

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 12  
CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE

**PRESENCIA DEL PERFIL COMUNICACIONAL DURANTE LA ENTREVISTA  
CLÍNICA EN MÉDICOS FAMILIARES CON Y SIN ESPECIALIDAD EN  
RELACIÓN A UNA TÉCNICA SEMIESTRUCTURADA DE ENTREVISTA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DRA. GUADALUPE DEL CARMEN FARÍAS RODRÍGUEZ.

CD. DEL CARMEN, CAMPECHE  
2005

m346136



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIDAD ACADÉMICA  
 SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 12  
 CD. DEL CARMEN, CAMPECHE.

**PRESENCIA DEL PERFIL COMUNICACIONAL DURANTE LA ENTREVISTA  
 CLÍNICA EN MÉDICOS FAMILIARES CON Y SIN ESPECIALIDAD EN  
 RELACIÓN A UNA TÉCNICA SEMIESTRUCTURADA DE ENTREVISTA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
 MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GUADALUPE DEL CARMEN FARIAS RODRÍGUEZ.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
 UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
 contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Guadalupe del Carmen  
Fariás Rodríguez

FECHA: 28-06-05

FIRMA: Guadalupe Fariás Rodríguez



CD. DEL CARMEN, CAMPECHE.

2005

**PRESENCIA DEL PERFIL COMUNICACIONAL DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA EN MÉDICOS FAMILIARES CON Y SIN ESPECIALIDAD EN RELACIÓN A UNA TÉCNICA SEMIESTRUCTURADA DE ENTREVISTA.**

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

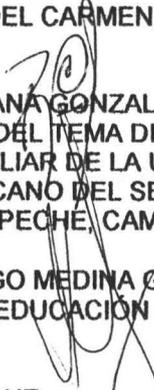
**PRESENTA:**

  
**DRA. GUADALUPE DEL CARMEN FARIÁS RODRÍGUEZ.**

**AUTORIZACIONES:**

  
**DRA. RITA ELENA ORTIZ HIDALGO**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**  
**EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN**  
**LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 12**  
**CD. DEL CARMEN, CAMPECHE.**

  
**DR. JOSÉ DE LOS SANTOS MALDONADO ESQUIVEL**  
**ASESOR METODOLÓGICO**  
**JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO**  
**EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 12**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**CIUDAD DEL CARMEN, CAMP.**

  
**DRA. ROXANA GONZALEZ DZIB.**  
**ASESOR DEL TEMA DE TESIS**  
**MÉDICO FAMILIAR DE LA U. M. F. # 12**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**CAMPECHE, CAMP.**

**DR. DOMINGO MEDINA GÓNGORA.**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**CIUDAD DEL CARMEN, CAMPECHE**

**2005**

**PRESENCIA DEL PERFIL COMUNICACIONAL DURANTE LA ENTREVISTA  
CLÍNICA EN MÉDICOS FAMILIARES CON Y SIN ESPECIALIDAD EN  
RELACIÓN A UNA TÉCNICA SEMIESTRUCTURADA DE ENTREVISTA.**

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

**PRESENTA:**

**DRA. GUADALUPE DEL CARMEN FARIAS RODRÍGUEZ.**

**AUTORIZACIONES:**

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

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

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## DEDICATORIAS

*A Dios por permitirme finalizar con éxito esta tesis.*

*A mi familia por soportar a veces en silencio y otras con reclamos verbales mi atención durante la realización de la presente.*

*A mis compañeros de trabajo y estudio por su apoyo.*

## INDICE GENERAL.

	Página
ANTECEDENTES.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS).....	14
METODOLOGÍA	
TIPO DE ESTUDIO.....	16
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	16
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	16
VARIABLES A RECOLECTAR.....	21
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN.....	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	25
RESULTADOS -DESCRIPCIÓN (ANÁLISIS ESTADÍSTICO).....	26
TABLAS (CUADROS) Y GRÁFICOS.....	29
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	48

## ANTECEDENTES

La comunicación humana se concibe como un comportamiento interpersonal, que tiene que ver con la transmisión de sentimientos y emociones y no sólo con la transmisión de información. Es entendida en forma global (verbal, paraverbal y no verbal), paradójica y en muchas ocasiones defensiva (encaminada a preservar nuestro propio "yo") y proyectiva (como reflejo y expresión de nuestros deseos y motivaciones).

La percepción por parte del médico del nivel de estrés o ansiedad del paciente durante la consulta médica requiere de la presencia de ciertas habilidades en el médico como son a).- Interpretar los estados emocionales, b).- Empatía c).- Escuchar en forma activa<sup>1</sup>. Existen trabajos que estudian la interacción médico-paciente, sus actitudes y opiniones, sin embargo, para caracterizar el perfil comunicacional del médico también interesa conocer su comportamiento real en la consulta<sup>2</sup>.

Por lo que se ha considerado que el perfil comunicacional del médico, involucrado en el proceso de la entrevista clínica debe tener una serie de condiciones tales como:

- 1.-Actitudes:** calidez, asertividad, contacto visual, respeto, empatía y concreción.
- 2.-Tareas:** saber delimitar la demanda de consulta, la evolución cronológica del síntoma, los factores que lo modifican, recabar elementos familiares, ambientales y personales, las expectativas del paciente, saber informar y proponer acuerdos.

**3.-Habilidades comunicacionales:** Contacto visual-facial, hacer señalamientos, ejemplificaciones, explicar la medida terapéutica, explorar creencias del paciente, escucha activa y tener contención emocional<sup>3</sup>.

Sin embargo también se debe dar importancia a las experiencias intangibles como son: la reflexión del médico y el autoconocimiento<sup>4,5</sup>.

Este perfil eficaz de comunicación por parte del médico se relaciona positivamente con la calidad de la atención, la satisfacción en la consulta y los resultados en la salud, aumentando la capacidad resolutive del médico, y optimizando y aumentando la eficiencia de la Institución. La mejora del abordaje psicosocial por médicos de familia se ha conseguido eficientemente cuando se han entrenado, aprendido y aplicado las habilidades de comunicación durante la consulta, se han grabado en video y posteriormente analizado en forma individual o en grupo (tutorizado), consiguiendo un listado personalizado de habilidades a mejorar que irán tratando de adquirir a través de un plan o entrenamiento (video-feedback)<sup>6,7,8</sup>.

Los primeros estudios con video grabaciones de entrevistas con pacientes estandarizados (actores) que se realizaron en España en el denominado proyecto de formación de médicos de familia o COMCORD con el objeto de medir el perfil comunicacional en médicos residentes de familia, utilizaron el cuestionario validado con fiabilidad: el Gatha-res de 27 ítems que deriva del Gatha de J. A. Padrós , resaltándolo como instrumento más apropiado para medir aspectos formalmente comunicacionales, el cual mide una serie de habilidades, actitudes y

tareas comunicacionales en el médico al momento de la entrevista, utilizándose la entrevista semi-estructurada basada en un modelo intermedio entre la entrevista libre y la entrevista totalmente cerrada dividida en una fase exploratoria y en una fase resolutiva, que utiliza técnicas narrativas y de negociación <sup>9, 10, 11, 12,13</sup>

La utilidad de esta entrevista semi-estructurada de Borrell Carrió para identificar el verdadero motivo de la consulta del paciente fue valorada con técnicas secuenciales de interrogatorio, demostrándose el valor primordial de la anamnesis en el diagnóstico de los enfermos, así como su utilidad para identificar problemas de comunicación interpersonal durante la consulta <sup>14, 15,16</sup>.

La experiencia en formación en habilidades comunicacionales en la relación médico-paciente ha sido demostrada con la satisfacción de los médicos al aplicar lo aprendido en sus actividades profesionales y subraya la clara finalidad de las instituciones de salud de buscar la calidad de sus servicios orientados en forma integral.

En el aprendizaje de las habilidades comunicacionales se reconocen la existencia de múltiples variables como son las inherentes al paciente; a la institución y su ambiente; o al mismo médico; que requieren de un rápido ejercicio de elección para dar la respuesta eficaz al problema de la comunicación en la relación médico-paciente<sup>17, 18</sup>.

En México, el desconocimiento en la utilización de una entrevista normada afecta el perfil comunicacional del médico familiar ya que en la mayoría de las escuelas y facultades de medicina no existe un programa continuo con enfoque biopsicosocial por lo que se repite el mismo enfoque biomédico, sin embargo, actualmente esta situación está cambiando, haciendo participe al paciente en la responsabilidad de su salud y en la obligación del médico de informar y explicar al paciente<sup>19</sup>.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) informó que cada año se reciben 5 mil quejas por supuestos casos de negligencia médica de los cuales el 60% se deben a una mala comunicación entre el paciente y el médico. A pesar de que los médicos familiares realizan diariamente durante su jornada de 28 a 30 entrevistas, aplican la entrevista clínica en forma innata o basada en su experiencia sin llevar un orden en la misma en detrimento de su calidad.

En la Unidad de medicina Familiar no. 12 de Cd. del Carmen, Campeche, la comunicación médico-paciente se realiza sin la utilización de técnicas y habilidades comunicacionales necesarias ya sea por su desconocimiento o por carecer de ellas, dando por resultado una calidad deficiente de la atención, repercutiendo en las quejas que se presentan en la Unidad escritas o verbales expresando el paciente su inconformidad durante la atención recibida.

Por tal motivo se requiere y es necesario conocer los factores de la comunicación que intervienen en el proceso de la entrevista durante la relación médico-paciente y que sean susceptibles de modificar cuando interfieran en la misma, lo que nos ha llevado a plantearnos la siguiente pregunta:

## PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el perfil comunicacional de los médicos familiares con y sin especialidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar # 12 en Cd. del Carmen, Campeche en el año 2004 al momento de efectuar su entrevista clínica y si utilizan un modelo semi-estructurado de la misma?

## JUSTIFICACIÓN

El incumplimiento, la insatisfacción, o incluso las reclamaciones de los pacientes en la atención institucional de la seguridad social, pueden ser debidos en su mayoría a un mal desarrollo de la entrevista clínica, al no situar los problemas del paciente en su contexto biopsicosocial. La entrevista clínica es un poderoso instrumento diagnóstico que permite diagnosticar por sí misma y con acierto en un 75% de ocasiones, y que tiene en forma intrínseca, el proceso comunicacional de la relación médico-paciente, sin embargo, la realidad es que apenas se nos enseñan técnicas de comunicación en el pregrado, ni los mismos maestros son ejemplo de comunicación cuando nos enseñan durante la entrevista con los pacientes.

Estas habilidades comunicacionales pueden ser susceptibles de modificarse, ya que hasta en el 60% de los casos, las quejas que se han presentado como lo informa la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), han sido por una mala comunicación médico-paciente, o por quejas en las que el paciente expresa que no se toman en cuenta sus preferencias y decisiones respecto a su cuidado ni se les informa adecuadamente con respecto a su diagnóstico y tratamiento.

Estas situaciones son comunes en la mayoría de las Unidades Médicas de Medicina Familiar de la seguridad social en México, específicamente en Cd. del Carmen, Campeche, donde la comunicación médico-paciente se realiza sin la utilización de técnicas y habilidades comunicacionales necesarias ya sea por su

desconocimiento o por carecer de ellas, dando por resultado una calidad deficiente de la atención.

El conocer el perfil comunicacional del médico familiar nos permitirá realizar las correcciones y cambios necesarios en las habilidades y técnicas de comunicación que utilizamos durante la entrevista clínica, y nos permitirá el ordenamiento al llevar la entrevista por pasos que se reflejarán en los resultados.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el perfil de comunicación en los médicos familiares con y sin especialidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 12 de Cd. del Carmen, Campeche durante el mes de Julio del año 2004 y clasificarlo en base a un modelo de entrevista o atención clínica semi-estructurada.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1.-Identificar las actitudes comunicacionales, habilidades y tareas comunicacionales durante la entrevista clínica en los médicos familiares con y sin especialidad.

2.- Decretar el tiempo promedio dedicado a la entrevista durante el estudio por los médicos familiares con y sin especialidad.

3.-Obtener el género más frecuente en los médicos familiares con y sin especialidad.

4.- Establecer los rangos de edad de los médicos familiares con y sin especialidad.

6.- Instaurar la frecuencia de años de servicio dentro de la institución de los médicos familiares con y sin especialidad

7.- Establecer qué tipo de contratación es más frecuente en los médicos familiares con y sin especialidad que participaron en el estudio.

## METODOLOGÍA

**Diseño o tipo de estudio:** Observacional, transversal, prospectivo, correlacional.

**Población, lugar y tiempo de estudio:** Todos los médicos familiares con y sin especialidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 12 de Cd. del Carmen, Campeche durante el mes de Julio de 2004.

**Tipo de muestra y tamaño de la muestra:** 100 video-grabaciones de entrevistas clínicas de médico-paciente en forma aleatoria de los médicos familiares con y sin especialidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 12 de Cd. del Carmen, Campeche durante el mes de Julio de 2004.

### **Criterios de selección:**

#### Criterios de inclusión:

Médicos familiares con y sin especialidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 12 de Cd. del Carmen, Campeche, turno matutino y vespertino, sexo masculino y femenino durante el periodo del mes de Julio de 2004.

#### Criterios de exclusión

Personal que tenga otra especialidad o categoría o no adscrito a la U. M. F. no.12, y que no esté trabajando como Médico familiar durante el periodo del mes de Julio de 2004.

Entrevistas que se realicen por motivos diferentes de solicitud de atención médica por enfermedad en la consulta o entrevistas no realizadas en la U. M. F. no.12 y durante el periodo del mes de Julio de 2004.

Pacientes consultantes sordomudos, con hipoacusia y/o trastornos del lenguaje así como con retraso mental o esquizofrenia y que consulten en la U. M. F. no. 12 durante el periodo del mes de Julio de 2004.

Criterios de eliminación:

Todos los pacientes y médicos que no acepten ser video-grabados en sus entrevistas clínicas.

Instrumentos de medición llenados en forma incompleta.

**VARIABLES A RECOLECTAR:**

Variable de Interés o Independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Escala de medición
<p align="center"><b>Perfil comunicacional del médico</b></p>	<p>Conjunto de <u>actitudes, tareas y habilidades comunicacionales</u> del médico; entendiéndose por <b>Actitudes:</b> cordialidad, empatía (comprender sentimientos y emociones), asertividad (desempeñarse con seguridad), respeto, concretar objetivos médico-paciente en términos comprensibles; entendiéndose por <b>Tareas:</b> Identificar el motivo de consulta, las características del síntoma, priorizar y profundizar en los problemas, informar, conocer expectativas, negociar diferencias motivar para hacer cambios; y entendiéndose por <b>Habilidades:</b> mantener contacto visual, señalamiento (poner palabras a las expresiones emocionales del paciente), ejemplificar, explorar creencias del</p>	<p>Cuestionario Gatha-res modificado del Gatha de Padrós con validez y fiabilidad previos, que consta de 27 reactivos o ítems, con puntuación máxima de 23 puntos para considerar un perfil comunicacion al adecuado y menor de 23 para uno inadecuado.</p>	<p>a)Actitud: 1.-Cordialidad 2.-Empatía 3.-Asertividad 4.-Contacto visual facial 5.-Respeto 6.-Concretar objetivos</p> <p>b)Tareas: 7.-Identificar motivo de consulta 8.-Identificar evolución del síntoma 9.-Identificar localización del síntoma 10.-Identificar factores que modifican el síntoma 11.-Afección del síntoma en la vida del paciente 12.-Identificar expectativas 13.-recabar estado de ánimo 14.-Recabar acontecimientos estresantes 15.-Recabar aspecto psicosocial del entorno familiar</p>	<p align="center">Nominal</p>

	paciente, tener contención emocional frente al paciente, escucha activa y signos de apoyo durante la narración del paciente.		<p>16.-Informar el diagnóstico</p> <p>17.-Informar el tratamiento</p> <p>18.-Propiciar acuerdo con el tratamiento</p> <p>19.-Invitar al paciente a que regrese</p> <p>20.-Despedir al paciente</p> <p>c)Habilidades:</p> <p>21.-Contacto visual durante la narración del paciente.</p> <p>22.-Señalar las expresiones emocionales del paciente</p> <p>23.-Ejemplificar</p> <p>24.-Explicar acción del tratamiento</p> <p>25.-Respuesta evaluativa (establecer pactos, acuerdos o sesiones)</p> <p>26.-Explorar creencias</p> <p>27.-Contención emocional del médico</p>	
<b>Entrevista clínica médico-paciente</b>	Encuentro entre el médico y el paciente en observación directa, con una comunicación interrelacional verbal, paraverbal y no verbal, encaminada a conseguir un fin común el diagnóstico	Entrevista semi-estructurada de Borrell Carrió que se divide en 2 fases y 8 reactivos o ítems, y puntuación	a)Fase exploratoria: 1.-Recepción del paciente 2.-Escuchar el motivo de la consulta 3.-Identificar el verdadero motivo de la	Nominal.

	de la dolencia o su curación, siguiendo un orden y que se desarrolla por fases, con tres funciones: recoger información, relacional y educadora.	máxima de 8 puntos como adecuada y menor de 8 puntos como inadecuada.	consulta  b) Fase resolutive: 4.-Enunciar e informar los problemas encontrados, diagnóstico, pronóstico y terapéutica 5.-Propuesta de posibles soluciones priorizando los problemas y recomendaciones 6.-Valorar las opiniones del paciente 7.-Toma de decisiones y compromiso por ambas partes 8.-Plan de seguimiento	
<b>Variable de exposición o Dependiente:</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Medico</b>	Médicos con y sin posgrado de medicina familiar	Serán todos aquellos médicos seleccionados para el estudio	Médico familiar Médico general	Nominal
<b>Variables Universales</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Género</b>	Sexo del profesional y del paciente	En el cuestionario Gathares y en la hoja de recolección de datos	Varón Mujer	Nominal

<b>Tiempo de la consulta</b>	Duración de la entrevista clínica	En el cuestionario Gatha-res y en la hoja de recolección de datos	<5min 5-9 min. 10-15 min. >15 min.	Ordinal
<b>Antigüedad del médico</b>	Años de servicio del médico dentro de la institución	En el cuestionario Gatha-res y en la hoja de recolección de datos	5-10 años 11-15 años 16-20 años 21-25 años	Ordinal
<b>Edad del médico</b>	Años de vida del médico	En el cuestionario Gatha-res y en la hoja de recolección de datos	30-35 años 36-40 años 41-45 años 46-50 años 51-55 años 56-60 años	Ordinal
<b>Tipo de contratación del médico</b>	Contrato en términos del contrato colectivo del trabajo celebrado entre trabajador, el instituto y el sindicato del IMSS, que puede ser de Base definitiva, Interinato trabajador de base que sustituye en forma temporal a otro de base, y trabajador Sustituto el que sin ser de base sustituye temporalmente a otro de base.	En el cuestionario Gatha-res y en la hoja de recolección de datos	Base Interino Sustituto	Nominal

## PROCEDIMIENTO

Se realizarán 5 entrevistas clínicas video grabadas por cada médico (20 médicos familiares) con un tiempo de 15 a 20 min., con previa aplicación de los

consentimientos informados <sup>anexo4</sup> se solicitará su aceptación para participar en el estudio.

La evaluación de las entrevistas video grabadas será realizada por el médico familiar Asesor del presente estudio, por el Coordinador de la Unidad, por un Psicólogo y el mismo Médico en residencia de Medicina Familiar autor del estudio.

Posteriormente las entrevistas se revisarán de acuerdo a un modelo de entrevista semi-estructurada de Borrell Carrió <sup>Anexo 2</sup> a través del formato de la misma que cuenta con 8 ítems, considerándose adecuada con una puntuación máxima de 8, así mismo se aplicará el cuestionario de Gatha –res validado y conformado por 27 ítems <sup>Anexo 1</sup>, considerándose un perfil comunicacional adecuado con puntuación máxima de 23. Finalmente se aplicará la hoja de recolección de datos <sup>Anexo 3</sup>.

Los resultados obtenidos se analizarán a través de estadística descriptiva, la cual nos permitirá obtener frecuencias simples y medidas de tendencia central.

## **RECURSOS**

### **Recursos humanos:**

1 médico residente de 3º. Grado de la especialidad de medicina familiar en la modalidad semi-presencial.

1 médico con especialidad en maestría en ciencias de la investigación como asesor clínico.

1 médico con especialidad en maestría en ciencias de educación superior.

### **Recursos materiales:**

1 cámara de video Y 15 cassettes de 8 mm.

Hojas de papel bon

Materiales de oficina

Hojas blancas para los instrumentos de valoración

Computadora

Calculadora

Lápices

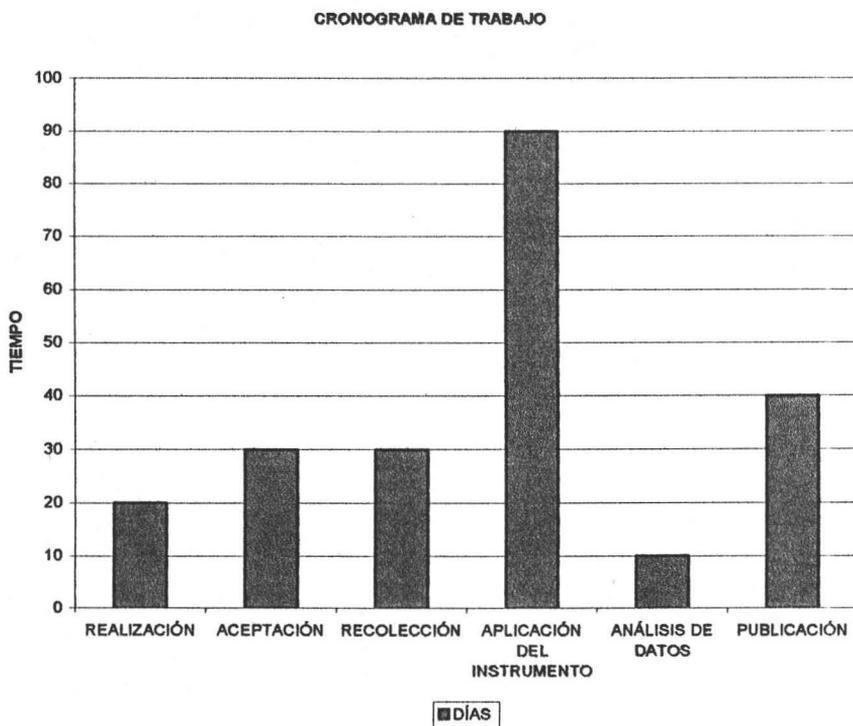
Bolígrafos

Borradores

Programa operativo Excel de Windows XP profesional.

**Recursos financieros:** Los que sean necesarios y estarán a cargo del investigador principal.

### CRONOGRAMA DE TRABAJO



## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación, en base a lo establecido en el artículo 13 fracción V se respetará la dignidad y bienestar de los participantes conservando su anonimato y la libertad de elegir participar en el estudio. Respecto al artículo 21, a todos los participantes seleccionados se les solicitará su participación voluntaria y se les informarán los objetivos del estudio así como los procedimientos a realizarse.

En el artículo 17 fracción II se considera a la investigación como de riesgo mínimo para la integridad física y psicológica de los participantes, en base a la Declaración de Helsinki con sus respectivas modificaciones. Se anexa formato de participación (anexo 3).

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 100 consultas o entrevistas video grabadas a 20 médicos de ambos turnos, matutino y vespertino adscritos a la Unidad de medicina familiar no. 12 de Cd. del Carmen, Campeche durante el mes de Julio del 2004, mismas que cumplieron con los criterios de inclusión de esta investigación.

De los 20 médicos estudiados el 60% contaba con especialidad en medicina familiar y el 40% se encontraba sin especialidad, cursando el 3°. Año de la residencia semipresencial. <sup>Gráfico 1</sup>

El 80% eran de sexo masculino y el 20% del sexo femenino, el 90% del total de los médicos se observó en el rango de edades comprendidas entre los 30-35, 41-45 y 46-50 años. Correspondiendo un 30% a cada uno de los rangos respectivamente. Respecto de la antigüedad el 45% presenta una antigüedad entre 11-15 años, y el 85% tiene base definitiva de contratación. <sup>Cuadro 1</sup>

Al evaluar las respuestas del cuestionario aplicado sobre la entrevista clínica semiestructurada de Borrell <sup>Gráfico 7</sup> se halló que el 32% fue adecuada y el 68% inadecuada.

Los resultados obtenidos de respuestas afirmativas por consultas video grabadas de los médicos evaluados con el cuestionario Gatha-res presento en el eje de **actitudes** <sup>Gráfico 2</sup> un mayor porcentaje en los aspectos relacionados con la seguridad o asertividad.

En el eje de **tareas** <sup>Gráfico 3</sup> un porcentaje mayor en los aspectos relacionados con la identificación del síntoma o demanda, su evolución, localización y los factores que lo modifican (ítems 7, 8, 9 y 10), así como en los de informar, llegar a acuerdos con el paciente y la despedida (ítems 17, 18,20). En cuanto a recolectar información psicosocial del paciente en lo que respecta a su estado de ánimo, estrés y su entorno familiar, los porcentajes se presentan bajos (ítems 11, 13, 14 y 15).

Al identificar las **habilidades** técnicas <sup>Gráfico 4</sup>, la atención como contacto visual (ítem 21) y los señalamientos (ítem 22) se presentan en mayor porcentaje, sin embargo los aspectos de ejemplificación (ítem 23) y los relacionados con la negociación como son la respuesta evaluativa y la exploración de creencias (ítems 25 y 26) se presentan muy bajos.

Al calificar el porcentaje de respuestas afirmativas obtenidas al aplicar el cuestionario Gatha-res para el perfil comunicacional <sup>Gráfico 5</sup> se encontró que un 55% era adecuado y un 45 % inadecuado para los médicos, encontrándose que dentro del perfil adecuado, 45% son médicos familiares con la especialidad y 54% médicos sin la especialidad, 36% son de base y 9% sustitutos como tipo de

contratación. Dentro de los encontrados con perfil comunicacional inadecuado 77% son médicos familiares con la especialidad, 22% sin la especialidad, 22% de base y 22% sustitutos.

El tiempo empleado en un 46% de las consultas fue de 10 a 15 min. Siguiendo en porcentaje de 28% entre 5- 9min <sup>Gráfico 6</sup>. Dentro del grupo de médicos familiares con especialidad se encuentran puntuaciones de respuestas afirmativas con el cuestionario Gatha-res del 86.2%, en comparación con 98.2% de los médicos familiares sin la especialidad <sup>(Gráfico 6)</sup>.

**CUADRO 1.**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACION**  
**ESTUDIADA**

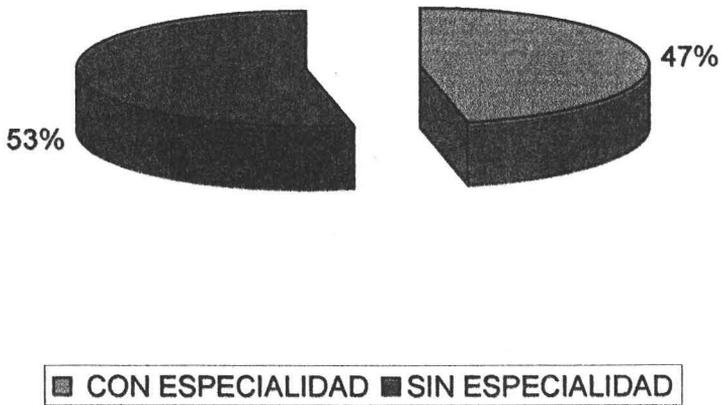
CARACTERÍSTICAS N=20	PORCENTAJE
<b>SEXO</b>	
MUJERES	20%
VARONES	80%
<b>EDAD</b>	
30-35	30%
36-40	5%
41-45	30%
46-50	30%
51-50	5%
<b>ANTIGUEDAD</b>	
5-10	30%
11-15	45%
16-20	15%
21-25	10%

<b>CONTRATACIÓN</b>	
BASE	85%
SUSTITUTO	15%
<b>MEDICO FAMILIAR</b>	
CON ESPECIALIDAD	60%
SIN ESPECIALIDAD	40%

Fuente: Hoja de Recolección de datos

**GRAFICO 1**

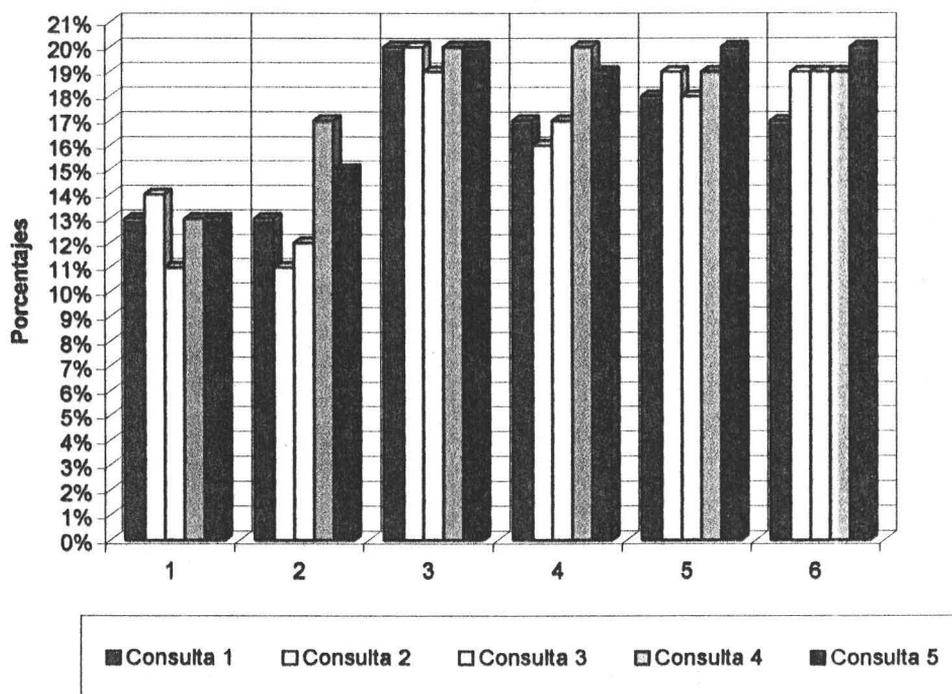
**PORCENTAJE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LOS  
MÉDICOS FAMILIARES**



Fuente: Hoja de recolección de datos

## GRAFICO 2

Repuestas afirmativas al apartado de actitudes comunicacionales del cuestionario GATHA-RES modificado, en cada una de las consultas valoradas



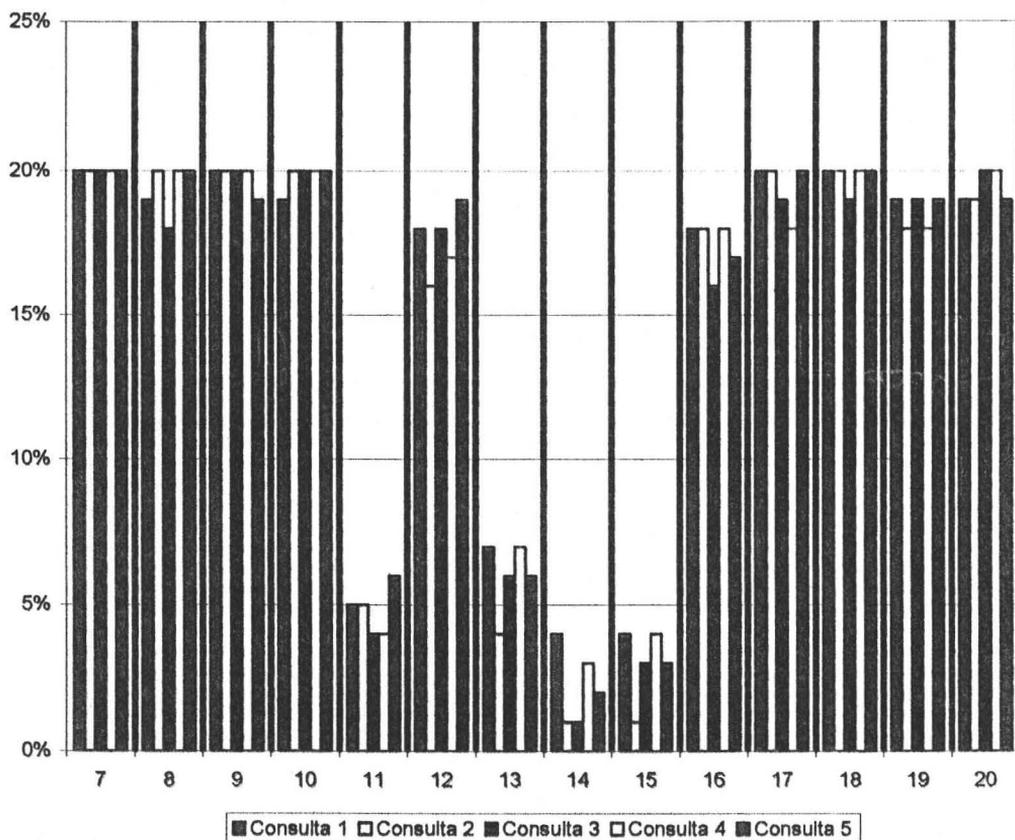
Fuente: Cuestionario Gatha-Res

**Actitudes Comunicacionales:** 1.-Cordialidad, 2.- Empatía, 3.- Asertividad, 4.- contacto visual-facial, 5.- Respeto y 6.- Concreción

### GRAFICO 3

Repuestas afirmativas al apartado de tareas comunicacionales del cuestionario

GATHA-RES modificado, en cada una de las consultas valoradas

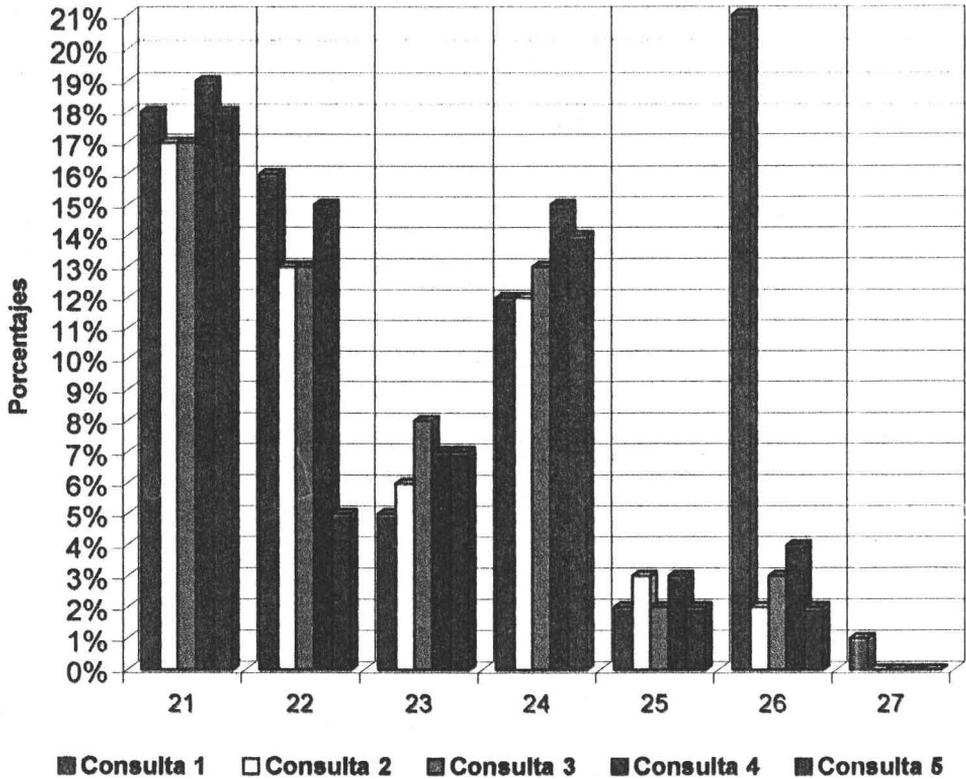


Fuente: Cuestionario Gatha-Res

**Actitudes Comunicacionales:** 7.- Delimitar la demanda, 8.- Evolución cronológica del síntoma, 9.- Localización, 10.- Factores que lo modifican, 11.- Impacto del síntoma en la vida diaria, 12.- Conocer las expectativas del paciente, 13.- Estado de ánimo del paciente, 14.- Acontecimientos vitales estresantes, 15.- Psicosocial del entorno familiar, 16.- Informar al paciente su Diagnóstico, 17.- Informar al paciente su tratamiento, 18.- Acuerdo del paciente con la medida terapéutica, 19.- Invitar al paciente a regresar si fuera necesario y 20.- Despedida del paciente.

### GRAFICO 4

Repuestas afirmativas al apartado de Habilidades técnicas del cuestionario GATHA-RES modificado, en cada una de las consultas valoradas



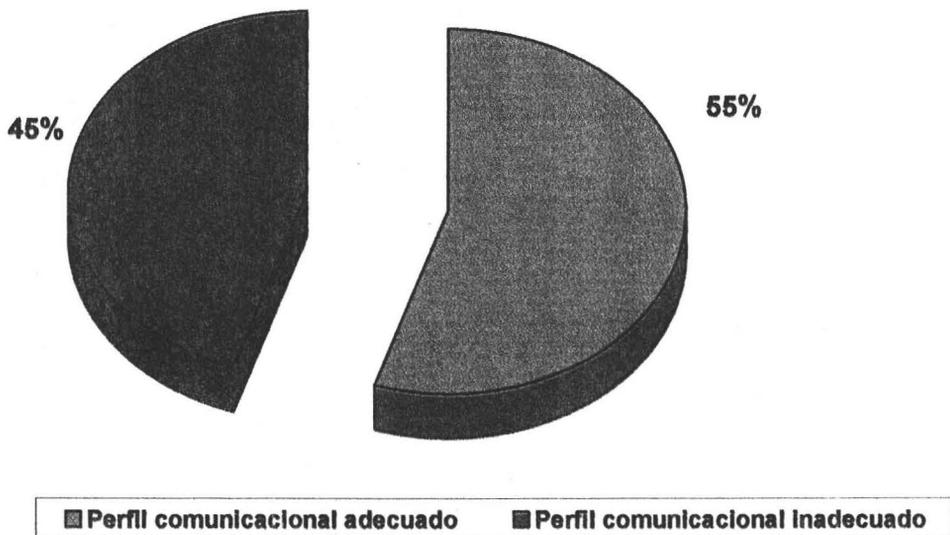
### HABILIDADES TÉCNICAS

21.- Contacto visual durante la narración del paciente, 22.- Señalamientos, 23.- Ejemplificar, 24.- Explicar forma de actuar del tratamiento, 25.- Respuesta evaluativa, 26.- Exploración de creencias y 27.- Contención emocional del médico

### GRAFICO 5

Perfil comunicacional de los médicos según el cuestionario

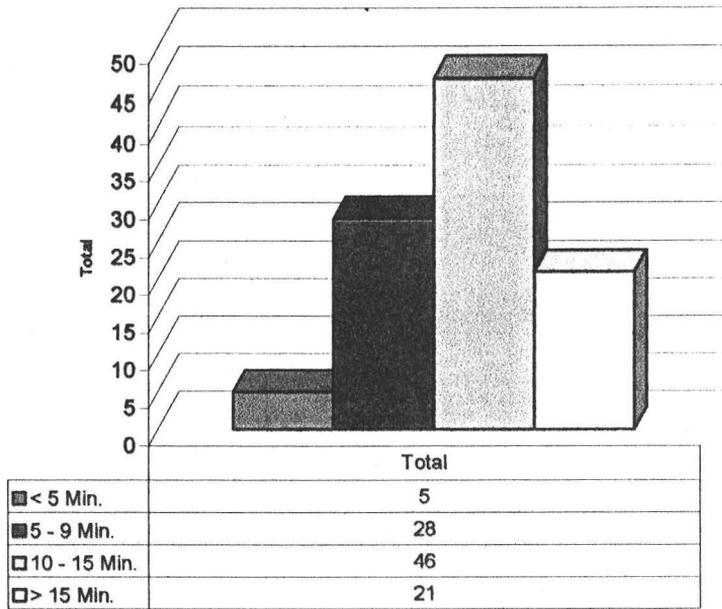
Gatha-res



Fuente: Cuestionario Gatha- Res.

**GRAFICO 6**

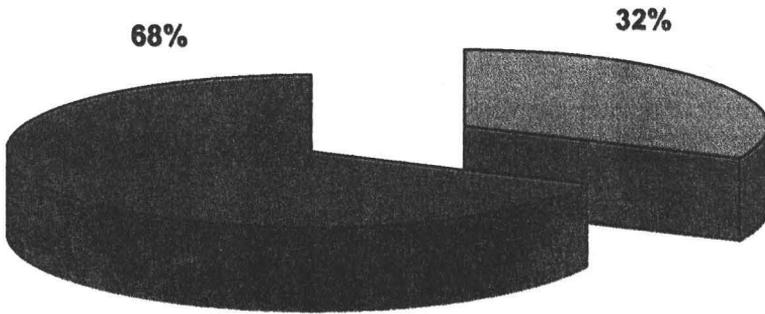
**Tiempo empleado en entrevistas por total de consultas**



Fuente: Hoja de recolección de datos.

**GRÁFICO 7**

**Clasificación de las Entrevistas**



■ ENTREVISTA CLINICA ADECUADA      ■ ENTREVISTA CLINICA INADECUADA

Fuente: Entrevistas aplicadas

## DISCUSIÓN

Este trabajo representa uno de los primeros intentos realizados en nuestro estado para conocer los aspectos de la comunicación clínica que desarrollan los médicos durante las consultas con los pacientes. Los resultados obtenidos representan un conocimiento previo esencial para planificar y modificar en lo posible los programas educativos en función de datos reales. No obstante, se reconocen las limitaciones importantes dado en el tamaño de la muestra y el diseño del estudio.

Dado entonces podemos concluir en que el perfil comunicacional en los médicos estudiados como adecuado se obtuvo en más de la mitad de los mismos, dato similar a estudios realizados por Torío y García y así como en los realizados por Ruiz Moral y el grupo COMCORD en España<sup>6, 7,9,11</sup>. No obstante fueron significativamente mejores en cuanto a los puntos de contacto visual-facial de seguridad y el respeto del médico, así como lo menciona Santos Atherton<sup>19</sup> en la Comunicación médico-paciente, respecto al bajo cumplimiento en los aspectos de cordialidad y empatía, aún no sabemos cuándo se producen en el curso de una entrevista estas manifestaciones, si son realmente ante los momentos más apropiados o ante lo que se ha llamado oportunidades empáticas<sup>7</sup>; sin embargo en este estudio estuvieron bajas.

Así mismo se observó que se adolece de las habilidades durante las tareas comunicacionales en los aspectos de recabar información psicosocial sobre el

paciente que podrían construir una relación médico-paciente y que a juzgar por los resultados, estas oportunidades no han sido aprovechadas.

Hay bajo rendimiento en las habilidades técnicas (quizá por desconocimiento) de las técnicas existentes de negociación con el paciente en lo referente a la respuesta evaluativa y exploración de creencias, lo que se explica por la atención directiva del médico durante la entrevista sin permitir la participación del paciente en la toma de decisiones con respecto a su terapéutica, acorde a los hallazgos de Torío y García<sup>2</sup>.

Estos resultados se reflejan en el análisis del perfil adecuado en mas de la mitad de los médicos familiares sin especialidad y en su mayoría de contratación de base en contraste con la mayoría de aquellos médicos con especialidad, que en un 77% presentaron un perfil inadecuado, adoleciendo de los ítems en que el médico no investigó sobre las situaciones que causan estrés en los pacientes, sobre el entorno familiar y en la utilización de las técnicas de negociación durante la consulta, posiblemente debiéndose a que un 22% de estos eran sustitutos.

El 30% del total de médicos se hallan con edades comprendidas entre 30 y 50 años, la mayoría de los médicos fueron hombres, el género del médico, así como la edad no arrojan diferencias respecto de otros resultados.

La antigüedad situada entre 5 y 15 años arrojó mayor puntuación en el momento del estudio, y tomando en cuenta los resultados obtenidos en el cuestionario

aplicado para la entrevista semiestructurada los médicos tienen puntuaciones altas en la mayoría de los ítems, sin embargo, al profundizar en este aspecto, no cumplen los requisitos de puntuación adecuada de los 8 puntos de la entrevista lo que nos habla de la probabilidad de inadecuada organización durante la consulta, adoleciendo en los ítems sobre la información al paciente en lo que respecta a su diagnóstico, la propuesta de soluciones y recomendaciones, así como la de tomar en cuenta las opiniones del paciente, reforzando el tipo de consulta directiva de los médicos<sup>2,15,16,19</sup>, además por el tiempo empleado durante la misma que resulta entre 5 a 15 min. Lo que corrobora este hecho, ya que la mayoría de los médicos en otros estudios donde se recaba su opinión en el grado de satisfacción del paciente<sup>2</sup>, constatan un escaso tiempo de intervención por parte del paciente.

Estos resultados pueden tomarse como balance positivo entre el médico y el paciente, no obstante las quejas de los médicos por no contar con mayor tiempo durante la consulta por la numerosa asignación de pacientes diarios para la atención.

Los resultados obtenidos entre los médicos familiares con y sin especialidad, pudieran reflejar un mejor perfil comunicacional en los que no son especialistas, sin embargo no se toma en cuenta el hecho de que los médicos generales están en el momento de la investigación cursando la residencia semipresencial en medicina familiar lo que pudiera influir en los resultados por tener más reciente el hábito de los estudios e investigaciones.

Finalmente en base a lo anterior considero que se cumplen los objetivos propuestos ante la presente investigación respecto de la identificación de un perfil comunicacional en los médicos que laboran en esta Unidad de atención.

Pensamos que resulta de interés el tema del mismo, ya que son escasos los temas de investigación que aborden y valoren el proceso comunicacional durante la entrevista clínica, sobre todo en nuestro Estado y en nuestro País, siendo importante en la actualidad si se quiere tener una consulta clínica de calidad y con el enfoque integrador que se le ha querido dar.

Esto nos lleva a reflexionar si una consulta estándar debe de estar siempre orientada hacia el paciente o debe estar en relación a las características de aquél, del tipo de consulta o del proceso consultado. Quizás, como afirma Borrell<sup>3, 13, 15,16</sup>, podríamos considerar que el mejor estilo es el del médico práctico, que adapta su forma de entrevistar, informar e implicar a las circunstancias personales del paciente y de su proceso<sup>2</sup>.

## CONCLUSIONES

Las habilidades del médico en cómo llevar la entrevista clínica influyen de forma importante en el resultado de la atención, mejorando el estado de salud, así como en la satisfacción del paciente y del médico. Una buena interrelación médico-paciente consigue mejorar aspectos no solo los relacionados con la subjetividad del paciente, si no que también ha mostrado ser útil en el mejor control de problemas metabólicos, crónicos-degenerativos.

Estas habilidades no solo son innatas, sino que pueden mejorarse mediante una formación y práctica encaminada a la modificación de nuestras actitudes y hábitos cotidianos.

El presente trabajo se realiza con la inquietud de conocer el perfil de comunicación de los médicos que en este momento laboran en la atención de la seguridad social a los pacientes, los cuales han presentado quejas referidas a una mala comunicación con sus médicos, a su desinformación y a una práctica directiva con un enfoque biomédico, no obstante los resultados obtenidos refuerzan esta idea, ya que las actitudes del médico, sus habilidades y tareas técnicas comunicacionales se ven disminuidas en su mayoría.

Estos objetivos se cumplen dándonos una idea de la situación actual, sin embargo, dado que el tamaño de la muestra es representativa sólo de una parte del problema, nos deja ver claramente que en su mayoría, los médicos familiares

que tiene ya años de haber salido de la residencia no se enfocan en los aspectos psicosociales ni en investigar el entorno de la familia de los pacientes, no se encuentran capacitados en la utilización de técnicas de negociación, ni de apoyo narrativo que en su momento pueden agilizar y recabar datos importantes para el paciente, sobre todo en los llamados pacientes problema, los muy consultantes, o a los que no se les resuelve su verdadero motivo de consulta.

En cuanto al uso de una entrevista clínica por pasos es de utilidad en la agilización de la consulta y nos ayuda a no olvidar los aspectos importantes como son el saludo y recepción del paciente, la escucha activa, el informar y dejar participar en la solución de sus problemas al propio paciente, así como el dar valor a sus opiniones con respecto a su diagnóstico y terapéutica, el invitar al paciente a volver si lo considera necesario y en el establecimiento de un plan de seguimiento.

La entrevista clínica debe adaptarse a la situación y al motivo de consulta principal del paciente, y el tiempo de la consulta debe estar dado en función de:

- El problema de salud a atender.
- Las características del paciente.
- Las características del médico.
- El ambiente o contexto en que se realiza.

Tomando en cuenta lo anterior es de utilidad conocer y aplicar la entrevista semiestructurada como guía para superar errores, ganar rapidez, comodidad y

seguridad durante la entrevista con el paciente. Dentro de las recomendaciones están la de tener dentro del expediente un lugar en la historia clínica en la que se apunte de manera sucinta las ideas básicas que nos orienten sobre el paciente, así como aprovechar la exploración física para completar los datos del interrogatorio y anamnesis.

La flexibilidad del médico, el punto hasta el cual los médicos pueden adoptar distintos estilos de comunicación según el tipo de paciente, se convierte en una de las características que definen la buena comunicación. El objetivo de la comunicación que es la creación de **relaciones curativas**, puede y debería guiar en un futuro su enseñanza y su investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Flores Lozano J. A; Martínez Suárez P. C. y Valdez Sánchez C. (2000). *Análisis de la comunicación médico-paciente*. Revista Salud Pública. Vol. 36 No. 03. Pág. 11.
- 2.- Torío Durántez J. y García Tirado M. C. (1997). *Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria*. Atención primaria. Vol. 20. No. 1. Pág. 17-24.
- 3.- Ripiol M. A. (2003). *Entrevista e Historia clínica*. Revista electrónica del Médico Interactivo-Diario Electrónico de la Sanidad. Vol. 24. Suplemento 2. Pág.15-22. [www.medinet.com/elmedico/aula2003/tema1echc2.htm](http://www.medinet.com/elmedico/aula2003/tema1echc2.htm)
- 4.- Zoppi K. y Epstein R. M. (2001). *¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicacionales para mantener una buena relación*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Suplemento 2. Vol. 24. Pág. 23-31
- 5.- Borrell i Carrió F. (1999). *La entrevista clínica: Apuntes para una práctica asistencial basada en la reflexión (I) ¿Por qué nos cuesta tanto sonreír?* Revista Jano M. C. Barcelona. Vol. 57. No. 1323. Pág. 39.
- 6.- Torío Durántez J. y García Tirado M. C. (1997). *Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): Opinión y preferencia de los usuarios*. Revista de Atención Primaria. Vol. 19. No. 1. Pág. 18-26.
- 7.- Torío Durántez J. y García Tirado M. C. (1997). *Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): Opinión y preferencia de los médicos*. Revista de Atención Primaria. Vol.19. No. 1. Pág. 27-34.

8.- Bellón J. A. (2001). *Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Suplemento 2. Vol. 24. Pág. 7-14.

[www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple2a.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple2a.html)

9.- Ruiz Moral R; Rodríguez Salvador J. J. y Férula Torres L. (2002). *Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia*. Revista de Atención Primaria. Vol. 29. No. 03. Pág. 132-140.

10.- Bosh Fontcuberta J. M. (2002). *Medir la comunicación, esa es la cuestión*. Revista de Atención Primaria. Vol. 29. No. 03. Pág. 140-144.

11.- Rodríguez Salvador J. J. y Ruiz Moral R. (2001). *Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: El proyecto COMCORD*. Revista de Atención Primaria. Vol. 27. No. 07. Pág. 503-510.

12.- Ruiz Moral R; Rodríguez Salvador J. J; Férula de Torres L. y Prados Castillejo J. A. (Grupo de investigación COMCORD). (2001). *Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: El cuestionario Gatha-res*. Revista de Atención Primaria. Vol. 27. No. 07. Pág. 469-477.

13.- Pascual P; Induráin S. (2001). *Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Suplemento 2. Vol, 24. Pág. 15-22.

14.- Serrano Martínez R. y Elvira García P. (2000). *Averiguando qué le ocurre al paciente*. Revista electrónica: [c@p:www.semfyec.es/](mailto:c@p:www.semfyec.es/)

15.- Albert Cuñat V. (2000). *Entrevista clínica*. Semergen. No. 26. Pág. 297-298.

16.- Borrell i Carrió F. y Bosh Fontcuberta J. M. (1998). *Entrevista clínica*. En A. Martín y J. F. Cano. *Atención Primaria* (Pág. 275-290). Madrid: Har Court Brace.

- 17.- Cleries X. y Kronfly E. (2000). *El aprendizaje de habilidades de comunicación por parte de profesionales sanitarios: reflexiones a partir de diversas experiencias*. Revista de Educación Médica. Vol. 03. No. 01. Pág. 9-
- 18.- Bosh Fontcuberta J. M. y Cebria Andrew J. (1999). *La entrevista centrada en las inquietudes de un consultante: A propósito de un caso*. Revista de Formación Médica Continuada. Vol. 6. No. 03. Pág. 179.
- 19.- Santos Athernon D. (1999). *La comunicación médico-paciente*. Revista electrónica de la UNAM, México : Rompan Filas. Año 8. No. 43.  
[serpiente.dgsca.unam.mx/rompan/43/rf43c.html](http://serpiente.dgsca.unam.mx/rompan/43/rf43c.html)

## ANEXO 1.

### Anexo 1. Cuestionario GATHA-RES

#### Datos globales

– Tiempo de consulta (minutos):

< 5 ( )                      5,1-10 ( )                      10,1-15 ( )                      > 15 ( )

– Sexo profesional:                      ( ) Varón                      ( ) Mujer

– Sexo paciente:                      ( ) Varón                      ( ) Mujer

– Acompañante:                      ( ) SÍ                      ( ) NO

Respuestas posibles a cada una de las siguientes preguntas SÍ o NO

#### EJE 1.º- ACTITUD/CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR

1. ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
2. ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos...) o percepción de salud del paciente?
3. ¿Se expresa el profesional de forma segura?
4. Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?
5. ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?
6. ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?

#### EJE 2.º- TAREAS COMUNICACIONALES

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista, ¿se ha llegado a delimitar:
8. La evolución cronológica?
9. La localización?
10. El/los factores que lo modifican?
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?
- Dentro de los aspectos psicosociales, ¿el profesional conoce datos sobre:
13. El estado de ánimo?
14. Los acontecimientos vitales estresantes?
15. El entorno sociofamiliar?
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?
17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?
19. El profesional, ¿ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?
20. ¿Se despide del paciente?

#### EJE 3.º- HABILIDADES TÉCNICAS

- Cuando apoya la narración del paciente, ¿ha realizado alguna de las siguientes técnicas?:
21. Contacto visual-facial
  22. Señalamientos (poner palabras a las expresiones emocionales del paciente)
  - Cuando informa al paciente, ¿ha utilizado alguna de las siguientes técnicas?:
  23. Ejemplificación (Dar ejemplos durante la información al paciente)
  24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?
  - ¿Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación?:
  25. Respuesta evaluativa (lograr que el paciente manifieste el origen de su resistencia)
  26. Exploración de creencias (explorar creencias del paciente, hallar ideas o sugerencias que vengán del paciente)
  27. En caso de emociones fuertes por parte del paciente, ¿ha tenido contención emocional el médico?

**Cuestionario Gatha-res de Ruiz Moral R. y Grupo de investigación**

**COMCORD.**

## ANEXO 2.

### Entrevista semi-estructurada

#### A.- Fase Exploratoria:

- |                                       |        |        |
|---------------------------------------|--------|--------|
| 1.- Recepción del paciente.           | Sí ( ) | No ( ) |
| 2.- Escucha de su motivo de consulta. | Sí ( ) | No ( ) |
| 3.- Identificar la demanda.           | Sí ( ) | No ( ) |

#### B.- Fase resolutive:

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| 4.- Enunciación del/los problema/s detectado/s.        | Sí ( ) | No ( ) |
| 5.- Propuesta de posibles soluciones/recomendaciones.  | Sí ( ) | No ( ) |
| 6.- Valoración de las opiniones del paciente.          | Sí ( ) | No ( ) |
| 7.- Toma de decisiones y compromisos por ambas partes. | Sí ( ) | No ( ) |
| 8.- Plan de seguimiento.                               | Sí ( ) | No ( ) |

### ANEXO 3.

#### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

<b>Antigüedad del médico</b>	5-10 ( ) 11-15 ( ) 16-20 ( ) 21-25 ( )
<b>Edad del médico</b>	30-35 ( ) 36-40 ( ) 41-45 ( ) 46-50 ( ) 51-55 ( ) 56-60 ( )
<b>Medico</b>	Médico familiar con especialidad ( ) Médico familiar sin especialidad ( )
<b>Tipo de contratación</b>	Base ( ) Interino ( ) Substituto ( )

## ANEXO 4.

### Consentimiento Informado

Instituto Mexicano de Seguro Social-Universidad Nacional Autónoma de México

**Participación en el estudio de investigación de la entrevista clínica entre el médico y el paciente con el fin de valorar la comunicación que presenta el médico y su manera de llevar la entrevista.**

Cd. del Carmen, Campeche a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2004.

Yo \_\_\_\_\_ acepto y doy mi consentimiento en forma voluntaria de que sea video-grabada mi entrevista con mi médico familiar durante la consulta médica a sabiendas de que se guardará confidencialidad de lo que se video-grabe así como anonimato de los participantes y que será utilizado sólo con fines de estudio para protocolo de investigación donde se evaluará la entrevista que realizar el médico familiar y su manera de establecer la comunicación con los pacientes, todo ello para mejorar la comunicación en la relación médico-paciente, como finalidad del estudio. Todo lo anterior me ha sido explicado e informado, así como los riesgos y beneficios de dicha grabación.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente o tutor.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo  
(Opcional)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico tratante.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del médico  
que realiza la investigación.