practice: the contribution of decision aids". *BMJ*. 2003; 327: 736-740.
81. Orozco Fuentes B. "De lo profesional a la formación en competencias: giros conceptuales en la noción de formación universitaria". En: "Formación en competencias y certificación profesional". Valle Flores Ma A. (comp.) CESU.UNAM 2000, pp 105 -139.
82. Pachter LM. "Culture and clinical care. Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery". *JAMA*, 1994; 271 (9): 690-94.
83. Plutchick, R., Conte. R., Karasu T. "Critical Incidents in Psychotherapy". *Am. J. Of Psychotherapy.*, 1994; V. 48 (1)
84. Poenaru D. "Objectives-based self assessment of surgical residents". *Academic Medicine*, 2000 75 (5):543. (Letter).
85. Randall V., Hanson J. "the family Competency Project". *Academic Medicine*, 2000; V. 75 (5)
86. Reidorff E., Hayes O., Carlson D., Walkes G. "Assessing the new general competencies for resident education: A model from an emergency medicine program". *Academic Medicine*, 2001; V. 76 (7): p. 10-17.

87. Rizo CA., Jadad AR., Enking ME. "Letters. What's a good doctor and how do you make one?" *BMJ*, 2002; 325 (7366):711.
88. Rodríguez OG., Rojas RM. "Entrenamiento en habilidades conductuales para profesionales de la salud. Proyecto PAPIME UNAM". En: Donovan K., Premi JN. *La comunicación de malas noticias*. México, Facultad de Psicología. UNAM. 2000. p. 1-61.
89. Rojas Moreno I. "La educación basada en normas de competencia (EBNC) como un nuevo modelo de formación profesional en México". En: "Formación en competencias y certificación profesional". Valle Flores Ma A. (comp.) CESU.UNAM 2000, pp 45-75.
90. Ronald M., Epstein, Thomans L., Campbell, Steven A. Cohen-Cole, Ian R., McWhinney, Smilkstein G. "Perspectives on Patient-Doctor Communication". *J. Of Family Practice*, 1993; V 37 (4): p. 377-387.
91. Roter D., Stewart M., Putnam S., Lipkin M., Stiles W., Inui T. "Communication patterns of primary care physicians". *JAMA*, 1997; V. 277 (4): p. 350-356.
92. Rothman AJ., Salovey P. "Shaping perception to healthy behavior: the role of message framing". *Psychological Bulletin*. 1997; 121(1): 3-19.
93. Ruiz M R., Rodríguez JJS., Perula TL., Prados CJA. "Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia" *Atención Primaria*, 2002; V. 29 (3): p. 132-134.
94. Saluja S. "La capacitación basada en competencias en el Reino Unido" En: "competencia laboral y educación basada en normas de competencia" Argüelles A. (comp.). ED. Limusa, México 1996, pp. 145-170.
95. Senarclens M. "Las perspectivas de la enseñanza Balint en el enfoque de los problemas sexuales". En: Abraham G., Pasini W. Editores. *Introducción a la sexología médica*. Barcelona. Editorial Crítica. Grupo editorial Grijalbo. 1980. p.122-124.
96. Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D., Tillj. "Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement". *BMJ*. 1991; 3003: 1385-1387.
97. Skelton J R., Kai J., Loudon RF. "Cross-cultural communication in medicine: questions for educators" *Medical Education*, 2001; V. 35: p. 257-261.
98. Skelton JR., Hobbs FDR. "Concordancing: use of language-based research in medical communication". *The lancet*. 1999; 353: 108-111.
99. Stevenson FA., Gerret D., Reivers P., Wallace G. "GPs' recognition of, and response to, influence on patients' medicine taking: the implication for communication". *Family Practice*. 2000; 17 (2): 119-123.
100. Stewart J, O' Halloran C, Barton J, Singleton S, Harrigan P, Spencer J. "Clarifying the concepts of confidence and competence to prouder appropriate self-evaluation measurement scales" *Medical Education*, 2000; V 34: p. 903-909.
101. Stewart M A. "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review". *Can Med Assoc J*, 1995; 152 (9): 1423-1433.
102. Stewart M., Belle, Donner A., McWhinney I., Weston W., Jordan J. "The impact of patient-centered care on outcomes". *J Fam Pract.*, 2000; V. 49: p. 796-804.
103. Stewart M., Brown JB, Weston W. "Patient centered interviewing part III: five provocative questions". *Can Family Phys.* 1989; 35: 159-161.
104. Tates K., Meeuwesen L. "Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature" *Soc. Sci and Med.*, 2001; 52 (6): 839-851.
105. Taylor RB. "Principios de la medicina de familia: términos actuales. En: Taylor RB. Editor. *Medicina de familia. Principios y práctica*. Springer-Verlag New York, Inc. 1994.p 1-4.
106. Torio DJ., García TMC. "Relación médico-paciente y entrevista clínica (y II): opinión y preferencias de los médicos". *Atención Primaria.*, 1997; V. 19 (1): p. 27-34.
107. Torio DJ., García TMC. "Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencia de los usuarios". *Atención Primaria*, 1997; 19 (1): 44-60.
108. Waitzkin H., Cabrera A., Arroyo de C.E., Rodríguez F. "Patient-doctor communication in cross-national perspective. A study in México". *Medical Care*, 1996; V. 34 (7)
109. Waterson T. "A critical incident study in child health" *Medical Education.*, 1988, V. 22 pp 27-31.
110. Wensing M., Jung HP., Mains J., Olesen F., Grol R. " A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part I: Description of the research domain". *Sci. Sci. Med.* 1998; 47 (10): 1573-1587.
111. Westheimer R., Lopater S. "Love, affection, and sexual intimacy". En: *Human sexuality. A psychosocial perspective*. Ed. Lippincott William and Wilkins. Philadelphia, USA 2002; cap 7 pp. 206-243.
112. Williamson J., Mackay P. "Incident reporting". *The medical journal of Australia.*, 1991; V. 155
113. Woolliscroft JO., Thenhaken J., Smith J., Calhoun J G. "Medical students' clinical self assessments: Comparisons with external measures of performance and the students' self-assessments of overall performance and effort". *Academic Medicine*, 1993; 68 (4): 285-294.

114. Iwata BA, et al. "Skill acquisition in the implementation of functional analysis methodology". *J Appl Behav Anal.* 2000; 33 (2): 81-94.
115. Beltran RJ, Ikeda MC. "Taxonomía de las competencias en educación tecnológica". *Rev Estomatol Herediana.* 2004; 14 (1-2):107-11.
116. Girón M., Beviá B., Medina E., Talero MS. "Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Estudio con grupos focales". *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76 (5).
117. Alanza MJJ, Holland JC. "La comunicación de las malas noticias en la relación médico paciente. I. Guía clínica práctica basada en evidencias". *Rev. Sanid. Milit. Mex.* 1999; 053 (02): 160-164.

IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS RELEVANTES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

ANEXOS

Anexo número 1

Formato para la descripción de un incidente positivo:

Describe el Problema de comunicación y su contexto clínico	
Que hizo usted	
Resultado	
De este intercambio comunicativo con su paciente, ¿qué considera usted que permitió que el incidente tuviera un resultado positivo?	
Qué evidencias firmes demostraron este desempeño positivo	

Modificado de Feltcher (análisis)

Anexo número 2

Formato para la descripción de un incidente negativo:

Describe el problema de comunicación y su contexto clínico	
Qué hizo usted	
Resultado	
De este intercambio comunicativo con su paciente, ¿qué considera usted que influyo para obtener un resultado negativo?	

Modificado de Feltcher (análisis)

Anexo 3.

TÉCNICA "TKJ"

Ejemplo de las tarjetas empleadas:

Prioridad (con número)	Peso o calificación de acuerdo a su equivalencia
Redacción de la idea acerca de la pregunta formulada	
Iniciales de quien genera la idea	

Anexo 4.

TÉCNICA "TKJ"
 TABLA DE CALIFICACIONES EMPLEADA PARA CONVERTIR LA PRIORIDAD EN UN NÚMERO QUE OTORQUE PESO A LA IDEA

PRIORIDAD	PESO Ó CALIFICACIÓN
1	20
2	19
3	18
4	17
5	16
6	15
7	14
8	13
9	12
10	11
11	10
12	9
13	8
14	7
15	6
16	5
17	4
18	3
19	2
20	1
21	0.9
22	0.8
23	0.7
24	0.6
25	0.5

Anexo 5.

Preguntas empleadas para la obtención de datos con la técnica TKJ e incidente crítico respectivamente:

- *Para la aplicación de la técnica TKJ, se utilizó la siguiente oración interrogativa:*

“Describe los mensajes más importantes y difíciles, que el médico familiar debe transmitir a sus pacientes”

- Para la obtención de los incidentes, se solicitó a los médicos por escrito en el formato preestablecido, la descripción específica de:

Un relato en el que, ante situaciones en las cuales hubieses presentado dificultad en su comunicación con el paciente, su intervención comunicativa haya brindado resultados positivos.

Un segundo relato en el que, ante situaciones en las cuales hubieses presentado dificultad en su comunicación con el paciente y en el cual a pesar de un buen esfuerzo comunicativo realizado, los resultados hayan sido negativos.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR

El objetivo del presente cuestionario, es detectar parte de la problemática de comunicación que se genera entre médicos y pacientes en el campo de la medicina familiar, a fin de poder implementar medidas que contribuyan a realizar una práctica clínica más efectiva.

La finalidad del cuestionario es instrumentar proyectos educativos. No existen respuestas buenas ni malas, y es completamente anónimo por lo que se pide contestar con sinceridad.

Le pedimos nos proporcione algunos datos generales. Evite anotar su nombre:

DATOS GENERALES :			
Unidad médica _____	Edad en años cumplidos: _____	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>
Años de práctica profesional (No considere los años de internado, servicio social, ni los de residencia): _____			
Universidad donde efectuó el pregrado: _____		Servicio de adscripción: _____	
Medico General: <input type="checkbox"/>	Médico familiar (especialidad 2 años): <input type="checkbox"/>	Médico familiar (especialidad 3 años): <input type="checkbox"/>	
En caso de haber efectuado la especialidad, ¿dónde la efectuó?: IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/>			

A continuación se le presentan varias situaciones que se observan en la relación médico – paciente con el objeto de identificar la frecuencia con la cual se presentan en su práctica cotidiana. Asimismo, se pretende conocer el grado de dificultad para su manejo por el médico familiar.

Al responder, piense en las situaciones clínicas que vive en esta unidad de atención médica.

En la primera columna, marque con una "X" el recuadro que represente su experiencia acerca de la frecuencia con la que se presenta la situación en su trabajo diario. De la misma forma, en la columna de dificultad, anote otra "X" sobre el cuadro elegido.

EJEMPLO NO MÉDICO DE RESPUESTAS:

FRECUENCIA DEL PROBLEMA	DIFICULTAD EN EL MANEJO DE ESTE TIPO DE SITUACIONES POR EL BOMBERO:										
1 a). Los bomberos enfrentan incendios provocados por productos químicos: Frecuente <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">X</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Infrecuente		X				1 b). Difícil <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">X</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Fácil	X				
	X										
X											

POR FAVOR, NO DEJE NINGÚN REACTIVO SIN CONTESTAR:

FRECUENCIA DE LOS CASOS	DIFICULTAD EN EL MANEJO DE ESTE TIPO DE SITUACIONES POR EL MÉDICO FAMILIAR:										
1 a). El paciente tiene una percepción de gravedad de su padecimiento mayor a la real: Frecuente <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Infrecuente						1 b). Difícil <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Fácil					
2 a). Lograr que el paciente comprenda que debe realizar cambios en su estilo de vida para un mejor control de su padecimiento: Frecuente <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Infrecuente						2 b). Difícil <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Fácil					
3 a). Informarle al paciente por primera vez, que tiene VIH-SIDA: Frecuente <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Infrecuente						3 b). Difícil <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Fácil					

FRECUENCIA DE LOS CASOS	DIFICULTAD EN EL MANEJO
<p>4 a). Manejar temores y emociones del paciente para que comprenda mejor su padecimiento:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>4 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>5 a). Informar a los familiares el fallecimiento de su paciente:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>5 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>6 a). Involucrar al paciente para que comprenda que debe tener una participación activa en el tratamiento de su padecimiento:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>6 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>7 a). Involucrar a la familiar para que participe como corresponsable en el tratamiento del paciente:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>7 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>8 a). El paciente no percibe la magnitud del riesgo futuro provocado por una enfermedad crónica:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>8 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>9 a). Carencia de recursos materiales y/o humanos para una adecuada atención del paciente:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>9 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>10 a). Confirmar al paciente el diagnóstico de alguna otra enfermedad de mal pronóstico (excepto SIDA):</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>10 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>11 a). El paciente considera que requiere incapacidad médica cuando en realidad no la necesita:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>11 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>12 a). Enojo del paciente por tener que esperar mucho tiempo para ser atendido:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>12 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>13 a). Informar al paciente que el padecimiento se ha complicado:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>13 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>14 a). Informar a la familia que el padecimiento del paciente se ha complicado:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>14 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>
<p>15 a). Abordar la esfera sexual del paciente masculino para orientar su diagnóstico o tratamiento:</p> <p>Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente</p>	<p>15 b).</p> <p>Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil</p>

16 a). Abordar la esfera sexual de la paciente femenina para orientar su diagnóstico o tratamiento:	16 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
17 a). El exceso de trabajo causa dificultades para la atención del paciente:	17 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
18 a). El paciente demanda procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios:	18 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
19 a). Paciente que presenta cuadro clínico compatible con enfermedad psicósomática:	19 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
20 a). Adecuar el lenguaje médico al paciente de nivel sociocultural bajo:	20 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
21 a). Transmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica:	21 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
22 a). Expresarle al paciente las limitantes personales de conocimiento médico:	22 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
23 a). Informar a los familiares que su paciente ha entrado en la fase terminal:	23 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
24 a). Auxiliar al paciente en el manejo de problemas de la Dinámica Familiar:	24 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
25 a). Manejar problemas de violencia intra - familiar:	25 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
26 a). El paciente desconfía de las habilidades clínicas del médico:	26 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
27 a). Lograr que el paciente comprenda la gravedad de su enfermedad:	27 b).
Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	Difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil

28 a). Temor de provocar alteraciones familiares al informar el origen de alguna enfermedad de transmisión sexual al paciente: Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	28 b). Dificil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
29 a). Paciente que se niega a aceptar las repercusiones en su vida, de las complicaciones causadas por enfermedades crónicas degenerativas: Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	29 b). Dificil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
30 a). Informar al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónico degenerativa: Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	30 b). Dificil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
31 a). Confesarle al paciente que se ha cometido un error médico con él: Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	31 b). Dificil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
32 a). Hacerle sentir al paciente que sus problemas nos interesan: Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	32 b). Dificil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
33 a). Enojo del paciente por las dificultades administrativas previas a la consulta: Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	33 b). Dificil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil
34 a). Paciente con un pensamiento mágico-religioso acerca de su enfermedad: Frecuente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infrecuente	34 b). Dificil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fácil

35.- Mencione alguna otra situación difícil e importante de manejar con el paciente, no contemplada en el anterior Cuestionario: _____

36.- ¿Qué características debería tener un curso sobre comunicación médico paciente, para que tuviera éxito entre los médicos familiares? _____

37.- De los siguientes grupos, indique el porcentaje de pacientes que consulta usted así como su nivel socioeconómico:

Grupos	Porcentaje:	Nivel Socioeconómico:
a) Niños		Alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bajo
b) Adolescentes		Alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bajo
c) Mujeres adultas		Alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bajo
d) Hombres adultos		Alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bajo
e) Ancianos		Alto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bajo

38.- Durante la última semana, cuál fue la frecuencia de padecimientos agudos y crónicos que atendió:

Padecimientos	Porcentaje
a) Agudos	
b) Crónicos	

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACION DE LAS COMPETENCIAS

Primer paso: el propósito fundamental.

Dado que este trabajo se propone desarrollar competencias para que los médicos familiares posean una comunicación clínica más eficaz con sus pacientes durante su trabajo cotidiano, el propósito fundamental se puede declarar de la siguiente manera:

Lograr una comunicación médico paciente eficaz, mediante el reconocimiento y abordaje adecuados por parte del médico familiar, de situaciones clínicas importantes y frecuentes, que causan dificultad para la comunicación con el propósito de incidir positivamente en los resultados de la atención proporcionada al paciente durante su práctica clínica cotidiana.

Verbo	Objetivo	Condiciones y contexto
Lograr	una comunicación médico paciente eficaz	mediante el reconocimiento y abordaje adecuados por parte del médico familiar, de situaciones clínicas importantes y frecuentes, que causan dificultad para la comunicación, con el propósito de incidir positivamente en los resultados de la atención proporcionada al paciente durante su práctica clínica cotidiana.

Segundo paso: Unidades de competencia (funciones fundamentales).

Las unidades de competencia de acuerdo al propósito fundamental y a los resultados de este trabajo, son las siguientes:

1. Establecer una adecuada comunicación ante situaciones frecuentes de importancia clínica y social, con énfasis en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las relacionadas con problemas logísticos, con el objeto de coadyuvar a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como obtener su cooperación en el manejo de sus problemas de salud.
2. Capacidad para manejar situaciones difíciles relacionadas las percepciones de los pacientes, sobre la gravedad de su padecimiento, los riesgos y alternativas frente a una enfermedad crónica o degenerativa y las limitaciones del conocimiento personal del médico, manifestándoles empatía, compromiso e interés, educándolo y adecuándose al nivel socioeconómico y cultural del paciente, con el objetivo de mejorar la interacción, obtener la colaboración y forjar una alianza terapéutica con el paciente para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.
3. El médico familiar será capaz de realizar una comunicación efectiva manejando situaciones disonantes entre los criterios médicos y la visión del paciente, considerando las creencias, valores, percepciones y expectativas del paciente, ante condiciones que implican dar malas noticias, abordar la esfera sexual y familiar del paciente, o bien en situaciones que generan insatisfacción y falta de cooperación del paciente en el cuidado de su salud. Con el objeto de elaborar un plan de abordaje médico conducente a mejorar la situación del paciente y familia.

Verbo	Objetivo	Condiciones y contexto
1. Establecer	una adecuada comunicación ante situaciones frecuentes de importancia clínica y social, con énfasis en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las relacionadas con problemas logísticos,	con el objeto de coadyuvar a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como obtener su cooperación en el manejo de sus problemas de salud, durante la practica profesional cotidiana del médico familiar.

Verbo	Objetivo	Condiciones y contexto
2. Manejar	situaciones difíciles relacionadas las percepciones de los pacientes, sobre la gravedad de su padecimiento, los riesgos y alternativas frente a una enfermedad crónica o degenerativa y las limitaciones del conocimiento personal del médico, con el objetivo de mejorar la interacción, obtener la colaboración y forjar una alianza terapéutica con el paciente para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.	manifestándoles empatía, compromiso e interés, educándolo y adecuándose al nivel socioeconómico y cultural del paciente, durante la practica profesional cotidiana del médico familiar.

Verbo	Objetivo	Condiciones y contexto
3. Manejar	mediante una comunicación efectiva, situaciones disonantes entre los criterios médicos y la visión del paciente, ante condiciones que implican dar malas noticias, abordar la esfera sexual y familiar del paciente, o bien en situaciones que generan insatisfacción y falta del cooperación del paciente en el cuidado de su salud.	considerando las creencias, valores, percepciones y expectativas del paciente ante las cuales el médico familiar debe desarrollar su competencia a fin de lograr una comunicación efectiva con sus pacientes y mejorar sus acciones de durante el cuidado de la salud.

Tercer paso: Elementos de competencias.

1. Unidad de competencia.

Establecer una adecuada comunicación ante situaciones frecuentes de importancia clínica y social, con énfasis en las enfermedades crónicas y degenerativas, así como las relacionadas con problemas logísticos, con el objeto de coadyuvar a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes, así como obtener su cooperación en el manejo de sus problemas de salud.

Elemento 1.1

El médico familiar será capaz de comunicar eficazmente las implicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas, primordialmente ante pacientes adultos y de la tercera edad, informándoles por primera vez que padecen una enfermedad de esta índole, ayudándoles a obtener una percepción adecuada de la magnitud del riesgo futuro de tales patologías y verificando que admitan las repercusiones de estas enfermedades en su organismo. Todo ello con la finalidad de que modifiquen su conducta, se adhieran al tratamiento y cambien su estilo de vida.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	* Criterios de desempeño (evaluación)
Comunicar	Las implicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas	Para que modifiquen su conducta, se adhieran al tratamiento y cambien su estilo de vida.	Informando al paciente por primera vez que padece una enfermedad crónica degenerativa, tratando de lograr en él una percepción adecuada de la magnitud del riesgo futuro y verificando que se adecue a la repercusión de las complicaciones en su vida.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar y ante pacientes masculinos o femeninos, adultos o de la tercera edad. Considerando el nivel sociocultural del paciente, limitaciones de recursos, dificultades administrativas y cantidad de trabajo profesional.	Ante pacientes reales y durante un tiempo no mayor de 15 minutos, durante una jornada laboral normal en su área de trabajo.

Elemento 1.2

El médico familiar también identificará los problemas de naturaleza logística de su institución laboral, reconociendo carencias de recursos materiales y humanos, o problemas administrativos, que pueden condicionar dificultades para la atención del paciente; explorará la percepción y expectativas del paciente con relación a los mismos. Manejando la irritación o enojo del paciente, mostrándole empatía, solidaridad e interés, exponiéndole posibles alternativas que contribuyan a mitigar los problemas y eviten conflictos entre el médico y su paciente, adecuando su lenguaje médico al nivel sociocultural del paciente. Con el fin de obtener mejores resultados de la intervención del médico familiar en el cuidado de la salud del paciente.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Identificar	los problemas de naturaleza logística de su institución laboral que afecten la atención médica.	Para disminuir conflictos entre el médico y el paciente durante el acto de la consulta médica y obtener mejores resultados de la intervención del médico familiar en el cuidado de la salud del paciente.	reconociendo carencias de recursos materiales y humanos, o problemas administrativos. Explorará la percepción y expectativas del paciente con relación a los mismos, manejará la irritación o enojo del paciente, mostrándole empatía, solidaridad e interés, exponiéndole posibles alternativas que contribuyan a mitigar los problemas, adecuando su lenguaje médico al nivel sociocultural del paciente.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, ante pacientes masculinos o femeninos, de cualquier edad y sin importar la patología por la que consultan. Considerando la cantidad de trabajo en los servicios de consulta externa o de urgencias de las unidades del primer nivel de atención médica y en ocasiones del segundo nivel.	Ante pacientes reales y en un tiempo promedio de 20 minutos durante una jornada normal en su área de trabajo. Verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.

* NOTA: El tiempo otorgado en el apartado de "Criterio de desempeño (evaluación)" se ha considerado como el que debe alcanzar, posterior a someterse al entrenamiento y luego de experimentar en la vida real, de forma reiterada las situaciones que describen todos los elementos de las competencias. Se podrá otorgar mayor tiempo durante su calidad de novato y durante las fases de entrenamiento.

2. Unidad de competencia.

Competencias específicas de comunicación en situaciones clínicas de manejo *difícil* (factor 4 de dificultad).

Capacidad para manejar situaciones difíciles relacionadas las percepciones de los pacientes, sobre la gravedad de su padecimiento, los riesgos y alternativas frente a una enfermedad crónica o degenerativa y las limitaciones del conocimiento personal del médico, manifestándoles empatía, compromiso e interés, educándolo y adecuándose al nivel socioeconómico y cultural del paciente, con el objetivo de mejorar la interacción, obtener la colaboración y forjar una alianza terapéutica con el paciente para mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

Elemento 2.1.

El médico familiar identificará cuando el paciente tiene una percepción irreal de la gravedad de su padecimiento y se encuentra angustiado, tranquilizándolo y mostrándole las opciones a sus problemas de salud y ayudándolo a tener una percepción realista de sus problemas, educándolo y obteniendo su colaboración para el manejo del problema de salud.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Identificar	Una percepción irreal del paciente de la gravedad de su padecimiento	Para obtener su colaboración en el manejo del problema de salud.	explorando su estado de angustia, tranquilizándolo y mostrándole las opciones a sus problemas de salud y ayudándolo a tener una percepción realista de sus problemas. Lo educará y adecuará el lenguaje médico al nivel sociocultural del paciente, transmitiendo mensajes de educación médica de forma eficaz durante la consulta.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, ante pacientes masculinos o femeninos, de cualquier edad y sin considerar la patología por la que consultan, atendidos en los servicios de consulta externa o de urgencias de las unidades del primer nivel de atención médica y en ocasiones del segundo nivel.	Ante pacientes reales, durante un tiempo no mayor de 20 minutos, verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.

Elemento 2.2

Será capaz de informar, por vez primera, al paciente que padece una enfermedad crónica o degenerativa, transmitiéndole una adecuada percepción de los riesgos y sobre de las opciones terapéuticas, realizado una actividad de educación para la salud, que perita involucrarlo en el manejo del problema y hacerlo co-responsable en la toma de decisiones.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Informar	Al paciente, por primera vez, que padece una enfermedad crónica o degenerativa	Para involucrarlo en el manejo del problema y hacerlo co-responsable en la toma de decisiones	Trasmitiéndole una adecuada percepción de los riesgos y sobre de las opciones terapéuticas, realizado una actividad de educación para la salud	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, ante pacientes masculinos o femeninos, de cualquier edad y sin considerar la patología por la que consultan, atendidos en los servicios de consulta externa o de urgencias de las unidades del primer nivel de atención médica y en ocasiones del segundo nivel.	Ante pacientes reales, durante un tiempo no mayor de 20 minutos, verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.

Elemento 2.3

Cuando el médico se percate de las limitaciones de su conocimiento personal, será capaz de reconocerlo mostrando al paciente su lealtad y compromiso en la búsqueda de soluciones a los problemas del paciente; siendo capaz de prepararse y buscar la información necesaria o bien, si el caso lo amerita, referirlo a urgencias o con el especialista correspondiente. Actuando siempre con veracidad y manteniendo un sentido ético y de responsabilidad profesional.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Reconocer	Limitaciones de su conocimiento personal	Para obtener la confianza y cooperación del paciente en el plan de manejo médico.	Mostrando al paciente su lealtad y compromiso en la búsqueda de soluciones a los problemas del paciente; siendo capaz de prepararse y buscar la información necesaria o bien, si el caso lo amerita, referirlo a urgencias o con el especialista correspondiente. Actuando siempre con veracidad y manteniendo un sentido ético y de responsabilidad profesional.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, ante pacientes masculinos o femeninos, de cualquier edad y sin considerar la patología por la que consultan, atendidos en los servicios de consulta externa o de urgencias de las unidades del primer nivel de atención médica y en ocasiones del segundo nivel.	Ante pacientes reales, durante un tiempo no mayor de 20 minutos, verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.

3. Unidad de competencia.

Competencias específicas de comunicación en situaciones clínicas frecuentes (factores 1, 2, 3, 4, y 5 de frecuencia), a la vez que de manejo difícil (factores 1, 2, 3, 5 y 6 de dificultad).

El médico familiar será capaz de realizar una comunicación efectiva manejando situaciones disonantes entre los criterios médicos y la visión del paciente, considerando las creencias, valores, percepciones y expectativas del paciente, ante condiciones que implican dar malas noticias, abordar la esfera sexual y familiar del paciente, o bien en situaciones que generan insatisfacción y falta de cooperación del paciente en el cuidado de su salud.

Elemento 3.1

El médico familiar afrontará con sutileza pero de manera directa las situaciones clínicas que implique dar malas noticias al paciente y su familia. En especial las referentes a: Confirmar al paciente la positividad de VIH-SIDA, informarle que posee alguna otra enfermedad de mal pronóstico, o que su padecimiento se ha complicado a fin de instituir el mejor abordaje terapéutico posible. Asimismo, será capaz de comunicarse con los familiares para informarles que el paciente ha entrado en una fase terminal e instituir los cuidados paliativos correspondientes; comunicará a la familia que el paciente ha fallecido, reconfortándolos y mostrándoles, en su caso, el esfuerzo realizado para brindarle la mejor atención posible. Mostrando en todos los casos su solidaridad y compromiso profesional, comprendiendo los sentimientos del paciente y la familia.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Afrontar	Situaciones clínicas que implican otorgar malas noticias para el paciente o su familia	Para establecer un abordaje terapéutico adecuado al paciente y o a la familia	En especial las referentes a: Confirmar al paciente la positividad de VIH-SIDA, informarle que posee alguna otra enfermedad de mal pronóstico, o que su padecimiento se ha complicado a fin de instituir el mejor abordaje terapéutico posible. Asimismo, será capaz de comunicarse con los familiares para informarles que el paciente ha entrado en una fase terminal e instituir los cuidados paliativos correspondientes; comunicará a la familia que el paciente ha fallecido, reconfortándolos y mostrándoles, en su caso, el esfuerzo realizado para brindarle la mejor atención posible. Mostrando en todos los casos su solidaridad y compromiso profesional, comprendiendo los sentimientos del paciente y la familia.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, ante el paciente o familias con pacientes masculinos o femeninos, en cualquier etapa del ciclo vital, atendidos en los servicios de consulta externa o de urgencias, de las unidades del primer nivel de atención médica y en ocasiones del segundo nivel.	Ante pacientes reales, o simulados durante un tiempo no mayor de 20 minutos, verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.

Elemento 3.2

El médico familiar explorará los problemas médicos del paciente en la esfera sexual, realizándolo con especial atención cuando se trata del sexo opuesto, realizando un abordaje médico directo y delicado, manteniendo el respeto a la intimidad de la persona. Asimismo explorará los problemas de la dinámica familiar, poniendo particular cuidado al abordar problemas de violencia intra-familiar y maltrato físico o psicológico, con la finalidad de auxiliar al paciente en el manejo de estos problemas, proporcionando orientación y educación acerca de ellos, procurando mejorar la dinámica familiar y manteniendo una conducta ética en todo momento.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Explorar	Los problemas médicos del paciente en la esfera sexual y de su dinámica familiar	A fin de auxiliar al paciente en el manejo de estos problemas.	Realizándolo con especial atención cuando se trata del sexo opuesto, efectuando un abordaje médico directo y delicado, manteniendo el respeto a la intimidad de la persona. Asimismo explorará los problemas de la dinámica familiar, poniendo particular cuidado al abordar problemas de violencia intra-familiar y maltrato físico o psicológico.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, ante pacientes y familias en cualquier etapa de su ciclo vital, atendidos en los servicios de consulta externa.	Ante pacientes reales, durante un tiempo no mayor de 20 minutos, verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.

Elemento 3.3

El médico familiar, será capaz de manejar adecuadamente las creencias, valores y percepciones del paciente, con el propósito de que se adecue a su realidad clínica y pueda colaborar para obtener el mejor resultado posible. Identificará cuando el enfermo tenga desconfianza acerca de las habilidades clínicas del médico, mostrándole con delicadeza las evidencias del adecuado diagnóstico y manejo de su problema, dándole una percepción realista del problema y de los logros alcanzables en su caso. Asimismo, será capaz de identificar cuando se ha cometido un error médico que afecte las posibilidades de mejoría del paciente, promoviendo el manejo realista e institucional del mismo, informando de manera abierta, solidaria y comprometida al paciente, presentándole las opciones para favorecer su recuperación y en su caso, limitar lo daños o manejar las complicaciones. De igual manera ayudará al paciente a comprender la gravedad de su padecimiento cuando no perciba los riesgos, manejando con respeto la existencia de un pensamiento mágico o religioso. Informará con discreción cuando el enfermo sea portador de alguna enfermedad de transmisión sexual, evitando provocar alteraciones familiares innecesarias.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Manejar	Las creencias, valores y percepciones del paciente.	Con el propósito de que se adecue a su realidad clínica y pueda colaborar para obtener el mejor resultado posible en su salud.	Identificando cuando el enfermo tenga desconfianza acerca de las habilidades clínicas del médico, mostrándole con delicadeza las evidencias del adecuado diagnóstico y manejo de su problema, dándole una percepción realista del problema y de los logros alcanzables en su caso. Asimismo, será capaz de identificar cuando se ha cometido un error médico que afecte las posibilidades de mejoría del paciente, promoviendo el manejo realista e institucional del mismo, informando de manera abierta, solidaria y comprometida al paciente, presentándole las opciones para favorecer su recuperación y en su caso, limitar lo daños o manejar las complicaciones. De igual manera ayudará al paciente a comprender la gravedad de su padecimiento cuando no perciba los riesgos, manejando con respeto la existencia de un pensamiento mágico o religioso. Informará con discreción cuando el enfermo sea portador de alguna enfermedad de transmisión sexual, evitando provocar alteraciones familiares innecesarias.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, ante paciente masculino o femenino, de cualquier edad, sin importar su estado emocional ni la patología por la que acude al servicio.	Ante pacientes reales, durante un tiempo no mayor de 20 minutos, verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.

Elemento 3.4

El médico familiar, identificará y manejará las expectativas del paciente que puedan originar insatisfacción con la atención. Aclarando las situaciones en las que el paciente solicita incapacidad laboral, cuando desde el punto de vista clínico no la amerita, o bien demanda procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios; mostrando siempre las evidencias que fundamentan su proceder y la existencia de criterios médicos bien sustentados. Asimismo deberá manejar la inconformidad o enojo del paciente motivados por largas esperas o por un tiempo de consulta reducido; mostrando, comprensión, solidaridad y compromiso, aplicando procedimientos para mejorar la eficiencia en el uso del tiempo, ofreciendo las mejores opciones médicas disponibles, a la vez que involucra al paciente y lo ayuda a desarrollar expectativas realistas que favorezcan la mejora de su salud.

Verbo	Objeto	Finalidad	Contexto o restricciones	Rango o situaciones	Criterios de desempeño
Identificar y manejar	Expectativas del paciente que puedan originar insatisfacción de la atención médica otorgada	Para establecer un plan de manejo que mejore la satisfacción del paciente.	Aclarando las situaciones en las que el paciente solicita incapacidad laboral, cuando desde el punto de vista clínico no la amerita, o bien demanda procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios; mostrando siempre las evidencias que fundamentan su proceder y la existencia de criterios médicos bien sustentados. Asimismo deberá manejar la inconformidad o enojo del paciente motivados por largas esperas o por un tiempo de consulta reducido; mostrando, comprensión, solidaridad y compromiso, aplicando procedimientos para mejorar la eficiencia en el uso del tiempo, ofreciendo las mejores opciones médicas disponibles, a la vez que involucra al paciente y lo ayuda a desarrollar expectativas realistas que favorezcan la mejora de su salud.	En el ámbito laboral institucional de la medicina familiar, En pacientes masculinos o femeninos, de cualquier edad, sin considerar la patología por la cual consultan	Ante pacientes reales, durante un tiempo no mayor de 20 minutos, verificando el desempeño mediante una lista de cotejo.