



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**ENTRENAMIENTO DE MÉDICOS EN HABILIDADES DE
COMUNICACIÓN EN UN SERVICIO DE DIABETES**

**TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
RENÉ NOEC CORTÉS MORÁN**

**TUTOR PRINCIPAL:
DR. CARLOS G. FIGUEROA LÓPEZ
*Facultad de Estudios Superiores Zaragoza***

**MIEMBROS DEL COMITÉ:
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
Facultad de Psicología
DR. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
Facultad de Psicología
MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ
Facultad de Psicología
DRA. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN
*Programa de Maestría y Doctorado en Psicología***

MÉXICO, D.F. ENERO 2015



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.

AGRADECIMIENTOS

A Jehová:

“Porque Jehová mismo da la sabiduría; procedentes de su boca hay conocimiento y discernimiento”

Proverbios 2:6-7

A mi papá y a mi mamá:

Porque con su ejemplo y con su apoyo fomentaron en mi corazón el deseo de continuar y concluir con esta lucha y no desistir.

A mi esposa:

Que ha caminado junto a mí en este sendero, paso a paso de forma cariñosa y paciente.

A mis hermanas:

Que han estado presentes en este recorrido, y han sido un lugar donde se puede encontrar ánimo.

A mis amigos de la Maestría, Said y José Nahum:

Por contribuir con este proyecto y hacer más amena cada fase y cada etapa de la Maestría

A mi Tutor y a cada miembro del Jurado por sus valiosas contribuciones

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

El contexto del protocolo que da origen a este trabajo.....10

El contexto académico de los estudios.....11

LA DIABETES: CONSIDERACIONES GENERALES

¿Qué es la diabetes mellitus tipo 2?.....12

La diabetes: ¿Cómo afecta al paciente?.....12

EL PACIENTE DIABÉTICO Y LA CONDUCTA NO ADHERENTE

La conducta no adherente: un problema relevante.....13

Intervenciones para generar conductas adherentes: ¿Qué se ha hecho?.....14

EL ENTRENAMIENTO DE MÉDICOS EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Elementos de comunicación asociados a la adhesión de pacientes.....18

Sobre las intervenciones para entrenar médicos.....18

Sobre la técnica de juegos de roles y retroalimentación.....20

Sobre la forma de evaluar las habilidades de comunicación del médico.....21

ESTUDIO PILOTO Y DE INTERVENCIÓN EN LA CLÍNICA DE DIABETES DEL INCMNSZ

Fundamentación.....23

Objetivos.....26

FASE DE PILOTEO.....27

Método.....27

Diseño.....27

Participantes y muestreo.....27

Aspectos éticos en la fase de piloteo.....27

Procedimiento.....	27
Materiales.....	28
Análisis estadísticos.....	30
Resultados.....	31
Discusión.....	36
Conclusiones.....	38
FASE DE INTERVENCIÓN.....	39
Método.....	39
Diseño.....	39
Participantes y muestreo.....	39
Aspectos éticos en la fase de intervención.....	40
Procedimiento.....	40
Etapa 1: Reclutamiento y evaluación inicial.....	40
Filmaciones.....	41
Etapa 2: El taller de entrenamiento en habilidades de comunicación.....	42
El objetivo del taller.....	42
Principales actividades del taller.....	43
Etapa 3: evaluación después del taller de entrenamiento.....	47
Materiales.....	50
Las listas de verificación usadas en la fase de intervención.....	51
¿Cómo utilizar la lista de verificación C?.....	53
¿Cómo utilizar la lista de verificación F?.....	58
Consideraciones adicionales sobre la lista de verificación F.....	59
¿Cómo se obtiene la puntuación total de la lista de verificación F?.....	60
Temporalidad de las habilidades de comunicación.....	61

Análisis estadísticos.....	62
Resultados.....	63
Discusión.....	70
Sugerencias para estudios posteriores.....	73
Conclusiones.....	74
Sobre los objetivos del Programa de Maestría en Medicina Conductual.....	76

REFERENCIAS.....	77
-------------------------	-----------

APÉNDICES

APÉNDICE A. Oportunidad empática y respuesta empática.....	84
APÉNDICE B. Definición de errores frecuentes.....	88
APÉNDICE C. Habilidades para establecer rapport al inicio de la consulta.....	94
APÉNDICE D. Habilidades para establecer rapport al final de la consulta.....	96
APÉNDICE E. Habilidades para establecer una agenda por adelantado.....	98
APÉNDICE F. Habilidades para evaluar la conducta no adherente.....	102
APÉNDICE G. Habilidades para abordar la conducta no adherente.....	107
APÉNDICE H. Algoritmo para abordar la conducta no adherente.....	112
APÉNDICE I. Definición de términos del algoritmo para abordar la conducta no adherente.....	115
APÉNDICE J. Instrucciones para el paciente simulado.....	116
APÉNDICE K. Instrucciones para el médico durante el encuentro simulado.....	118
APÉNDICE L. Consentimiento informado.....	119

INTRODUCCIÓN

El contexto del protocolo que da origen a este trabajo

Este trabajo surge a partir del protocolo de investigación: “Entrenamiento de médicos en habilidades de comunicación para generar adhesión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, con clave NER-1167-14/14-1 del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (*INCMNSZ*) en la Ciudad de México del Distrito Federal. Dicho protocolo se desarrolló con la finalidad de responder a las necesidades del Servicio de Endocrinología del *INCMNSZ*. La solicitud original de dicho servicio consistía en la detección de variables del médico asociadas con la adhesión de pacientes, en los encuentros médicos de la clínica de diabetes del *INCMNSZ*.

En la presente Tesis se reportan tres productos generales: **1)** un estudio exploratorio realizado en la Clínica de Diabetes del Servicio de Endocrinología, en el cual se observaron 51 consultas médicas con la finalidad de detectar barreras que tienen el potencial de interferir con la adhesión de los pacientes diabéticos, **2)** una colección de conductas del médico, que están asociadas con la adhesión de los pacientes, la cual se desarrolló con base en la literatura científica. Dicha colección se expresa en la forma de seis listas de verificación en la fase de intervención, y **3)** un reporte sobre el desarrollo y aplicación de un taller de entrenamiento de médicos en habilidades de comunicación asociadas a la adhesión de pacientes).

En el presente trabajo se usan indistintamente los términos *adhesión*, *apego*, *cumplimiento* y *adherencia* para denotar el comportamiento del paciente que realiza en seguimiento a las indicaciones del personal de salud.

Contexto académico de los estudios

Las necesidades de La Clínica de Diabetes del *INCMNSZ*, que se han mencionado hasta este momento, se detectaron durante la residencia en Medicina Conductual que el autor llevó a cabo en el área psicología que pertenece al Departamento de Neurología y Psiquiatría del *INCMNSZ*.

Cabe mencionar que la residencia en Medicina Conductual forma parte del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, su objetivo es formar profesionales que cuenten con habilidades o competencias para evaluar y diagnosticar problemas socialmente relevantes en el área de la salud. Algunas competencias específicas que están incluidas son el desarrollo de técnicas de evaluación, el desarrollo de programas de intervención, la integración del conocimiento científico con la práctica profesional, el uso de herramientas informáticas y el manejo de enfoques metodológicos y estadísticos.

Las actividades de la residencia se pueden dividir en tres: **1)** Apoyo a las actividades académicas y de intervención en servicios médicos específicos del Instituto. En este caso, el abordaje estaba dirigido a los componentes psicosociales de los pacientes por medio de estrategias cognitivo-conductuales, **2)** Atención a pacientes referidos a terapia cognitivo-conductual en consulta externa u hospitalización. Los pacientes hospitalizados recibían tratamiento mediante estrategias cognitivo-conductuales una o dos veces por semana. Por otro lado, los pacientes en consulta externa recibían terapia cognitivo-conductual cada ocho días o una vez cada dos o tres semanas en el edificio de consulta externa del *INCMNSZ*, **3)** Las actividades relacionadas con el protocolo de investigación: Desde el mes de Marzo del 2013, los médicos adscritos del servicio de diabetes mostraron interés en las variables que están asociadas con la conducta no adherente de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

Toda la información que se brindará a partir de este momento se desprende del protocolo de investigación.

LA DIABETES: CONSIDERACIONES GENERALES

¿Qué es la diabetes mellitus tipo 2?

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad que se caracteriza por la resistencia a la insulina y un daño progresivo de las células beta del páncreas, lo cual desencadena un deterioro en la secreción de insulina (Codario & Totowa, 2011) o la forma en que esta actúa. Una consecuencia de este deterioro es la hiperglucemia crónica (Vermeire et al., 2005). Por tratarse de una enfermedad crónico-degenerativa, el abordaje médico exige múltiples conductas de autocuidado por parte del paciente con el objetivo de evitar complicaciones y reducir riesgos a largo plazo (American Diabetes Association, 2012).

La población diabética ha incrementado en México en los últimos años, lo cual se puede apreciar al comparar las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2000, 2006 y 2012 (Gutierrez et al., 2012; Olaiz-Fernández et al., 2006; Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda, & Villalpando, 2007), las cantidades respectivas son 2.1, 3.7 y 6.4 millones de adultos mexicanos con el diagnóstico de diabetes (Jiménez-Corona, Aguilar-Salinas, Rojas-Martínez & Hernández-Ávila, 2013). Algunos autores han propuesto que estas cifras podrían representar tan solo la mitad de los números reales, ya que, como han señalado algunos organismos internacionales, muchos pacientes no conocen su diagnóstico (International Diabetes Federation, 2013).

La diabetes: ¿Cómo afecta al paciente?

En nuestro país, las complicaciones derivadas de la diabetes son una de las principales causas de muerte según el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2012). Las complicaciones médicas

incluyen: retinopatía, nefropatía, neuropatía (Vermeire et al., 2005), complicaciones micro y macro-vasculares (Khattab, Khader, Al-Khawaldeh & Ajlouni, 2010). Se trata de consecuencias asociadas con la ausencia de tratamiento médico o con la manifestación de conductas no adherentes (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003; van Vugt, de Wit, Cleijne & Snoek, 2013). Algunos autores consideran que el tratamiento médico tiene el objetivo de retrasar o posponer indefinidamente el desarrollo de estas complicaciones (Hernández-Romieu, Elnecavé-Olaiz, Huerta-Urbe & Reynoso-Noverón, 2011).

Sin embargo, las consecuencias de la diabetes sobre los pacientes no se limitan al ámbito médico, se han detectado problemas psicológicos muy comunes en esta población, por ejemplo la sintomatología depresiva (Fejfarová et al., 2014), los síntomas de ansiedad (Hermanns, 2013), el enojo, la no aceptación de la enfermedad y sus consecuentes conductas no adherentes (Barnard, & Lloyd, 2012). Adicionalmente, puesto que muchas complicaciones de la diabetes se manifiestan a largo plazo, algunos pacientes suelen subestimar y desacreditar el diagnóstico y su tratamiento (Ledón Llanes, 2012).

EL PACIENTE DIABÉTICO Y LA CONDUCTA NO ADHERENTE

La conducta no adherente: un problema relevante

El incremento de la población con DM2 no es el único problema de gran importancia, en realidad, la falta de adhesión al tratamiento es muy frecuente, ya que el tratamiento para la diabetes exige un gran número de conductas de autocuidado (Blackburn, Swidrovich & Lemstra, 2013). Por ejemplo, la Asociación Americana de Educadores en Diabetes identifica algunos conjuntos de conductas requeridas a los pacientes diabéticos: alimentación saludable, actividad física, monitoreo de

glucosa en sangre, ingesta de medicamentos, el cuidado de los pies, exámenes oftalmológicos y pruebas de hemoglobina glucosilada periódicos (Yamashita, Kart & Noe, 2012). Lo anterior, es un ejemplo de lo que la OMS llama un tratamiento complejo, es decir, un tratamiento que requiere múltiples comportamientos para su realización, lo cual disminuye la probabilidad de adhesión al mismo (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

La falta de adhesión es un problema relevante y exige acciones inmediatas, ya que en el caso del paciente diabético, la conducta no adherente está asociada con diversas complicaciones potencialmente mortales (Blackburn, et al., 2013).

La OMS ha definido adhesión a los tratamientos médicos como: “El grado en que el comportamiento de una persona, por ejemplo, tomar el medicamento, seguir un régimen alimenticio o ejecutar cambios en los estilos de vida, se corresponde con las recomendaciones de un prestador de servicios de salud” (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

Las conductas adherentes son cada una de las acciones que un paciente debe ejecutar para realizar una recomendación médica (Blackburn et al, 2013, WHO, 2003, cap.10). Por lo anterior, durante este trabajo se considerará “conducta no adherente” a todo aquel comportamiento o acción del paciente que sea incompatible con las recomendaciones de tratamiento médico.

Intervenciones para generar conductas adherentes: ¿Qué se ha hecho?

Un estudio con 937 pacientes mexicanos, con diagnóstico de diabetes, reveló que el 31% no seguían las recomendaciones de dieta, el 46% reportó no seguir las recomendaciones de ejercicio y el 15% no tomaba los medicamentos correspondientes (Hernández-Romieu et al, 2011).

En virtud de estas cifras y del riesgo potencial que entrañan es evidente que el entendimiento y el abordaje de la conducta no adherente del paciente con DM2 es necesario.

Las intervenciones que algunos autores han detectado para lograr este fin son la entrevista motivacional, las intervenciones conductuales, la terapia cognitivo-conductual y la educación.

Sin embargo, la mayoría de ellas han tenido efectos moderados que no se mantienen a largo plazo (Blackburn et al, 2013). Por ejemplo, una revisión de la literatura de Cochrane señala que los programas educativos dirigidos a pacientes con diabetes cuya finalidad es aumentar la adhesión, si bien incrementan el conocimiento, generan pocos cambios positivos sobre la adhesión al tratamiento (Li et al., 2011) este último punto también fue reportado en México por un grupo de investigadores, quienes observaron que las mejores calificaciones en un cuestionario de *conocimientos sobre diabetes* no se asoció con una mejor adhesión en un grupo de 70 pacientes con DM2 (Lerman et al., 2009).

Otra revisión sistemática de Cochrane detectó que las intervenciones psicológicas cognitivo conductuales tienen efectos moderadamente positivos sobre variables que interfieren con la adhesión, como la depresión (Baumeister, et al., 2012).

Algo parecido ocurre con las intervenciones, también cognitivo conductuales, que se ofrecen mediante computadoras, las cuales han tenido pequeños efectos benéficos sobre el control de glucosa en sangre al impactar sobre variables asociadas al comportamiento adherente como la autoeficacia y apoyo social (Pal et al., 2013).

Otros estudios realizados en México, si bien han obtenido resultados positivos mediante intervenciones cognitivo-conductuales (De los Ríos, Sánchez Sosa, Barrios & Guerrero, 2004; Del Castillo, Reyes & Sánchez-

Sosa, 2004), no han incluido estrategias que transfieran el eventual control del componente de mantenimiento del comportamiento adherente al contacto médico-paciente y la calidad de su comunicación, el cual, por la relativa ausencia de psicólogos en las instituciones de salud, normalmente acabaría recayendo sobre el personal médico y de enfermería.

EL ENTRENAMIENTO DE MÉDICOS EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Las limitaciones que existen al trabajar con los pacientes, han llevado a diversos autores a dirigir las intervenciones a los médicos (Blackburn, et al., 2013). Esto último se desprende de las aseveraciones de la OMS, cuando mencionó que el paciente no es el único responsable de su propia adhesión al tratamiento, de hecho, la OMS identificó cinco conjuntos de variables que están asociados con la conducta adherente del paciente con DM2:

1) Características del tratamiento, 2) características de la enfermedad, 3) factores ambientales, 4) factores intrapersonales y 5) factores interpersonales. Dentro de este último conjunto se encuentra una comunicación eficaz y funcional entre el paciente y el médico que lo atiende (WHO, 2003, cap. 10). Este último aspecto y su efecto sobre la adhesión, se ha confirmado en diversas investigaciones.

Por ejemplo, en el año 2009, se dio a conocer un meta-análisis que tenía el objetivo de determinar el tamaño del efecto entre la comunicación de los médicos y la adhesión de los pacientes en diversas condiciones médicas. El estudio reveló que la adhesión de los pacientes tiende a mejorar cuando los médicos están capacitados para ser buenos

comunicadores y que hay menos adhesión cuando los médicos carecen de estas habilidades (Zolnierek & DiMatteo, 2009).

También en 2009, un grupo de autores reportaron en un estudio observacional que las puntuaciones altas en habilidades de comunicación de los médicos se asociaron con niveles más bajos de hemoglobina glucosilada (HbA1c) en pacientes DM2, por lo cual recomendaron la adquisición de estas habilidades en médicos que brindan atención a pacientes con descontrol de HbA1c (Parchman, Flannagan, Ferrer & Matamoras, 2009). Cabe mencionar que la HbA1c es un indicador del promedio de glucosa en sangre del paciente durante los últimos meses; las metas de tratamiento médico para la DM2 se apoyan en la medición de HbA1c y persiguen niveles de 6.5% a 7.0%, los valores mayores a 7.0% implican que la glucosa no está controlada. Sin embargo, cuando la esperanza de vida está limitada por una evolución prolongada de DM2 y sus múltiples complicaciones asociadas, suelen establecerse metas menos estrictas en puntos de corte para HbA1c de hasta 8.0% (American Diabetes Association, 2012).

La reducción de HbA1c se relaciona con el incremento de las conductas adherentes respecto a las recomendaciones médicas correspondientes: práctica de ejercicio, administración de medicamentos y los regímenes de dieta (Woodard, Landrum, Amspoker, Ramsey & Naik, 2014).

En resumen, la HbA1c es uno de los indicadores de la conducta adherente del paciente con DM2 y su reducción se asocia con el incremento de las habilidades de comunicación del médico. Por lo anterior, el entrenamiento de médicos en habilidades de comunicación se ha transformado en una intervención que tiene el potencial de incrementar la adhesión de pacientes (Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Elementos de comunicación asociados a la adhesión de pacientes

Las habilidades de comunicación específicas asociadas con la conducta adherente (independientemente del diagnóstico del paciente) ya se han identificado. En una revisión de la literatura, se detectaron tres: **1)** habilidad para evaluar la conducta no adherente, **2)** habilidad para abordar la conducta no adherente y **3)** habilidad para mostrar empatía. Anteriormente, en el año 2009, en una guía clínica se recomendó a los médicos a) evaluar e b) intervenir la conducta no adherente con la finalidad de mejorar la adhesión (Nunes et al., 2009), y mucho antes, en el año 2008, ya se había identificado en una revisión de la literatura que cinco habilidades de comunicación del médico están asociadas con la adhesión:

1) Establecimiento del rapport, 2) establecimiento de una agenda por adelantado, 3) habilidad para mostrar empatía, 4) habilidad para evaluar la conducta no adherente y 5) habilidad para abordar la conducta no adherente (Mauksch, Dugdale, Dodson & Epstein, 2008).

Cada una de las habilidades mencionadas en el párrafo anterior se pueden descomponer en unidades de comportamiento, lo cual facilita su medición (en la Tabla 1 se mencionan algunos autores que han descrito las cinco habilidades en componentes conductuales).

Sobre las intervenciones para entrenar médicos

En una revisión sistemática de la literatura Berkhof et al., (2011), detectaron que los programas de entrenamiento que son eficaces tienen las siguientes características: están centrados en el alumno, están orientados a la práctica, tienen una duración de al menos un día (de seis horas), utilizan las técnicas de juego de roles, retroalimentación y discusión en grupos pequeños.

Por otro lado, no se ha encontrado evidencia de la eficacia de las siguientes técnicas: las presentaciones orales, el modelado y la información escrita. Sin embargo, estas últimas técnicas se pueden usar como estrategias de apoyo (Berkhof, et al., 2011).

Tabla 1. Investigadores que han descrito algunas habilidades de comunicación

Investigadores	Habilidad	Definición
Krupat, Frankel, Stein & Irish (2006) Mauksch, Dugdale, Dodson, & Epstein (2008) Van de Poel, Vanagt, Schrimpf & Gasiorek (2013)	Establecimiento del Rapport	Es un conjunto de conductas que apelan a la relación interpersonal. Se utilizan con la finalidad de incrementar la satisfacción del paciente y facilitar la manifestación de conductas adherentes. La literatura recomienda ejecutar estas conductas especialmente al final y al inicio de la consulta, ya que los pacientes tienden a recordar con más facilidad lo que ocurre en estos momentos específicos por efecto de primacía y efecto de recencia
Krupat, Frankel, Stein & Irish (2006) Mauksch, Dugdale, Dodson, & Epstein, 2008 Van de Poel, Vanagt, Schrimpf & Gasiorek (2013)	Establecimiento de una agenda por adelantado	Grupo de conductas dirigidas a establecer el orden de las actividades de la consulta tomando en cuenta las preferencias y prioridades del paciente. Se utilizan con la finalidad de incrementar la satisfacción del paciente y facilitar la manifestación de conductas adherentes.
Bonvicini et al. (2009) Bylund & Makoul (2005) Bylund & Makoul (2002)	Habilidades para mostrar empatía	Se descompone en tres grupos de conductas: 1) facilitadores de la oportunidad empática, 2) oportunidad empática (conducta del paciente) y 3) respuestas empáticas. El objetivo de responder empáticamente es facilitar la manifestación de conductas adherentes

Investigadores	Habilidad	Definición
Friedman et al. (2009) Hahn et al. (2010) Nunes et al. (2009) Van de Poel, Vanagt, Schrimpf, & Gasiorek (2013)	Habilidades para evaluar la conducta no adherente	Grupo de conductas encaminadas a detectar las principales barreras u obstáculos que dificultan la manifestación de conductas adherentes, su objetivo es el posterior abordaje de la conducta no adherente
Hahn et al. (2010) Nunes et al. (2009) Ito (2013) Van de Poel, Vanagt, Schrimpf, & Gasiorek (2013)	Habilidades para abordar la conducta no adherente	Conductas dirigidas a abordar las barreras principales que dificultan la manifestación de conductas adherentes

Sobre la técnica de juegos de roles y retroalimentación

La técnica de juego de roles se lleva a cabo en las sesiones grupales de entrenamiento y consiste en un encuentro médico simulado que tiene el objetivo de entrenar habilidades específicas (Lane & Rollnick, 2007).

Según algunos autores, en el juego roles se benefician las siguientes personas: **1)** el médico que asume un rol de “médico” y entrena una habilidad específica, **2)** el médico que actúa como un “paciente” con características específicas y **3)** cualquier asistente que brinde retroalimentación a los médicos que han participado en el juego de roles, (Nestel & Tierney, 2007). Si el lector de esta tesis está interesado en conocer la técnica de retroalimentación y juegos de roles puede revisar el artículo de Nestel & Tierney (2007).

Se ha detectado que el desempeño de los médicos durante un juego de roles y durante una consulta médica real suele ser diferente (Lane & Rollnick, 2007), por lo cual, algunos autores han optado por añadir al

taller de entrenamiento, algunas evaluaciones en la consulta médica real para monitorear la adquisición de habilidades y poder retroalimentar a cada médico sobre dicha adquisición durante el taller (Dattner & Lopreiato, 2010).

Sobre la forma de evaluar las habilidades de comunicación del médico

El método recomendado para evaluar las habilidades de comunicación de los médicos es la revisión de grabaciones de audio y video de las consultas médicas (Henry & Fetters, 2012), este procedimiento se ha utilizado en diversas investigaciones (Hahn, et al., 2010; Haskard, et al., 2008; Noordman, Verhaak & van Dulmen, 2011; Parchman, Flannagan, Ferrer & Matamoras, 2009). Las grabaciones se cotejan con “listas de verificación”, las cuales enumeran diversos elementos de comunicación requeridos (Collins, Schrimmer, Diamond & Burke, 2011). Las grabaciones de audio y video no solo se utilizan para evaluar las habilidades de comunicación, también suelen utilizarse en periodos de retroalimentación, es decir, cada médico tiene acceso a su propia filmación y a los comentarios correspondientes por parte de un evaluador (Noordman, Verhaak & van Dulmen, 2011).

Sin embargo, en muchas ocasiones la filmación de las consultas médicas reales no es posible por diversas razones, por lo cual algunos investigadores han recurrido al paciente simulado, el cual es una persona que se comporta como un paciente con características específicas descritas por un guion, brindando la oportunidad de grabar un encuentro médico (Lane & Rollnick, 2007). Cuando la filmación de la consulta médica, real o simulada, no es posible, un observador puede calificar el desempeño del médico por medio de una lista de verificación durante la consulta médica real (Dattner, & Lopreiato, 2010).

Se han desarrollado diversas listas de verificación para evaluar las habilidades de comunicación del médico. Por ejemplo “The Kalamazoo

Checklist” (Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly, & Frankel, 2004), se desarrolló con la finalidad de establecer criterios para la enseñanza y la evaluación de dichas habilidades (Makoul, 2001). De igual manera, “The UK consensus statement on the content of communication”, incluye un grupo de áreas y recomendaciones para la comunicación, las cuales se han utilizado en diversos contextos educativos (Von Fragstein, et al., 2008).

Las dos listas de verificación mencionadas, junto con otras, se utilizaron para llegar al Consenso Europeo sobre Habilidades de Comunicación publicado en el año 2013, el cual generó una lista de recomendaciones (Bachmann et al., 2013).

Sin embargo, existen limitaciones importantes en los sistemas de medición ya mencionados. Por ejemplo, algunos de los autores que han desarrollado las listas de verificación, han optado por listar las habilidades en la forma de constructos generales, los cuales carecen de una definición operacional accesible (Von Fragstein, et al., 2008).

En el caso de algunos instrumentos de evaluación, las calificaciones sobre las conductas observables de los médicos se han reducido a categorías como bueno, muy bueno o excelente (Peterson, Calhoun, & Rider, 2014). Los instrumentos con estas características podrían no medir con exactitud las habilidades de comunicación, ya que las escalas Likert suelen perder información relevante (Li, 2013).

En otras listas de verificación, los elementos de comunicación solicitados aluden a dimensiones cognitivas del paciente y del médico cuya presencia es difícil de detectar por medio de la observación en un encuentro médico (Bachmann et al., 2013; Von Fragstein, et al., 2008).

Por otro lado, algunas habilidades de comunicación asociadas a la adhesión se les ha dado poco énfasis durante la evaluación, por ejemplo

el abordaje de la conducta no adherente y la simultaneidad (Bonvicini et al., 2009; Nunes et al., 2009).

ESTUDIO PILOTO Y DE INTERVENCIÓN EN LA CLÍNICA DE DIABETES DEL INCMNSZ

Fundamentación

La conducta no adherente es un problema frecuente en los pacientes con DM2, este problema requiere atención, ya que el tratamiento inadecuado está asociado con las complicaciones que ya se han mencionado (retinopatía, nefropatía, neuropatía, ansiedad y depresión, por ejemplo) y según las cifras de *SINAIS*, una de las principales causas de muerte en México son las complicaciones derivadas de la Diabetes.

Por otro lado, la literatura de investigación científica ha identificado variables asociadas con el incremento de conductas adherentes, por ejemplo la habilidad del médico para mostrar empatía, evaluar y abordar la conducta no adherente durante la consulta médica.

Así, el entrenamiento de médicos que brindan atención a pacientes con diabetes está justificado cuando el objetivo consiste en el incremento de la adhesión. Por tal motivo, la implementación de un taller de entrenamiento para médicos endocrinólogos del INCMNSZ es relevante socialmente, ya que implicaría un beneficio para los pacientes, al influir positivamente sobre su apego al tratamiento.

Esta investigación se fundamenta en su utilidad metodológica, la cual se puede dividir en tres aspectos:

1) Se propone un sistema de evaluación conductual de las habilidades de comunicación por medio de una colección de seis listas de verificación y se han integrado las definiciones operacionales señaladas en la literatura de investigación internacional. Esto es relevante ya que la mayoría de las listas de verificación que se utilizan para evaluar a médicos, no definen los términos operacionalmente o aluden a categorías generales, por ejemplo la empatía, en lugar de *paráfrasis, confirmación o declaración de sentimiento compartido*, las cuales son unidades conductuales de la empatía (Bylund & Makoul, 2005; Bylund & Makoul, 2002).

2) Se propone una evaluación específica o focalizada, es decir la evaluación solo de conductas asociadas a la adhesión de pacientes, este aspecto es importante ya que la mayoría de las listas de verificación integran elementos que influyen sobre diversas variables, por ejemplo la satisfacción del paciente, el alivio de síntomas, la disminución de quejas por negligencia médica, el recuerdo y la comprensión del paciente sobre las instrucciones médicas, y la adhesión al tratamiento (Bachmann, et al., 2013; Hickson & Entman, 2008; Schillinger, 2003).

3) Se propone la evaluación de la simultaneidad. Se ha detectado en la literatura que muchas habilidades asociadas a la adhesión, requieren su aplicación simultánea con otras habilidades, por ejemplo una respuesta empática verbal junto con el contacto visual (Bonvicini et al., 2009; Collins, Schrimmer, Diamond, & Burke, 2011; Mast, 2007). Por lo anterior se propone la utilización de una lista de verificación que contempla la evaluación de habilidades que exigen el uso simultáneo de respuestas no verbales y verbales.

También este aspecto es relevante, ya que la mayoría de las listas de verificación no contemplan la evaluación de la simultaneidad.

4) Se describe un taller de entrenamiento en habilidades de comunicación para médicos, lo cual es relevante ya que la mayoría de las investigaciones no describen las técnicas de enseñanza detalladamente ni los elementos específicos que están incluidos en el entrenamiento (Berkhof, van Rijssen, Schellart, Anema, & van der Beek, 2011).

5) Finalmente, se reportan los resultados de un taller de entrenamiento de médicos (de una combinación específica de estrategias de enseñanza que están identificadas en la literatura internacional de investigación). Esto es relevante ya que aunque algunos autores han detectado las estrategias más eficaces (por ejemplo juegos de roles, retroalimentación y discusión en grupos pequeños), aún se sabe poco sobre las combinaciones de las mismas que tendrán mayor efecto o la distribución del taller a lo largo del tiempo y su efecto (Berkhof, et al., 2011).

Con base en lo planteado hasta este momento, se establecen las siguientes preguntas de investigación: ¿Los pacientes con DM2 que son atendidos en el *INCMNSZ*, tienen características asociadas al desarrollo de conductas no adherentes?, ¿los médicos endocrinólogos del *INCMNSZ* que brindan atención a pacientes con DM2, utilizan habilidades que están asociadas con el incremento de conductas adherentes en la consulta médica de diabetes?, ¿qué efecto tendrá un taller de entrenamiento sobre las habilidades de comunicación de los médicos endocrinólogos del *INCMNSZ*?

Objetivos

El objetivo general es determinar el efecto de un taller de entrenamiento en habilidades de comunicación asociadas a la adhesión de pacientes, sobre la frecuencia de seis variables de comunicación en los médicos que brindan la consulta médica de diabetes del servicio de endocrinología del INCMNSZ. Las variables de comunicación son 1) establecimiento del rapport, 2) establecimiento de una agenda por adelantado, 3) habilidad para mostrar empatía, 4) habilidad para evaluar la conducta no adherente, 5) habilidad para abordar la conducta no adherente y 6) manifestación de errores frecuentes.

Sin embargo, un objetivo secundario, en una fase de piloteo, es describir las variables del paciente y del médico que están asociadas con la presencia de conductas no adherentes en la consulta médica de diabetes del INCMNSZ: 1) edad y 2) tiempo de evolución con DM2 del paciente. También la frecuencia de las siguientes conductas del médico: 1) exploración del estado de ánimo, 2) complejidad del tratamiento farmacológico, 3) exploración de la autoeficacia, 4) exploración del consumo de alcohol, 5) exploración de barreras ambientales para las conductas adherentes, 6) presencia de unidades conductuales para establecer rapport, 7) presencia de unidades conductuales para establecer una agenda por adelantado, 8) presencia de unidades conductuales para mostrar empatía, 9) presencia de unidades conductuales para evaluar y abordar la conducta no adherente.

Para cumplir los objetivos mencionados, este trabajo se dividirá en dos fases: **1)** una fase de piloteo y **2)** una fase de intervención. Cada fase describirá su propia metodología, resultados y discusión.

FASE DE PILOTEO

MÉTODO

Diseño

Estudio exploratorio-observacional. Se llevó a cabo durante el mes de Marzo del 2013 en Consulta Médica de Diabetes del Servicio de Endocrinología del *INCMNSZ*.

Participantes y muestreo

El muestreo fue no probabilístico incidental y los criterios fueron los siguientes: 1) pacientes con DM2 que asistieron a la consulta médica de diabetes en el *INCMNSZ*, y 2) médicos que brindaron la consulta médica de diabetes a los pacientes del criterio 1.

Aspectos éticos en la fase de piloteo

En esta fase de la investigación se siguieron los siguientes principios éticos: 1) beneficencia, 2) no maleficencia, y 3) valor social (Arguedas, 2010; Ávila, 2002)

Procedimiento

Durante el mes de Marzo del 2013, el autor de esta tesis asistió a la consulta médica de diabetes y registró todas las mediciones de la fase de piloteo (no hubo otro observador).

La consulta médica de diabetes se llevaba a cabo los días lunes, miércoles y viernes, entre las 7:00 am y las 10:30 am en el *INCMNSZ*. Durante la fase de piloteo, el observador trabajaba con un médico distinto cada día de consulta y estaba presente en todas las consultas que el médico en cuestión brindaba. Cada consulta duraba entre 20 y 40 minutos y se conseguían diariamente entre 2 y 7 observaciones de pacientes con DM2 (algunos pacientes tenían otros diagnósticos).

El observador, es decir, el autor de esta tesis, estaba en el consultorio antes de que el paciente llegara y el registro de variables comenzaba cuando el paciente entraba en el consultorio y concluía cuando salía del mismo. Durante la consulta, el observador ajustaba su posición procurando tener acceso visual a la conducta facial y corporal del médico y del paciente.

Durante la consulta médica, se registraban las variables conductuales del médico por medio de una lista de verificación provisional no exhaustiva (consulte las variables en las tablas 2, 3, 4, 5 y 6). Los datos del paciente se obtenían del expediente en momentos posteriores a la consulta.

El médico estaba enterado de aspectos generales sobre la investigación, pero no conocía los requerimientos específicos de la evaluación.

Materiales

Se elaboró una lista de verificación provisional no exhaustiva, realizada de manera ex profeso, con base en algunas variables detectadas en diversos estudios (Blackburn, et al.2013; Hernández-Romieu et al., 2011; Makoul, Krupat & Chang, 2007; WHO, 2003, cap. 10), los cuales incluyen los elementos mencionados en el objetivo de la fase de piloteo.

La complejidad del tratamiento se midió por medio del número de conductas requeridas para cubrir el tratamiento médico en un día, por ejemplo si el paciente debía consumir 2 medicamentos diarios y cada medicamento debía administrarse 3 veces al día, la complejidad del tratamiento sería igual a 6.

Con respecto a la exploración del estado de ánimo, la autoeficacia, el consumo de alcohol y barreras ambientales para la conducta adherente, se midieron de acuerdo a dos categorías: 1) se exploró o 2) no se exploró. Se consideró que el médico exploraba las áreas mencionadas si durante

una consulta médica realizaba al menos una pregunta abierta o cerrada con respecto al área específica (por ejemplo: ¿Cómo se siente hoy?, ¿Cuántas veces consume alcohol a la semana?, ¿Qué tan capaz se siente de realizar la dieta?).

En la tabla 7, se mencionan los apéndices donde se encuentran las definiciones de “las conductas del médico” que fueron evaluadas.

La lista de verificación provisional contemplaba 6 unidades conductuales para establecer rapport: 1) contacto físico durante el saludo, 2) saluda al paciente verbalmente, 3) hace contacto visual durante el saludo, 4) hace contacto físico al despedirse, 5) se despide verbalmente del paciente, 6) llama al paciente por su nombre dos o más veces (Krupat, et al., 2006; Mauksch, et al., 2008; Van de Poel, et al., 2013). Se registraba la presencia de cada conducta si ocurría al menos una vez durante la consulta médica. Consulte los apéndices C y D para una definición de las conductas necesarias para establecer rapport.

El registro contemplaba 2 unidades conductuales para establecer una agenda por adelantado: 1) el médico explora la agenda del paciente y 2) el médico escucha la agenda del paciente (Krupat, et al., 2006; Mauksch, et al., 2008; Van de Poel, et al., 2013). Se registraba la presencia de cada conducta si ocurría al menos una vez durante la consulta médica. Consulte el apéndice “E” para una definición de las conductas necesarias para establecer una agenda por adelantado.

El registro contemplaba 4 unidades conductuales para evaluar la conducta no adherente: 1) El médico utiliza señalización para introducir el tema de la adhesión, 2) El médico utiliza justificación para introducir el tema de la adhesión, 3) El médico exploró las preferencias del paciente sobre el tratamiento y 4) El médico escuchó las preferencias del paciente (Friedman et al., 2009; Hahn et al., 2010; Nunes et al., 2009; Van de Poel, et al., 2013). Se registraba la presencia de cada conducta si ocurría al

menos una vez durante la consulta médica. Consulte el apéndice “F” para una definición de las conductas necesarias para evaluar la conducta no adherente.

El registro contemplaba 2 unidades conductuales para abordar la conducta no adherente: 1) El médico brindó toda la información que el paciente solicitó y 2) El médico fomenta la participación del paciente en la selección del plan de tratamiento (Hahn et al., 2010; Nunes et al., 2009; Ito, 2013; Van de Poel, et al., 2013). Se registraba la presencia de cada conducta si ocurría al menos una vez durante la consulta médica. Consulte el apéndice G para una definición de las conductas necesarias para abordar la conducta no adherente.

El registro contemplaba 3 unidades conductuales para mostrar empatía: 1) uso de paráfrasis, 2) uso de resumen y 3) declaración de sentimiento compartido (Bonvicini et al., 2009; Bylund & Makoul, 2005). Se registraba la presencia de cada conducta si ocurría al menos una vez durante la consulta médica. Consulte el apéndice A para una definición de las conductas necesarias mostrar empatía.

Análisis estadísticos

Se utilizó estadística descriptiva: 1) medidas de tendencia central (media y moda) y 2) medidas de dispersión (desviación estándar y rango).

Resultados

Se observó a siete médicos residentes del primer año de endocrinología (4 mujeres y 3 hombres) y 51 pacientes (21 hombres y 30 mujeres). La edad de los pacientes: Media =55.57, (D.E=17.49), rango: 19-87. De los 51 pacientes, se tuvo acceso a los datos de HbA1c de 28 pacientes.

El número promedio de medicamentos recetados a los 51 pacientes fue de 5.86, (D. E=2.69), rango: 1-16. La Media de la complejidad del tratamiento fue de 9.86, (D. E=3.97), rango: 3-26. Se tuvo acceso a la medición de HbA1c de 28 pacientes y se obtuvieron los siguientes datos: rango de 7.10%-15.5%, Media= 9.43%, Moda= 8.10% y D. E= 2.13. En promedio, los 51 pacientes tenían 15.82 años con el diagnóstico de DM2 (D.E=10.95), el valor mínimo fue de dos meses y el máximo de 48 años. Algunas variables intrapersonales asociadas a la adhesión no fueron exploradas por los médicos durante las 51 consultas, por ejemplo, el estado del ánimo no fue explorado en el 94.11% de las consultas, la autoeficacia sobre la dieta no se exploró en 54.9% de las consultas, la autoeficacia sobre la práctica de ejercicio no se exploró en el 52.9% de las consultas y el consumo de alcohol no se exploró en el 92.15% de las consultas.

Los factores ambientales asociados a: 1) el apego a la dieta, 2) el consumo adherente de medicamentos, y 3) la práctica adherente del ejercicio, no fueron explorados en el 88.23% de las consultas observadas.

En la tabla 2, se reportan déficit conductuales con respecto a 3 conductas para el establecimiento del rapport: 1) realiza contacto físico durante el saludo, 2) realiza contacto físico al despedirse y 3) Llama al paciente por su nombre 2 o más veces.

Tabla 2. Presencia de conductas para establecer rapport durante 51 consultas

Conducta evaluada	Número de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)	Porcentaje de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)
Realiza contacto físico durante el saludo	11/51	21.5%
Saluda al paciente verbalmente	49/51	96%
Realiza contacto visual durante el saludo	39/51	76.47%
Realiza contacto físico al despedirse	22/51	43.13%
Se despide verbalmente del paciente	50/51	98%
Llama al paciente por su nombre 2 o más veces	4/51	7.8%

En la tabla 3, se reportan ausencias conductuales con respecto a las dos conductas evaluadas para el establecimiento de una agenda por adelantado: 1) el médico explora la agenda del paciente y 2) el médico escucha la agenda del paciente.

Tabla 3. Presencia de conductas para establecer una agenda por adelantado durante 51 consultas.

Conducta evaluada	Número de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)	Porcentaje de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)
El médico explora la agenda del paciente	0/51	0%
El médico escucha la agenda del paciente	0/51	0%

Tabla 4. Presencia de elementos para evaluar la conducta no adherente durante 51 consultas

Conducta evaluada	Número de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)	Porcentaje de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)
El médico utiliza señalización para introducir el tema de la adhesión	0/51	0%
El médico utiliza justificación para introducir el tema de la adhesión	0/51	0%
El médico exploró las preferencias del paciente sobre el tratamiento	1/51	1.9%
El médico escuchó las preferencias del paciente	1/51	1.9%

En la tabla 4, se reportan ausencias conductuales con respecto a dos comportamientos para evaluar la conducta no adherente: 1) el médico utiliza señalización para introducir el tema de la adhesión y 2) el médico utiliza justificación para introducir el tema de la adhesión. También se reportan déficit conductuales con respecto a dos comportamientos para evaluar la conducta no adherente: a) el médico exploró las preferencias del paciente sobre el tratamiento y b) el médico escuchó las preferencias del paciente.

En la tabla 5, se reporta ausencia conductual con respecto a un comportamiento para abordar la conducta no adherente: 1) El médico fomenta la participación del paciente en la selección del plan de tratamiento.

En la tabla 6 se reportan déficit conductuales con respecto a tres conductas para mostrar empatía: 1) uso de paráfrasis, 2) uso de resumen y 3) declaración de sentimiento compartido.

Tabla 5. Presencia de elementos para abordar la conducta no adherente durante 51 consultas

Conducta evaluada	Número de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)	Porcentaje de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)
El médico brindó toda la información que el paciente solicitó	36/51	70.5%
El médico fomenta la participación del paciente en la selección del plan de tratamiento	0/51	0%

Tabla 6. Presencia de conductas para mostrar empatía durante 51 consultas.

Conducta evaluada	Número de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)	Porcentaje de consultas en que se presentó la conducta evaluada (al menos una vez durante la consulta)
Uso de paráfrasis	2/51	3.9%
Uso de Resumen	0/51	0%
Declaración de sentimiento compartido	0/51	0%

Discusión

En esta primera fase se detectaron variables del paciente y del médico que de acuerdo con la literatura científica, se asocian con la presencia de conductas no adherentes: Los pacientes tenían alrededor de 55 años, lo cual coincide con el reporte de la OMS sobre la edad en que los pacientes suelen realizar menos actividad física, es decir aquellos que son mayores de 25 años y menores de 65 (WHO, 2003).

El tratamiento farmacológico de los pacientes del presente estudio incluyó en promedio el consumo de 5 medicamentos y la ejecución de 9 conductas de medicación al día, lo cual corresponde con la descripción de un tratamiento complejo, asociado con el incremento de conductas no adherentes en especial cuando el tratamiento involucra más de tres conductas de medicación al día (Blackburn, et al., 2013; Hernández-Romieu et al., 2011; WHO, 2003).

Los pacientes tenían en promedio 15 años con el diagnóstico de DM2, dicha duración es relevante, ya que coincide con la descripción de una enfermedad de larga evolución y se asocia con bajo apego al tratamiento, principalmente cuando dicha evolución es mayor a 10 años (Khattab, et al., 2010; WHO, 2003). Los datos mencionados hasta este momento concuerdan con los datos de laboratorio de 28 pacientes de este estudio, los cuales señalan que la mayoría de ellos no estaban dentro de sus metas de tratamiento, probablemente por bajo apego a las recomendaciones médicas (American Diabetes Association, 2012; Woodard, Landrum, Amspoker, Ramsey & Naik, 2014).

La literatura científica recomienda a los médicos explorar algunas variables asociadas a la manifestación de conductas no adherentes (Nam, Chesla, Stotts, Kroon, & Janson, 2011), con la finalidad de abordar las barreras identificadas (Nunes et al., 2009), esta práctica se asocia con

un mayor apego, de los pacientes, al tratamiento médico (Henry, Holmboe & Frankel, 2013).

Sin embargo, en la mayor parte de las consultas observadas, los médicos no exploraron: **1)** las barreras ambientales **2)** la autoeficacia con respecto al tratamiento, **3)** el estado de ánimo y **4)** el consumo de alcohol. Estos resultados distan mucho de las recomendaciones de diversos autores que promueven la exploración de estas variables o barreras durante la consulta médica (Nam, et al., 2011; Norris et al., 2005; Nunes et al., 2009; Ortiz, Ortiz, Gatica, & Gómez, 2011).

Los resultados del presente estudio detectan déficit conductuales con respecto a cinco habilidades de comunicación médico-paciente (Henry, Holmboe, & Frankel, 2013): **1)** establecimiento del rapport, **2)** establecimiento de una agenda por adelantado, **3)** habilidad para mostrar empatía, **4)** habilidad para evaluar la conducta no adherente y **5)** habilidad para abordar la conducta no adherente.

Este déficit de habilidades de comunicación ha sido detectado en otros estudios, por ejemplo en meta-análisis y se le relaciona con bajos niveles de adhesión (Zolnierek & DiMatteo, 2009). Esto representa un problema ya que, como se ha mencionado, las conductas no adherentes se asocian con diversas complicaciones médicas en los pacientes con DM2 (Blackburn, et al., 2013). Ante la deficiencia de habilidades de comunicación en los médicos que brindan atención a pacientes con DM2, algunos autores han recomendado el entrenamiento de dichas habilidades (Parchman, Flannagan, Ferrer & Matamoras, 2009).

Para algunos autores este entrenamiento es *imprescindible*, ya que las habilidades de comunicación tienden a disminuir a medida que los estudiantes progresan a través de su educación médica, además las características propias de la formación durante la residencia, desvanece la empatía y otros elementos requeridos para establecer una buena

comunicación con el paciente (Ha, & Longnecker, 2010), y las habilidades de comunicación no mejoran necesariamente con la experiencia médica (Fellowes, Wilkinson, & Moore, 2004). Estos aspectos son relevantes, a tal grado, que en diversos contextos el dominio de estas habilidades es un requisito fundamental (Schirmer et al., 2005).

Conclusiones

Algunas características del tratamiento y la enfermedad de los pacientes observados suelen asociarse con la manifestación de conductas no adherentes, esto representa un problema, porque los médicos que atienden a dichos pacientes no cuentan con las estrategias de comunicación para explorar y abordar las variables asociadas y las conductas no adherentes de los pacientes. Por lo anterior, un entrenamiento de médicos en habilidades de comunicación está justificado con base en las recomendaciones que han hecho diversos autores.

En virtud de todo lo anterior, se recomienda entrenar rutinariamente a los residentes de servicio de diabetes del área de endocrinología del *INCMNSZ*. Se recomienda que dicho entrenamiento sea específico, en aquellas habilidades de comunicación que según la literatura están asociadas con la adhesión de pacientes.

FASE DE INTERVENCIÓN

Con base en los resultados del estudio exploratorio de la fase de piloteo, se consideró de gran relevancia realizar un entrenamiento de médicos en habilidades de comunicación (médicos endocrinólogos del *INCMNSZ*). A continuación se reporta la fase de intervención, es decir el taller de entrenamiento.

MÉTODO

Diseño

Diseño de un solo grupo con mediciones y comparaciones intra-sujetos (antes y después de una intervención). El estudio se llevó a cabo durante los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto del 2014 en el departamento de endocrinología del *INCMNSZ*.

Participantes y muestreo

El muestreo fue no probabilístico incidental, y los criterios de inclusión con respecto a los médicos fueron los siguientes: 1) médicos endocrinólogos que brindaran atención a pacientes con diabetes en el *INCMNSZ* y 2) que aceptaran participar en el estudio. Los criterios de inclusión con respecto a los pacientes simulados fueron los siguientes: 1) psicólogos ajenos a la investigación y 2) que aceptaran participar en el estudio.

Se reclutaron 9 médicos residentes del primer año de endocrinología (2 hombres y 7 mujeres), los cuales brindaban la consulta médica de diabetes en el *INCMNSZ*. Participaron cuatro psicólogos ajenos a la investigación (como pacientes simulados), dos de ellos eran estudiantes de posgrado en psicología (dos hombres) y dos eran voluntarios en el departamento de psicología del *INCMNSZ* (un hombre y una mujer).

Aspectos éticos en la fase de piloteo

En esta fase de la investigación se siguieron los siguientes principios éticos: 1) beneficencia, 2) no maleficencia, 3) valor social, y 4) autonomía (Arguedas, 2010; Ávila, 2002).

PROCEDIMIENTO

Etapa 1: Reclutamiento y evaluación inicial

Se realizó una junta con los médicos residentes del Servicio de endocrinología del INCMNSZ, en dicha reunión se invitó a los médicos a participar en el protocolo de investigación. Se acordó trabajar con los residentes del primer año de endocrinología, quienes tienen a su cargo la consulta médica de diabetes (los médicos firmaron un consentimiento informado, usted puede ver el consentimiento informado en el apéndice “L”).

En la consulta externa de diabetes, los médicos fueron evaluados con las listas de verificación A, B, C, D, E y F (véase la página 51). La evaluación ocurrió durante una consulta médica real con paciente (antes del taller de entrenamiento y antes de realizar la primera filmación). El observador acudía a la consulta externa de diabetes y entraba en el consultorio antes de que el paciente llegara.

Cuando el paciente entraba en el consultorio el observador comenzaba a registrar las conductas del médico y del paciente por medio de las listas de verificación mencionadas. El observador sostenía las listas de verificación por medio de una tabla de madera con clip, y para facilitar el registro de las conductas, se usaban cuatro hojas tamaño carta que contenían las listas de verificación, las hojas se insertaban en el clip en el siguiente orden: 1) la primera hoja, es decir la más accesible a la vista (porque las otras tres se colocaban bajo la primera), contenía la lista de verificación A (fase de inicio), la lista de verificación B y la lista de

verificación D, 2) La segunda hoja, es decir la que se colocaba bajo la primera y sobre la tercera, contenía la lista de verificación E y la lista de verificación A (fase final) y 3) La tercera y cuarta hoja eran iguales, ambas contenían la lista de verificación C y F (porque el uso de ambas listas de verificación era más frecuente).

Durante la consulta, el observador modificaba su posición en el consultorio para tener acceso a la conducta corporal y facial del médico y del paciente. La observación concluía cuando el médico se despedía de su paciente y este último salía del consultorio.

Filmaciones

Después de haber realizado todas las observaciones descritas en el punto anterior, se procedió filmar un encuentro médico simulado por cada médico (los pacientes eran simulados y no habían tenido contacto con los médicos anteriormente). Los pacientes simulados actuaron de acuerdo con un guion en todas las filmaciones (vea el guion para el paciente simulado en el apéndice J), las cuales se realizaron en los consultorios donde se brinda la consulta externa de diabetes en el *INCMNSZ*.

El paciente simulado y el encargado de realizar la filmación acudían a la consulta de diabetes en la consulta externa, y la grabación se realizaba entre las consultas médicas reales. Antes de comenzar la filmación, se brindaba al médico un guion que describía los datos generales del paciente: nombre (se usó el nombre real del paciente simulado en la mayoría de los casos), edad, datos de laboratorio, y tratamiento médico actual (vea el guion para el médico en el apéndice K).

A continuación se le pedía al médico que estudiara el guion e informara cuando concluyera. Una vez que esto ocurría, el encargado de la filmación se colocaba en la puerta del consultorio, activaba la filmación

en la videocámara y le daba la señal al paciente simulado que esperaba fuera del consultorio para ingresar en él. Cuando el paciente simulado entraba en el consultorio la filmación ya se estaba realizando. El encargado de realizar la filmación ajustaba su posición, procurando que la cámara tuviera acceso a la conducta facial y corporal del médico y del paciente. Durante la filmación no había un registro por medio de listas de verificación. La filmación concluía cuando el médico se despedía del paciente y este último se retiraba del consultorio. Todas las filmaciones se evaluaron con las listas de verificación ya mencionadas en momentos posteriores a la grabación.

Etapas 2: El taller de entrenamiento en habilidades de comunicación

La primera y segunda sesión del taller, se realizaron un martes y un jueves respectivamente de la misma semana a las 7:00 am. Después de la segunda sesión, las que restaron, se realizaron cada ocho días (los jueves a las 7:00 am). Todas las sesiones grupales tenían una duración de 60 minutos y se realizaban en las instalaciones del “Centro de atención integral del paciente con diabetes” del *INCMNSZ*.

El objetivo del taller

En la página 26 de esta tesis se comentó el objetivo general de este trabajo, el cual corresponde con esta fase de intervención: “Determinar el efecto de un taller de entrenamiento en habilidades de comunicación asociadas a la adhesión de pacientes, sobre la frecuencia de seis variables de comunicación en los médicos que brindan la consulta médica de diabetes en el servicio de endocrinología del *INCMNSZ*”. Sin embargo, el objetivo del taller de entrenamiento fue: “Que cada médico participante conozca, entrene y aplique cinco habilidades de comunicación asociadas a la adhesión de pacientes”.

Principales actividades del taller

Las principales actividades del taller son 17. Las filmaciones antes y después del taller no se consideran solo mediciones, forman parte del taller mismo ya que se utilizan en las sesiones de retroalimentación individual. A continuación se describen las actividades del taller:

Actividad 1, filmación de consulta médica simulada 1: Esta filmación es la misma que se realizó durante la etapa de evaluación

Actividad 2, sesión grupal 1: En esta sesión, el ponente expuso una presentación oral para mostrar la evidencia científica que fundamenta la relación entre las habilidades de comunicación del médico y la conducta adherente del paciente.

Actividad 3, práctica anticipada 1: El nombre “práctica anticipada” implica que los médicos entrenan las habilidades que formalmente se revisarán hasta la próxima sesión grupal. Para lograr este objetivo, se enviaron materiales escritos a los médicos por correo electrónico o de forma impresa antes de que ocurriera la sesión 2 del taller, estos materiales correspondían al contenido de la sesión grupal 2 (véanse los apéndices A y B). La práctica anticipada consiste en dos actividades recomendadas a los médicos: 1) estudiar los materiales y 2) practicar las habilidades descritas en los materiales en la consulta médica real.

Actividad 4, sesión grupal 2: El ponente respondía preguntas con respecto a la práctica anticipada 1. Se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre las habilidades programadas para la sesión grupal 2: “Habilidades para mostrar empatía e identificación de errores de comunicación frecuentes” (véanse los apéndices A y B). Durante los juegos de roles un médico actuaba como un paciente con características específicas, el ponente del taller daba instrucciones breves al médico sobre las características de su personaje (las instrucciones se daban en

privado o en forma escrita), por ejemplo “eres un paciente que está molesto porque esperó la consulta más de una hora”, luego se invitaba al médico a improvisar los detalles.

Posteriormente se asignaba a un médico para que entrenara una habilidad específica mientras realizaba un encuentro simulado con el “paciente” asignado (las instrucciones eran breves, por ejemplo: “realiza una paráfrasis” o “establece una agenda”).

Después del juego de roles se realizaba la retroalimentación, la cual se realizaba en el siguiente orden: 1) se destacaban los aciertos del médico que estaba entrenando una habilidad y 2) se hacían sugerencias sobre las conductas que se podrían modificar para realizar una habilidad específica de forma exitosa.

En la mayoría de las ocasiones la retroalimentación la realizaban los médicos que observaban el juego de roles y el ponente del taller, en otras ocasiones el médico que realizaba el rol de “paciente” realizaba la retroalimentación (se utilizaba esta forma de retroalimentación cuando la opinión del “paciente” era de utilidad didáctica, por ejemplo al presentarse una oportunidad empática). Sin embargo, en algunos casos, el médico que realizaba el rol de “médico” añadía comentarios sobre lo que pudo haber hecho distinto durante el juego de roles.

Actividad 5, evaluación en consulta médica 1: A los médicos se les evaluó con las listas de verificación conductual “C” y “F” en la consulta externa mientras realizaban una consulta médica con un paciente real (las habilidades evaluadas fueron aquellas revisadas en la sesión 2). Con base en esta evaluación, se preparó una retroalimentación escrita por cada médico, la cual incluía una descripción detallada de las situaciones que surgieron durante la consulta: **1)** en primer lugar una detección de aciertos (por ejemplo: “En una ocasión realizó una respuesta empática verbal, al reconocer que para la paciente era incómodo venir a la

consulta por la tarde”) y **2)** en segundo lugar una detección de áreas de oportunidad (por ejemplo: “Sugiero evitar la utilización de expresiones como: “No vaya a suspender este medicamento nunca”, ya que estas expresiones transmiten la idea de obligación y la idea de que el paciente no tiene opción, y por tanto no fomentan la autonomía. Dicha autonomía es indispensable para generar adhesión. Utilice frases como: “Te recomiendo que tomes...”). Los médicos recibían su retroalimentación escrita ocho días después de la evaluación.

Actividad 6, práctica anticipada 2: Cada médico recibió materiales escritos por correo electrónico o de forma impresa antes de la sesión grupal 3 del taller, dichos materiales corresponden al contenido de la sesión 3 (véanse los apéndices C, D y E). La sugerencia de realizar la práctica anticipada se realizó en la sesión grupal 2.

Actividad 7, sesión grupal 3: El ponente respondía preguntas con respecto a la práctica anticipada 2. Se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre las habilidades programadas para la sesión grupal 3: “Establecimiento del rapport y establecimiento de una agenda por adelantado” (véanse los apéndices C, D y E).

Actividad 8, evaluación en consulta médica 2: A cada médico se le evaluó con las listas de verificación conductual “A”, “B”, “C” y “F” en la consulta externa mientras realizaban una consulta médica real (las habilidades evaluadas fueron aquellas revisadas en las sesiones 2 y 3). Ocho días después de la evaluación, se entregó a cada médico evaluado un documento con su retroalimentación escrita.

Actividad 9, práctica anticipada 3: Cada médico recibió materiales escritos por correo electrónico o de forma impresa antes de la sesión grupal 4 del taller, dichos materiales corresponden al contenido de la sesión grupal 4 (vea el apéndice F). Se recomendó la práctica anticipada en la sesión grupal 3.

Actividad 10, sesión grupal 4: El ponente respondió preguntas con respecto a la práctica anticipada 3. Se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre las habilidades programadas para la sesión grupal 4: “Habilidades para evaluar la conducta no adherente” (vea el apéndice F).

Actividad 11, evaluación en consulta externa 3: Cada médico fue evaluado con las listas de verificación conductual “A”, “B”, “C”, “D” y “F” en la consulta externa mientras realizaban una consulta médica real (las habilidades evaluadas fueron aquellas revisadas en las sesiones 2, 3 y 4). Ocho días después de la evaluación los médicos recibieron una retroalimentación escrita.

Actividad 12, práctica anticipada 4: Cada médico recibió materiales escritos, por correo electrónico o de forma impresa antes de la sesión grupal 5 del taller, dichos materiales corresponden al contenido de la sesión grupal 5 (véanse los apéndices “G”, “H” e “I”). La recomendación de la práctica anticipada se realizó en la sesión 4.

Actividad 13, sesión grupal 5: El ponente respondió preguntas con respecto a la práctica anticipada 4. Se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre las habilidades programadas para la sesión grupal 5: “Habilidad para abordar la conducta no adherente” (véanse los apéndices “G”, “H” e “I”).

Actividad 14, evaluación en consulta médica 4: Cada médico fue evaluado con las listas de verificación conductual “A”, “B”, “C”, “D”, “E” y “F”, en la consulta externa mientras realizaban una consulta médica real (las habilidades evaluadas fueron aquellas revisadas en las sesiones 2, 3, 4 y 5). Los médicos no recibieron la retroalimentación escrita de esta evaluación.

Actividad 15, sesión grupal 6: Se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre las habilidades programadas para la sesión grupal 6: “Algoritmo para abordar la conducta no adherente” y cierre del taller (véanse los apéndices “G”, “H” e “I”).

Actividad 16, retroalimentación individual: Los médicos recibieron retroalimentación individual de 30 minutos. En esta sesión, por medio de una computadora portátil, se mostró al médico su propia filmación con el paciente simulado, la cual se había realizado en la “Actividad 1”. La grabación se pausaba para resaltar los aciertos del médico (no se destacaban los errores). Cuando la filmación concluía, se preguntaba al médico si haría algo distinto si tuviera la oportunidad de ser filmado una vez más. En la mayoría de los casos los médicos detectaban con facilidad sus errores y parafraseaban elementos revisados durante el taller, posteriormente se exploraban las barreras que el médico experimentaba y que no le permitían practicar habilidades de comunicación específicas. La sesión de retroalimentación concluía cuando se hacía un acuerdo con el médico sobre la práctica de las habilidades en la consulta externa con los pacientes reales.

Actividad 17, filmación de consulta médica simulada 2: Los médicos fueron filmados realizando una consulta médica simulada después de haber concluido el taller. El método fue similar al de la filmación realizada antes de comenzar el entrenamiento.

Etapa 3: evaluación después del taller de entrenamiento

Después de la filmación, se realizó una evaluación más en la consulta externa real por medio de las listas de verificación A, B, C, D, E y F (los procedimientos de evaluación en esta etapa 3, son similares a los descritos en la etapa 1 ya mencionada).

Actividades del taller de entrenamiento

Número de actividad y tiempo	Breve descripción de la actividad
Actividad 1 (10 minutos mínimo)	FILMACIÓN DE CONSULTA MÉDICA SIMULADA 1: encuentro con un paciente simulado
Actividad 2 (60 minutos)	SESIÓN GRUPAL 1: se realizó una presentación oral para mostrar la evidencia científica que fundamenta la relación entre las habilidades de comunicación del médico y la conducta adherente del paciente
Actividad 3	PRÁCTICA ANTICIPADA 1: se sugirió a los médicos estudiar materiales sobre los temas que se abordarían en la próxima sesión grupal y aplicar los conceptos estudiados en la consulta externa
Actividad 4 (60 minutos)	SESIÓN GRUPAL 2: Se resolvieron dudas sobre la práctica anticipada 1, se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre el tema asignado para la sesión grupal 2.
Actividad 5	EVALUACIÓN EN CONSULTA MÉDICA 1: Los médicos fueron evaluados con respecto a las habilidades revisadas en la sesión grupal 2 (mientras el médico realizaba una consulta médica con un paciente real)
Actividad 6	PRÁCTICA ANTICIPADA 2: se sugirió a los médicos estudiar materiales sobre los temas que se abordarían en la próxima sesión grupal y aplicar los conceptos estudiados en la consulta externa
Actividad 7 (60 minutos)	SESIÓN GRUPAL 3: Se resolvieron dudas sobre la práctica anticipada 2, se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre el tema asignado para la sesión grupal 3.
Actividad 8	EVALUACIÓN EN CONSULTA MÉDICA 2: Los médicos fueron evaluados con respecto a las habilidades revisadas en las sesiones 2 y 3 (mientras el médico realizaba una consulta médica con un paciente real)

Número de actividad y tiempo	Breve descripción de la actividad
Actividad 9	PRÁCTICA ANTICIPADA 3: se sugirió a los médicos estudiar materiales sobre los temas que se abordarían en la próxima sesión grupal y aplicar los conceptos estudiados en la consulta externa
Actividad 10 (60 minutos)	SESIÓN GRUPAL 4: Se resolvieron dudas sobre la práctica anticipada 3, se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre el tema asignado para la sesión grupal 4.
Actividad 11	EVALUACIÓN EN CONSULTA MÉDICA 3: Los médicos fueron evaluados con respecto a las habilidades revisadas en las sesiones 2, 3 y 4 (mientras el médico realizaba una consulta médica con un paciente real)
Actividad 12	PRÁCTICA ANTICIPADA 4: se sugirió a los médicos estudiar materiales sobre los temas que se abordarían en la próxima sesión grupal y aplicar los conceptos estudiados en la consulta externa
Actividad 13 (60 minutos)	SESIÓN GRUPAL 5: Se resolvieron dudas sobre la práctica anticipada 4, se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre el tema asignado para la sesión grupal 5.
Actividad 14	EVALUACIÓN EN CONSULTA MÉDICA 4: los médicos fueron evaluados con respecto a las habilidades revisadas en las sesiones 2, 3, 4 y 5 (mientras el médico realizaba una consulta médica con un paciente real)
Actividad 15 (60 minutos)	SESIÓN GRUPAL 6: Se realizaron juegos de roles y retroalimentación sobre el tema asignado para la sesión grupal 6.
Actividad 16 (30 minutos)	RETROALIMENTACIÓN INDIVIDUAL: Cada médico recibió retroalimentación en privado, con base en su propia grabación de video (filmación de consulta médica simulada 1)
Actividad 17 (10 minutos mínimo)	FILMACIÓN DE CONSULTA MÉDICA SIMULADA 2: Encuentro con un paciente simulado

MATERIALES

Se utilizó un guion de paciente simulado, el cual se distribuyó a los psicólogos. Dichos psicólogos se familiarizaron con el personaje del guion, el cual se desarrolló con base en datos de laboratorio y tratamiento de un paciente real que aceptó participar en una fase posterior de esta investigación. A dicho guion se le añadió el componente de diversas barreras psicosociales que suelen dificultar la manifestación de conductas adherentes (puede consultar el guion en el apéndice J).

Se utilizó una videocámara de marca *Panasonic HC-V110* para filmar dos encuentros médicos simulados entre cada médico participante y uno de los pacientes simulados. Los pacientes simulados actuaron durante las grabaciones de acuerdo al guion para paciente simulado. Se utilizaron las listas de verificación A, B, C, D, E y F, para evaluar los siguientes elementos de comunicación: 1) establecimiento del rapport, 2) establecimiento de una agenda por adelantado, 3) habilidad para evaluar la conducta no adherente, 4) habilidad para abordar la conducta no adherente, 5) habilidad para mostrar empatía y 6) registro de errores frecuentes. Las listas de verificación se utilizaron para evaluar las filmaciones y algunos encuentros con pacientes reales. Durante el taller se utilizaron materiales didácticos, los cuales corresponden con cada habilidad evaluada (el contenido de los materiales corresponden a los apéndices A, B, C, D, E, F, G, H e I). Se utilizó una computadora portátil para reproducir las filmaciones durante las sesiones de retroalimentación individual (véase el apartado de procedimiento).

Las listas de verificación usadas en la fase de intervención

Se desarrollaron seis listas de verificación que corresponden a las siguientes variables de comunicación:

- A) Establecimiento del rapport al inicio y al final de la sesión (Figuras 1 y 2)
- B) Establecimiento de una agenda por adelantado (Figura 3)
- C) Habilidades para mostrar empatía (Figura 4)
- D) Habilidades para evaluar la conducta no adherente (Figura 5)
- E) Habilidades para abordar la conducta no adherente (Figura 6)
- F) Errores de comunicación frecuentes (Figura 7).

Al final del presente trabajo se encuentran apéndices que contienen definiciones y ejemplos de los conceptos utilizados en las listas de verificación (véase la tabla 7 para identificar estos materiales). Las definiciones generales de cada habilidad y la mención de algunos autores que han descrito sus respectivos componentes conductuales se encuentran en la tabla 1 (los apéndices y las listas de verificación se han elaborado con base en la literatura mencionada en la tabla 1).

Como muestran las figuras del 1 al 7, las listas de verificación enumeran las conductas requeridas en la segunda columna de izquierda a derecha (note un ejemplo de conducta requerida en la figura 1, la cual se encuentra en el espacio de color naranja). La tercera columna se ha reservado para que el observador indique por medio de una marca la presencia de las conductas requeridas (por ejemplo, si el médico muestra familiaridad al inicio de la consulta, el observador registraría dicha conducta en el espacio de color azul de la figura 1).

Tabla 7. Materiales de apoyo para el uso de las listas de verificación

Lista de verificación	Habilidad	¿Dónde se definen y ejemplifican los términos desconocidos?
A	Establecimiento del Rapport	Apéndices C y D
B	Establecimiento de una agenda por adelantado	Apéndice E
C	Habilidades para mostrar empatía	Apéndice A
D	Habilidades para evaluar la conducta no adherente	Apéndice F
E	Habilidades para abordar la conducta no adherente	Apéndice G, H e I
F	Registro de errores frecuentes	Apéndice B

En algunos casos se ha añadido un registro adicional en la cuarta columna de las listas de verificación A, B, D y E (note un ejemplo en el espacio de color rojo de la figura 1). Este registro se ha agregado, tomando en cuenta que algunas conductas requeridas exigen su uso simultáneo con respuestas no verbales (postura corporal relajada). Dicha postura se compone de cinco elementos, y cada elemento se ha clasificado por medio de una letra (véase la tabla 8).

Cuando una conducta requerida exija los elementos de la postura corporal relajada, el observador registra la simultaneidad, por ejemplo mientras el médico mostraba familiaridad, realizó contacto visual y orientó el cuerpo hacia el paciente (en este caso las dos últimas

conductas son elementos de la postura corporal relajada y se registrarían marcando sobre las letras A y C del espacio marcado con rojo en la figura 1).

Cada lista de verificación se califica por separado y en el caso de las listas de verificación “A”, “B”, “D” y “E”, el número de aciertos corresponde al número de conductas registradas, incluyendo el número de elementos de la postura corporal relajada ejecutados.

Tabla 8. Clasificación de las conductas que componen la postura corporal relajada

Clasificación	Conducta
A	El cuerpo del médico está orientado hacia el paciente
B	El cuerpo del médico está inclinado ligeramente hacia adelante
C	Contacto visual
D	Asiente con la cabeza cuando el paciente está hablando
E	Postura abierta (no cruza las piernas, brazos o dedos de las manos)

¿Cómo utilizar la lista de verificación C?

La lista de verificación C contempla el registro de tres tipos de facilitadores de la oportunidad empática: 1) estímulo verbal, 2) preguntas abiertas y 3) hacer eco (van de Poel, Vanagt, Schrimpf & Gasiorek, 2013). El objetivo principal de los facilitadores de la oportunidad empática es mostrar al paciente que se le está escuchando y motivarlo a que siga hablando para incrementar la probabilidad de que se presente la oportunidad empática.

	Conductas requeridas	Registro	Postura Corporal Relajada				
1	El médico se pone de pie y camina hacia el paciente cuando entra en el consultorio						
2	Saluda al paciente verbalmente						
3	Realiza contacto físico durante el saludo						
4	Llama al paciente por su nombre durante el saludo						
5	Realiza contacto visual durante el saludo						
6	El médico sonríe durante el saludo						
7	El médico se presenta						
8	El médico invita verbalmente al paciente a sentarse y ponerse cómodo						
9	Realiza una interacción no médica breve						
10	El médico muestra familiarización		A	B	C	D	E

Figura 1. Lista de verificación conductual A, establecimiento del rapport al inicio de la consulta

	Conductas requeridas	Registro	Postura Corporal Relajada				
1	El médico anuncia la conclusión de la consulta por medio de señalización		A	B	C	D	E
2	El médico resume los acuerdos que se hicieron		A	B	C	D	E
3	El médico provee redes de seguridad		A	B	C	D	E
4	El médico brinda la oportunidad al paciente de proporcionar información o preguntas adicionales		A	B	C	D	E
5	Se despide verbalmente del paciente						
6	Realiza contacto físico al despedirse						
7	Llama al paciente por su nombre al despedirse						
8	Realiza contacto visual al despedirse						
9	El médico sonríe al despedirse						

Figura 2. Lista de verificación conductual A (continuación), establecimiento del rapport al final de la consulta

El estímulo verbal consiste en frases cortas y relativamente neutrales, que se utilizan cuando el paciente está hablando sin interrumpir el flujo de su discurso (van de Poel et al., 2013). Algunas frases que se pueden usar son: “Sí”, “claro”, “ya veo”, “Ok”, “bien” y “continúe”. El facilitador “Preguntas A” de la lista de verificación C significa “preguntas abiertas”, y dichas preguntas abiertas son aquellas que

realiza el médico antes de que ocurra la oportunidad empática (Bylund & Makoul, 2005).

	Conductas del médico	Registro	Postura Corporal Relajada				
1	El médico llama al paciente por su nombre durante el establecimiento de una agenda		A	B	C	D	E
2	El médico utiliza señalización para anunciar el establecimiento de una agenda		A	B	C	D	E
3	El médico explora la agenda del paciente		A	B	C	D	E
4	El médico escucha la agenda del paciente		A	B	C	D	E
5	El médico hace un resumen sobre la agenda del paciente		A	B	C	D	E
6	El médico solicita aclaración		A	B	C	D	E
7	El médico propone la agenda del día		A	B	C	D	E
8	El médico utiliza al menos una pregunta cerrada para confirmar la aceptación del paciente sobre la agenda del día		A	B	C	D	E
9	Durante la consulta, el médico aborda por lo menos un elemento de la agenda del paciente						

Figura 3. Lista de verificación conductual B, establecimiento de una agenda por adelantado

Sin embargo, las “preguntas abiertas” no deben confundirse con las “preguntas empáticas”, las cuales son un tipo de respuesta empática (vea el apéndice A). El facilitador “haciendo eco” se utiliza cuando el paciente detiene su discurso, consiste en repetir la última frase o la última palabra mencionada por el paciente (van de Poel et al., 2013).

En la figura 4, se ha añadido una línea verde a la lista de verificación C, dicha línea señala los cuadros que se han reservado para el registro del “estímulo verbal”, un registro por cuadro. De igual forma, los facilitadores “preguntas abiertas” y “haciendo eco” se registrarían en los cuadros correspondientes ubicados horizontalmente.

El número total de facilitadores emitidos durante la consulta se consideran aciertos y se sumarán con el número de respuestas empáticas (dicha sumatoria será la puntuación final de la lista de verificación C).

Facilitadores de la oportunidad empática																		
Estímulo verbal																		
Preguntas A																		
Haciendo eco																		
Oportunidad empática																		
M. E																		
M. P																		
M. D																		
Respuesta empática																		
Postura Corporal Relajada	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
Reconocimiento																		
Facilitación																		
Confirmación																		
Paráfrasis																		
Reflejando S																		
Preguntas E																		
DSC																		
Resumen																		

Figura 4. Lista de verificación conductual C, habilidades para mostrar empatía

La lista de verificación C, implica el registro de la oportunidad empática, que es una conducta del paciente (consúltese el apéndice A para examinar las definiciones operacionales de la lista de verificación C).

El trabajo del observador es detectar la oportunidad empática y clasificarla. La lista de verificación C sugiere tres formas de oportunidad empática:

- 1) M. E. (manifestación de la emoción),
 - 2) M. P. (manifestación de progreso),
 - 3) M. D. (manifestación de desafío).
- Al surgir la oportunidad empática, el observador registra la “respuesta empática” (si se presenta). La lista de verificación C contempla dos tipos de conductas empáticas (respuestas empáticas verbales y respuestas empáticas no verbales).

Las respuestas no verbales corresponden a los elementos de la postura corporal relajada (Beck, Daughtridge & Sloane, 2002; van de Poel, 2013) y se registran en los cuadros señalados con las letras A, B, C, D y E (por ejemplo en los cuadros iluminados de azul en la figura 4). Es de subrayarse que la mayoría de los elementos de la postura corporal relajada son susceptibles de emitirse aunque el médico esté de pie (por ejemplo mientras revisa los signos del paciente). Las respuestas empáticas verbales son: reconocimiento, facilitación, confirmación, paráfrasis, reflejando s (reflejando sentimientos), preguntas e (preguntas empáticas), DSC (declaración de sentimiento compartido) y resumen (Bylund & Makoul, 2005; Bylund & Makoul, 2002). Para una definición de estos términos consúltese el apéndice “A”.

Supongamos que la primera oportunidad empática consiste en una declaración explícita de tristeza por parte del paciente, el observador clasificaría dicha oportunidad empática como “manifestación de la emoción” y tendría que marcar el primer cuadro que se ubica delante de la opción “M. E” (sobre la columna iluminada de naranja), y supongamos que después de surgir la oportunidad empática mencionada, el médico realiza contacto visual, orienta su cuerpo hacia el paciente y parafrasea el discurso del paciente, entonces, el observador tendría que marcar sobre los cuadros “A” y “C” de la sección postura corporal relajada y el cuadro correspondiente a paráfrasis (sobre la misma columna iluminada de naranja, ya que dichas respuestas corresponden a la misma oportunidad empática).

Si llegara a ocurrir una segunda oportunidad empática, por ejemplo que el paciente mencionara lo difícil que le ha resultado seguir el plan alimenticio, entonces el observador clasificaría dicha oportunidad empática como “manifestación de desafío” y tendría que marcar el segundo cuadro después de la opción “M. D” (sobre la columna iluminada de rojo, de igual forma si el médico llegara a responder

empáticamente, dichas respuestas se registrarían en la misma columna de color rojo).

En resumen: el registro de una oportunidad empática y sus respuestas empáticas correspondientes, se realizan de forma simultánea: 1) oportunidad empática, 2) respuesta empática no verbal y 3) respuesta empática verbal, estos tres eventos se registran en una misma columna. Cada vez que surge la oportunidad empática se utiliza una nueva columna para el registro de las respuestas empáticas correspondientes (esta forma de registrar facilita identificar el número de veces que el médico no realiza respuestas empáticas verbales o no verbales, ya que cada columna se dedica a una oportunidad empática diferente).

¿Cómo utilizar la lista de verificación F?

El registro de errores frecuentes es indispensable porque en la literatura de investigación se ha detectado un conjunto de conductas que interfieren negativamente con las cinco habilidades de comunicación consideradas hasta este momento (Nunes et al., 2009; van de Poel, Vanagt, Schrimpf & Gasiorek, 2013).

Cada uno de los errores de la lista de verificación F, se definen y ejemplifican en el apéndice B. Si el lector observa la figura 7, notará que el primer error es “preguntas inesperadas” y bajo el nombre se ha colocado una línea naranja que señala los cuadros donde se registran por medio de una marca cada una de las preguntas inesperadas del médico (cada marca o registro implica un error). Este mismo método se utilizaría para registrar los errores 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11 y 12.

El error tres: “No utiliza fragmentación o comprobación”, se registra al final de la consulta cuando el médico no utilizó al menos un enunciado, pregunta o fragmentación para garantizar que el paciente entendió la información que se le brindó (consulte el apéndice B para las

definiciones correspondientes). De ocurrir el error mencionado, el observador marcaría el espacio que se ha señalado con color verde en la lista de verificación F de la figura 7 (solo se registraría un error en su caso).

	Conductas requeridas	Registro	Postura Corporal Relajada
1	El médico utiliza señalización para introducir el tema de la adhesión		A B C D E
2	El médico utiliza justificación para introducir el tema de la adhesión		A B C D E
3	Cuando el médico se refiere a la conducta no adherente del paciente utiliza un lenguaje descriptivo o neutral		
4	El médico explora las barreras que dificultan la adhesión del paciente (utiliza preguntas tipo como "V")		
5	El médico explora las barreras que dificultan la adhesión del paciente siguiendo las rutas del "Algoritmo para la evaluación de la conducta NO adherente"		A B C D E
6	El médico hace un resumen sobre las barreras de la adhesión mencionadas por el paciente		A B C D E
7	El médico solicita aclaración sobre la barrera principal que dificulta la adhesión		A B C D E

Figura 5. Lista de verificación conductual D, habilidades para evaluar la conducta no adherente

Los errores 6 y 10 se registran sobre los cuadros marcados con "B" (note como ejemplo, los cuadros señalados de color rojo en la lista de verificación F de la figura 7). En la tabla 9 se pueden identificar los casos específicos en que se debe marcar sobre los cuadros señalados con "A" y en qué casos marcar sobre los cuadros señalados con "B".

Consideraciones adicionales sobre la lista de verificación F

Tomando en cuenta las definiciones expuestas en el apéndice B, una sola conducta del médico podría clasificarse en diversos tipos de errores al mismo tiempo, por ejemplo si un paciente le dice a su médico: "¿Me podría canalizar a gastroenterología...?", y si el médico responde: "¡A ver!, lo más importante es que vaya con el oftalmólogo...", en este caso el error más evidente consiste en que el médico no responde la pregunta

del paciente, sin embargo, también está opinando sobre la conducta verbal, está interrumpiendo el discurso y está utilizando frases que no fomentan la autonomía. Por lo tanto, en este ejemplo, el observador registraría cuatro errores (errores 4, 8, 9 y 12).

	Conductas requeridas	Registro	Postura Corporal Relajada				
			A	B	C	D	E
1	El médico anuncia el problema		A	B	C	D	E
2	El médico explica el problema		A	B	C	D	E
3	El médico proporciona opciones de tratamiento		A	B	C	D	E
4	El médico discute los posibles obstáculos		A	B	C	D	E
5	El médico fomenta la participación del paciente en la selección del plan de tratamiento		A	B	C	D	E
6	El médico aborda la conducta no adherente siguiendo las rutas del “Algoritmo para abordar obstáculos asociados a la conducta No adherente”		A	B	C	D	E
7	El médico busca apoyo en la red social del paciente para facilitar la adhesión		A	B	C	D	E
8	El médico adapta la explicación al paciente		A	B	C	D	E
9	Realiza acuerdos sobre las acciones y responsabilidades		A	B	C	D	E
10	El médico confirma la comprensión y la aceptación del paciente		A	B	C	D	E

Figura 6. Lista de verificación conductual E, habilidades para abordar la conducta no adherente

¿Cómo se obtiene la puntuación total de la lista de verificación F?

Para obtener el número total de errores se sumarán los siguientes registros: a) las marcas correspondientes a los errores 1,2, 4, 5, 7, 8, 9, 11 y 12, b) el número de cuadros “B” marcados, que corresponden a los errores 6 y 10, c) el error 3 (si se presentó), d) el número de veces que se presentó la oportunidad empática y el médico no realizó al menos una respuesta empática no verbal (contacto visual) y e) el número de veces que se presentó la oportunidad empática y el médico no realizó al menos una respuesta empática verbal.

Los datos para cubrir los puntos “d)” y “e)” se extraerán de la lista de verificación C. El resultado del método descrito es la puntuación total de la lista de verificación “F”.

Temporalidad de las habilidades de comunicación

Existe un orden recomendado para manifestar cada habilidad de comunicación durante la consulta médica, por ejemplo al comienzo de un encuentro médico se recomienda: 1) establecer rapport e inmediatamente después 2) establecer una agenda por adelantado, de esta forma se abre la sesión (Mauksch, Dugdale, Dodson, & Epstein, 2008). Antes de concluir la consulta, el médico evalúa y aborda la conducta no adherente y se cierra la sesión estableciendo rapport (Nunes et al., 2009; van de Poel, Vanagt, Schrimpf & Gasioerek, 2013). Por otro lado, los errores y las habilidades para mostrar empatía se pueden manifestar en cualquier momento de la consulta médica (Bonvicini et al., 2009).

Tabla 9. Registro de los errores 6 y 10

Número de error	Nombre del error	Marque la opción “A” cuando...	Marque la opción “B” cuando...
6	El médico abandona la postura corporal relajada	El médico utiliza señalización o justificación para abandonar la postura	El médico No utiliza señalización Ni justificación
10	El médico permanece en silencio	El médico utiliza señalización o justificación para usar el silencio	El médico No utiliza señalización Ni justificación

1. Preguntas Inesperadas																			
2. Explicaciones ambiguas																			
3. No utiliza fragmentación o comprobación																			
4. Opiniones sobre la conducta del paciente																			
5. Uso de adjetivos calificativos para describir la conducta del paciente																			
6. El médico abandona la Postura Corporal Relajada																			
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
7. Indicadores de estar apresurado o aburrido																			
8. No responde las preguntas del paciente																			
9. Interrumpe el discurso del paciente																			
10. El médico permanece en silencio																			
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
11. Conjuntos Empáticos NO agrupados																			
12. Uso de expresiones que NO fomentan la autonomía del paciente																			

Figura 7. Lista de verificación conductual F, registro de errores frecuentes

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se utilizó la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Friedman, para comparar cuatro puntos de medición (dos antes del taller y dos después) con respecto a la evaluación de cuatro médicos. Se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, con la finalidad de comparar dos puntos de medición (una filmación antes del taller y otra después) con respecto a la evaluación de siete médicos. Para hacer un cálculo adicional del efecto del taller, se utilizó la “d de Cohen”, tomando como referencia las mediciones de las dos filmaciones (para dicho cálculo se utilizó el programa que se encuentra asequible en: <http://www.uccs.edu/~lbecker/>)

Resultados

Se obtuvieron datos de nueve médicos (2 hombres y 7 mujeres), residentes del primer año de endocrinología, los cuales daban la consulta médica de diabetes en el *INCMNSZ*. Se obtuvieron cuatro mediciones, cada medición contempla las puntuaciones de las seis listas de verificación (seis variables de comunicación). Se obtuvieron dos puntos de medición antes de comenzar el taller (la observación de una consulta médica real y la filmación de una consulta médica simulada) y dos puntos de medición después de haber concluido el taller (la filmación de una consulta médica simulada y la observación de una consulta médica real).

Las tablas 10, 11, 12 y 13 muestran los datos descriptivos de las cuatro mediciones descritas en el párrafo anterior (al observar dichas tablas se puede notar que el número de participantes no coincide en todos los puntos de medición). En las tablas mencionadas, el término “rapport” alude a la lista de verificación A (establecimiento del rapport), el término “agenda” alude a la lista de verificación B (establecimiento de una agenda por adelantado), el término “evaluar” alude a la lista de verificación D (habilidad para evaluar la conducta no adherente), el término “abordar” alude a la lista de verificación E (habilidad para abordar la conducta no adherente), el término “empatía” alude a la lista de verificación C (habilidad para mostrar empatía) y el término “errores” alude a la lista de verificación F (registro de errores frecuentes).

Tabla 10. Observación en la consulta médica real antes de la primera filmación

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	8	8.75	3.732	4	15
Agenda	8	0	0	0	0
Evaluar	8	.25	.707	0	2
Abordar	8	4.25	3.284	2	12
Empatía	8	.88	1.808	0	5
Errores	8	11.75	6.065	3	19

Tabla 11. Filmación de la consulta médica simulada antes del taller

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	9	16.22	4.658	7	23
Agenda	9	1.56	3.972	0	12
Evaluar	9	.56	1.014	0	3
Abordar	9	10.33	4.899	6	18
Empatía	9	22.89	14.084	7	49
Errores	9	38.89	8.908	27	58

Tabla 12. Filmación de la consulta médica simulada después del taller

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	7	20.43	4.685	11	25
Agenda	7	12.86	5.014	6	22
Evaluar	7	5	2.082	1	7
Abordar	7	31.14	13.434	9	46
Empatía	7	49.86	31.535	24	112
Errores	7	23.29	10.766	7	39

Tabla 13. Observación en la consulta médica real después de la segunda filmación

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	5	15.8	3.899	12	20
Agenda	5	4.4	3.362	0	9
Evaluar	5	1	1.225	0	3
Abordar	5	9	2.828	6	12
Empatía	5	26	12.787	6	41
Errores	5	14.6	6.269	5	21

Las tablas 14, 15, 16 y 17, contienen sólo aquellos datos descriptivos de los médicos que completaron las cuatro mediciones (N=4).

Tabla 14. Observación en la consulta médica real antes de la primera filmación

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	4	6.25	2.217	4	9
Agenda	4	0	0	0	0
Evaluar	4	0	0	0	0
Abordar	4	3	1.155	2	4
Empatía	4	1.25	2.500	0	5
Errores	4	13	7.348	3	19

Tabla 15. Filmación de la consulta médica simulada antes del taller

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	4	14	5.715	7	20
Agenda	4	3	6	0	12
Evaluar	4	0	0	0	0
Abordar	4	9	4.761	6	16
Empatía	4	12	5.033	7	19
Errores	4	42.5	11.030	32	58

Tabla 16. Filmación de la consulta médica simulada después del taller

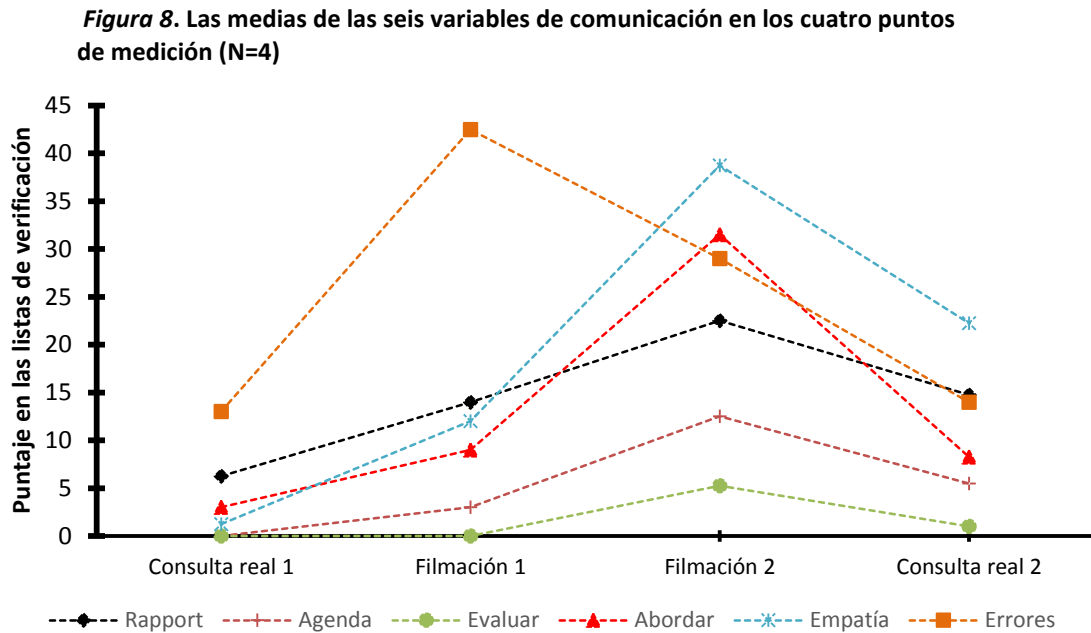
Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	4	22.5	2.887	20	25
Agenda	4	12.5	2.517	10	16
Evaluar	4	5.25	1.258	4	7
Abordar	4	31.50	10.599	19	44
Empatía	4	38.75	20.451	24	69
Errores	4	29	9.626	16	39

Tabla 17. Observación en la consulta médica real después de la segunda filmación

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	4	14.75	3.594	12	20
Agenda	4	5.5	2.646	3	9
Evaluar	4	1	1.414	0	3
Abordar	4	8.25	2.630	6	11
Empatía	4	22.25	11.147	6	30
Errores	4	14	7.071	5	21

Con base en la prueba no paramétrica para muestras relacionadas de Friedman y tomando como referencia los cuatro puntos de medición, se detectó un incremento significativo después del taller con respecto a las siguientes variables de comunicación: “establecimiento del rapport” ($X^2=11.154$, $gl=3$, $p=0.011$, $N=4$), “establecimiento de una agenda por adelantado” ($X^2=9.250$, $gl=3$, $p=0.026$, $N=4$), “habilidad para evaluar la conducta no adherente” ($X^2=10.800$, $gl=3$, $p=0.013$, $N=4$), “habilidad para abordar la conducta no adherente” ($X^2=11.368$, $gl=3$, $p=0.010$, $N=4$), “habilidad para mostrar empatía” ($X^2=10.692$, $gl=3$, $p=0.014$, $N=4$) y se detectó una disminución significativa con respecto al “registro de errores frecuentes” ($X^2=9.300$, $gl=3$, $p=0.026$, $N=4$). En las tablas 14, 15, 16, 17 y en la figura 8 se pueden apreciar los cambios mencionados.

Adicionalmente se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para dos muestras relacionadas, en este caso tomando en cuenta dos puntos de medición, es decir la filmación antes y filmación después del taller (véanse las tablas 18, 19 y la figura 9).



Se detectó un incremento significativo de las siguientes habilidades: “establecimiento de una agenda por adelantado” ($Z = -2.207$, $p = 0.027$, $N = 7$), “habilidad para evaluar la conducta no adherente” ($Z = -2.384$, $p = 0.017$, $N = 7$), “habilidad para abordar la conducta no adherente” ($Z = -2.371$, $p = 0.018$, $N = 7$), “habilidad para mostrar empatía” ($Z = -2.366$, $p = 0.018$, $N = 7$), por otro lado se detectó una disminución significativa “del registro de errores frecuentes” ($Z = -2.371$, $p = 0.018$, $N = 7$). Sin embargo, no se detectaron diferencias en las dos filmaciones con respecto a la “habilidad para establecer rapport” ($Z = -1.527$, $p = 0.127$, $N = 7$), es probable que los médicos ya estuvieran familiarizados con algunos elementos de esta habilidad y aplicaran dichos elementos durante la segunda medición, es decir la primera filmación (cuando aún no habían

sido expuestos al taller), lo anterior se puede notar en la figura 8 (por ejemplo el incremento entre la primera y la segunda medición).

Tabla 18. Filmación de la consulta médica simulada antes del taller

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	7	16	5.228	7	23
Agenda	7	1.71	4.536	0	12
Evaluar	7	.29	.488	0	1
Abordar	7	9.43	4.577	6	16
Empatía	7	20.57	14.467	7	49
Errores	7	38.14	9.940	27	58

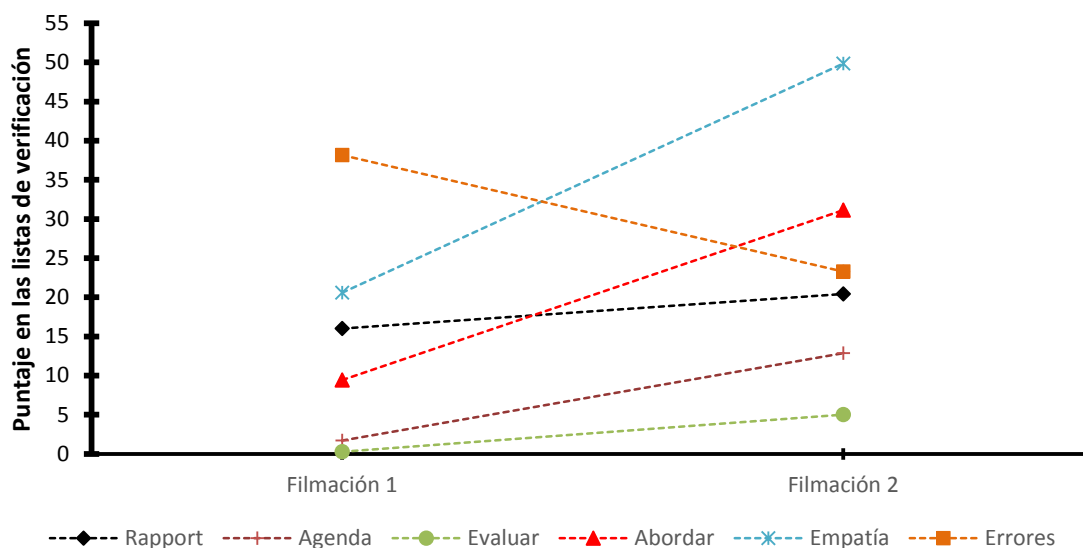
Tabla 19. Filmación de la consulta médica simulada después del taller

Elemento de comunicación evaluado	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Rapport	7	20.43	4.685	11	25
Agenda	7	12.86	5.014	6	22
Evaluar	7	5	2.082	1	7
Abordar	7	31.14	13.434	9	46
Empatía	7	49.86	31.535	24	112
Errores	7	23.29	10.766	7	39

Tabla 20. Inasistencias de los médicos a las sesiones grupales del taller de entrenamiento (N=9)

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Número de médicos que no asistieron	1	2	1	3	6	4

Figura 9. Las medias de las seis variables de comunicación en los dos puntos de filmación (N=7)



Con respecto al tamaño del efecto, Cohen (1988), ha señalado que un valor de “d” igual o mayor a 0.8 corresponde a un efecto “alto”, lo cual es relevante ya que el efecto del taller es mayor a 0.8 en el caso de cinco variables de comunicación: con respecto al “establecimiento del rapport” la $d=0.892$, con respecto al “establecimiento de una agenda por adelantado” la $d=2.332$, con respecto a la “habilidad para evaluar la conducta no adherente” la $d=3.114$, con respecto a la “habilidad para abordar la conducta no adherente” la $d=2.163$, con respecto a la “habilidad para mostrar empatía” la $d=1.193$, sin embargo, en el caso del registro errores frecuentes la “d” es negativa, en específico la $d= -1.433$, lo cual era de esperarse ya que las puntuaciones de errores disminuyeron después del taller.

Discusión

El presente estudio tuvo como objeto determinar el efecto de un taller de entrenamiento en habilidades de comunicación asociadas a la adhesión de pacientes, sobre la frecuencia de algunos componentes de seis variables de comunicación en los médicos que brindan la consulta médica de diabetes en el servicio de endocrinología del *INCMNSZ*. A continuación se discuten los resultados de esta investigación.

Se detectaron incrementos significativos de cuatro habilidades de comunicación después de concluido el taller de entrenamiento (agenda, evaluar, abordar y empatía) y una disminución significativa en el registro de errores frecuentes. Estos resultados son congruentes con otros programas de entrenamiento que se han reportado en la literatura internacional de investigación. Por ejemplo en una revisión sistemática, se detectaron incrementos significativos en las habilidades de comunicación después de algunos programas de entrenamiento dirigido a médicos (Liu, Rohrer, Fang, He, & Xie, 2014).

Se calculó el efecto del taller sobre las seis variables de comunicación, ya que dicho cálculo no se limita a las pruebas paramétricas (Fritz, Morris & Richler, 2012; Ivarsson, Andersen, Johnson, & Lindwall, 2013). En este estudio se reporta un efecto “alto” del taller sobre cada una de las seis variables de comunicación, lo cual se debe probablemente a dos cosas: **1)** la mayoría de los médicos no habían tenido un entrenamiento en habilidades de comunicación, sus puntuaciones iniciales eran bajas y se equivocaban con frecuencia, incluso algunas de sus puntuaciones en el segundo punto de medición se acercaban a cero, lo cual corresponde a un fenómeno descrito en la literatura como “efecto suelo” (Twisk & Rijmen, 2009).

Un ejemplo del punto anterior, es el caso del “establecimiento de una agenda por adelantado” y la “habilidad para evaluar la conducta no adherente”, por lo cual el efecto del taller es más “alto” en estas dos habilidades. Esto se confirma al observar el efecto del taller sobre “el establecimiento del report”, el cual resultó ser más pequeño, ya que los médicos obtuvieron puntuaciones altas en la primera filmación con respecto a esta habilidad, 2) Por otro lado, es probable que el efecto “alto” del taller se deba a que durante el mismo, se utilizó una combinación de tres técnicas reconocidas internacionalmente por su eficacia (Berkhof et al., 2011; Weiland et al., 2013): *a*) el juego de roles, *b*) la retroalimentación y *c*) la promoción de la práctica en la consulta externa, además se redujo al mínimo el número de técnicas de apoyo, es decir aquellas técnicas que no han mostrado eficacia (Berkhof et al., 2011; Henry, Holmboe & Frankel, 2013).

Las dos técnicas de apoyo utilizadas fueron las presentaciones orales y los materiales escritos, estas dos técnicas se utilizaron solo para incrementar el número de juegos de roles y situaciones propicias de retroalimentación, por ejemplo los materiales se utilizaron para disminuir el tiempo dedicado a los aspectos teóricos durante las sesiones grupales, esto resultó útil ya que aunque las sesiones tenían una duración de 60 minutos, algunos médicos llegaban tarde o faltaban (vea la tabla 20).

La evaluación en la consulta externa se utilizó para promover la práctica con los pacientes reales y para aumentar el número de situaciones propicias de retroalimentación escrita, este tipo de observación en la consulta real ha sido utilizada por diversos autores con resultados positivos (Dattner & Lopreiato, 2010).

Es probable que los médicos ya conocieran algunas habilidades de comunicación pero no las aplicaban en la consulta externa, esto se puede notar en el caso del “establecimiento del rapport”, ya que sus puntuaciones en la segunda y tercera medición no fueron diferentes estadísticamente, pero sí hubo un incremento de dicha habilidad entre la primera y la segunda medición (antes del taller), lo cual implica que durante la primera filmación los médicos se esforzaron por obtener puntuaciones altas por el hecho de sentirse evaluados. Este fenómeno ya se ha detectado en la literatura, es decir los médicos se comportan diferente cuando saben que son observados, independientemente del entrenamiento (Henry, Holmboe & Frankel, 2013; Lane & Rollnick, 2007). Con base en el punto anterior, es probable que los médicos dejen de aplicar las habilidades aprendidas en el taller, en la consulta médica real, esto se puede observar al ver la figura 8 (en la cuarta medición que corresponde a la última observación en la consulta externa, los médicos disminuyeron sus puntuaciones sin llegar a la línea base). Con la finalidad de prevenir el deterioro de las habilidades de comunicación es importante que el entrenamiento de médicos incluya el seguimiento durante gran parte de su residencia en el hospital, lo cual implica la observación directa y retroalimentación. Aunque esto podría representar un esfuerzo considerable, se trata de una recomendación reconocida a nivel internacional (Henry, Holmboe & Frankel, 2013; van Dalen, 2013; van Weel-Baumgarten, Bolhuis, Rosenbaum, & Silverman, 2013).

Es probable que la adquisición de las habilidades de comunicación haya sido influida por las cogniciones de los médicos. Durante esta investigación, por ejemplo, la mayoría de los residentes reportaron que el tiempo de consulta era limitado y por lo tanto, no era posible aplicar todas las habilidades en un encuentro médico. Esta idea es relevante ya que se ha detectado en otros estudios y se le ha asociado con la negativa

de los médicos a utilizar las habilidades de comunicación en la consulta médica (Mauksch, et al., 2008).

Por otro lado, la utilidad de algunas habilidades como el “establecimiento de una agenda por adelantado” fue cuestionada en algunas ocasiones. Según los residentes, hacer referencia a la administración del tiempo disponible de consulta es algo “ofensivo” para el paciente que ha esperado demasiado en la sala de espera.

Algunos médicos mencionaron que durante la consulta médica real con pacientes, olvidaban aplicar algunas de las habilidades de comunicación porque “no han desarrollado el hábito”. Este aspecto es relevante, ya que concuerda con la recomendación de diversos autores sobre incrementar en lo posible, el tiempo de práctica en los talleres de entrenamiento (Berkhof, et al., 2011). En pocos casos, los residentes reportaron incómodo el contacto físico con los pacientes, lo cual coincidía con la ausencia de las conductas correspondientes.

Los aspectos cognitivos del médico ya se han detectado en la literatura científica, por ejemplo en un programa de entrenamiento dichas cogniciones se monitorearon durante la investigación y se reportaron en los resultados (Wong, Saber, Ma & Roberts, 2009), en otros artículos se han documentado cogniciones específicas, por ejemplo la “sobreestimación del médico sobre sus propias habilidades de comunicación” (Ha & Longnecker, 2010).

Sugerencias para estudios posteriores

Existen limitaciones en este estudio, por ejemplo no se utilizaron los instrumentos de medición reconocidos hasta este momento, por ejemplo el Kalamazoo (Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly, & Frankel, 2004). Por otro lado, es probable que los cuatro puntos de medición no sean comparables, es decir las “observaciones en la consulta médica real” vs

“las filmaciones de consultas médicas simuladas”, ya que en el primer caso, el trabajo de evaluar al médico no se interrumpe hasta que la consulta ha concluido, además una consulta médica real es un hecho irrepetible y por lo tanto el observador no tiene la opción de revivir el evento. Sin embargo la filmación de una consulta médica simulada se puede evaluar a detalle y existe la opción repasar los detalles. Otra limitación consiste en que este estudio corresponde a un diseño pre-experimental y se requieren estudios controlados que aporten un mayor nivel de evidencia a favor de este taller de entrenamiento. Tampoco se utilizaron estrategias de inducción de *ingenuidad* o *cegamiento* experimental, ya que los médicos podían identificar con precisión el momento de cada evaluación, lo ideal sería que los médicos fueran filmados en sus encuentros con pacientes reales sin que ellos se sintieran observados.

En este estudio no se contemplaron otras habilidades que están asociadas a la satisfacción y a la adhesión del paciente por ejemplo la calidez clínica, el tono de voz y las expresiones faciales (Haskard, Williams, DiMatteo, Heritage, & Rosenthal, 2008; Henry, Fuhrel-Forbis, Rogers, & Eggly, 2012).

Por otro lado, en este estudio se utilizó una muestra no probabilística y no se calculó un tamaño de la muestra, así que es probable que los resultados de este estudio no sean generalizables en otros contextos médicos.

Conclusiones

El taller de entrenamiento en habilidades de comunicación descrito en este estudio está asociado con el incremento de cuatro habilidades de comunicación (agenda, evaluar, abordar y empatía) y la disminución del registro del de errores frecuentes, lo anterior en los médicos que brindan atención a pacientes con DM2 en el servicio de diabetes del *INCMNSZ*.

Con base en los resultados de este estudio se recomienda replicar el taller de entrenamiento dirigido a los médicos residentes que brindan atención a los pacientes con DM2 del *INCMNSZ*. También se sugiere sumar al taller actividades de seguimiento (observación y retroalimentación) con la finalidad de prevenir el deterioro de las habilidades adquiridas durante el entrenamiento inicial. Es importante evaluar a los médicos antes de comenzar el taller y adaptar el tiempo dedicado a cada habilidad a las necesidades de cada grupo de médicos.

También es importante, de ser posible, que todas las mediciones se basen en filmaciones de encuentros reales, esto es importante para que todos los puntos de medición sean comparables (si esto no es posible se sugiere seguir el modelo de este taller, ya que la evaluación en consulta real es clave, pero también lo es la retroalimentación con base en una filmación). Se recomienda disminuir, en lo posible, la utilización de las técnicas de apoyo para ajustar el tiempo disponible cuando los médicos llegan tarde o no asisten. Las filmaciones forman parte del taller y el uso de un paciente simulado es imprescindible en aquellos contextos donde no es posible filmar encuentros médicos reales. En futuras intervenciones o futuros talleres de entrenamiento se sugiere evaluar y abordar las variables cognitivas del médico con respecto a las habilidades de comunicación, esto se puede lograr en las sesiones de retroalimentación individuales.

Para futuras investigaciones también se recomienda implementar estrategias de "cegamiento", ya que los médicos se comportan diferente cuando se sienten observados, alterando los resultados de una medición.

Sobre los objetivos del Programa de Maestría en Medicina Conductual

Como se mencionó en la introducción de este documento, el objetivo del programa de Maestría en Psicología de la UNAM, es formar profesionales que cuenten con habilidades o competencias para evaluar y diagnosticar problemas socialmente relevantes en el área de la salud. Por otro lado, el perfil del egresado de la maestría en Medicina Conductual, implica un conjunto de competencias específicas, por ejemplo: 1) el desarrollo de técnicas de evaluación, 2) el desarrollo de programas de intervención, 3) la integración del conocimiento científico con la práctica profesional, 4) el uso de herramientas informáticas y 5) el manejo de enfoques metodológicos y estadísticos.

En conformidad con el perfil del egresado, el autor de esta tesis ha mostrado en este documento, la adquisición de las siguientes habilidades requeridas por el Programa de Maestría en Psicología de la UNAM y que son específicas de la maestría en Medicina Conductual: 1) el desarrollo de técnicas de evaluación (por ejemplo las listas de verificación que se generaron para la fase uno y dos de este estudio), 1) el desarrollo de programas de intervención (por ejemplo el taller de entrenamiento para médicos), 3) la integración del conocimiento científico con la práctica profesional (el desarrollo y la aplicación de las listas de verificación y del taller de entrenamiento se desprenden de una revisión de la literatura científica), 4) el manejo de enfoques metodológicos y estadísticos: a) se utilizó un diseño metodológico exploratorio y estadística descriptiva durante la fase uno, y b) un diseño pre experimental y estadística no paramétrica durante la fase dos, y 5) el uso de herramientas informáticas (por ejemplo, la revisión de la literatura de la cual se habla en el punto 3, implicó el uso de bases de datos científicas: por ejemplo Cochrane, Trip Database, Pubmed, Elsevier, PsycINFO, Taylor & Francis, Springer y CINAHL).

REFERENCIAS

- American Diabetes Association. (2012). Standards of medical care in diabetes, 2012. *Diabetes Care*, 35, S11.
- Arguedas, O. A. (2010). Elementos básicos de bioética en investigación. *Acta Médica Costarricense*, 52(2) 76-78.
- Ávila, M. G. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de educación*, (29), 85-103.
- Bachmann, C., Abramovitch, H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Elorza, R. D., Haak, R., Loureiro, E., Ratajska, A., Silverman, J., Winterburn, S., & Rosenbaum, M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient education and counseling*, 93(1), 18-26.
- Barnard, K. D., & Lloyd, C. E. (2012). *Psychology and Diabetes Care*. Springer.
- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2012). *Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression*. Cochrane Database Syst Rev, 12.
- Beck, R. S., Daughtridge, R., & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Berkhof, M., van Rijssen, H. J., Schellart, A. J., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Education and counseling*, 84(2), 152-162.
- Blackburn, D. F., Swidrovich, J., & Lemstra, M. (2013). Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient preference and adherence*, 7, 183-189.
- Bonvicini, K. A., Perlin, M. J., Bylund, C. L., Carroll, G., Rouse, R. A., & Goldstein, M. G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 3-10.
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: an observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication*, 18(2), 123-140.
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207-216.
- Codario, R. A., & Totowa, N. J. (2011). Type 2 Diabetes, Pre-Diabetes, and the Metabolic Syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 306(2), 215.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Collins, L. G., Schrimmer, A., Diamond, J., & Burke, J. (2011). Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE. *Patient education and counseling*, 83(2), 158-162.
- Dattner, L., & Lopreiato, J. O. (2010). Introduction of a direct observation program into a pediatric resident continuity clinic: feasibility, acceptability, and effect on resident feedback. *Teaching and learning in medicine*, 22(4), 280-286.
- Del Castillo, A. A., Reyes, L. I. & Sánchez Sosa, J. J. (2004). Intervención cognitivo-conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de un grupo de pacientes con diabetes tipo 2. (Pp. 461-468). *La Psicología Social en México*, México, D.F.: AMEPSO.
- De los Ríos, C. J. L., Sánchez Sosa, J. J., Barrios S. P. & Guerrero, S. V. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(2), 109-116.
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495-507.
- Durán-Varela, B. R., Rivera-Chavira, B., & Franco-Gallegos, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43(3), 233-236.
- INSP, 2012. *Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fejfarová, V., Jirkovská, A., Dragomirecká, E., Game, F., Bém, R., Dubský, M., Wosková, V., Křížová, M., Skibová, J. & Wu, S. (2014). Does the Diabetic Foot Have a Significant Impact on Selected Psychological or Social Characteristics of Patients with Diabetes Mellitus?. *Journal of Diabetes Research*, Article ID 371938. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/371938>
- Fellowes, D., Wilkinson, S., & Moore, P. (2004). *Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3.
- Friedman, D. S., Hahn, S. R., Quigley, H. A., Kotak, S., Kim, E., Onofrey, M., Eagan, C., & Mardekian, J. (2009). Doctor-patient communication in glaucoma care: analysis of videotaped encounters in community-based office practice. *Ophthalmology*, 116(12), 2277-2285.

- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, *141*(1), 2.
- Gutierrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martinez, M., & Hernandez-Avila, M. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. *Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, *10*(1), 38-43.
- Hahn, S. R., Friedman, D. S., Quigley, H. A., Kotak, S., Kim, E., Onofrey, M., Eagan, C., & Mardekian, J. (2010). Effect of patient-centered communication training on discussion and detection of nonadherence in glaucoma. *Ophthalmology*, *117*(7), 1339-1347.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Heritage, J., & Rosenthal, R. (2008). The provider's voice: patient satisfaction and the content-filtered speech of nurses and physicians in primary medical care. *Journal of Nonverbal Behavior*, *32*(1), 1-20.
- Henry, S. G., & Fetters, M. D. (2012). Video elicitation interviews: a qualitative research method for investigating physician-patient interactions. *The Annals of Family Medicine*, *10*(2), 118-125.
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A., & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, *86*(3), 297-315.
- Henry, S. G., Holmboe, E. S., & Frankel, R. M. (2013). Evidence-based competencies for improving communication skills in graduate medical education: A review with suggestions for implementation. *Medical teacher*, *35*(5), 395-403.
- Hermanns, N. (2013). Why and When Should We Screen for Depression and Other Psychological Problems?. In *Screening for Depression and Other Psychological Problems in Diabetes* (pp. 3-26). London: Springer.
- Hernández-Romieu, A. C., Elnequivé-Olaiz, A., Huerta-Urbe, N., & Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, *53*(1), 34-39.
- Hickson, G. B., & Entman, S. S. (2008). Physician practice behavior and litigation risk: evidence and opportunity. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *51*(4), 688-699.
- International Diabetes Federation. (2013). *IDF Diabetes Atlas, 6th edn*. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, <http://www.idf.org/diabetesatlas>

- Ito, H. (2013). What Should We Do to Improve Patients' Adherence?. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 5(4), 127-130.
- Ivarsson, A., Andersen, M. B., Johnson, U. & Lindwall, M. (2013). To adjust or not adjust: Nonparametric effect sizes, confidence intervals, and real-world meaning. *Psychology of Sport and Exercise*, 14(1), 97-102.
- Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C. A., Rojas-Martínez, R. & Hernández-Ávila, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud pública de México*, 55.S137-S143.
- Khattab, M., Khader, Y. S., Al-Khawaldeh, A. & Ajlouni, K. (2010). Factors associated with poor glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 24(2), 84-89.
- Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., & Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 38-45.
- Lane, C., & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling*, 67(1), 13-20.
- Ledón-Llanes, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97.
- Lerman, I., López-Ponce, A., Villa, A. R., Escobedo, M., Caballero, E. A., Velasco, M. L., Gómez-Pérez F. J., & Rull-Rodrigoa, J. A. (2009). Estudio piloto de dos diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con diabetes tipo 2. *Gaceta Médica de México*, 145(1), 15-9.
- Li, Q. (2013). A novel Likert scale based on fuzzy sets theory. *Expert Systems with Applications*, 40 (5), 1609-1618.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In WHO (Eds.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Li, T., Wu, H. M., Wang, F., Huang, C. Q., Yang, M., Dong, B. R., & Liu, G. J. (2011). *Education programmes for people with diabetic kidney disease*. Cochrane Database System Review, 6.
- Liu, X., Rohrer, W., Luo, A., Fang, Z., He, T., & Xie, W. (2014). Doctor-patient communication skills training in mainland China: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 98(1), 3-14

- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.
- Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. H. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient education and counseling*, 67(3), 333-342.
- Mast, M. S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 315-318.
- Mauksch, L. B., Dugdale, D. C., Dodson, S., & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1387-1395.
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N. A., Kroon, L., & Janson, S. L. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(1), 1-9.
- Nestel, D., & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, 7(1), 3.
- Noordman, J., Verhaak, P., & van Dulmen, S. (2011). Web-enabled video-feedback: a method to reflect on the communication skills of experienced physicians. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 335-340.
- Norris, S. L., Zhang, X., Avenell, A., Gregg, E., Brown, T. J., Schmid, C. H., & Lau, J. (2005). *Long-term non-pharmacological weight loss interventions for adults with type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database System Review, 2.
- Nunes, V., Neilson, J., O'flynn, N., Calvert, N., Kuntze, S., Smithson, H., Benson, J., Blair, J., Bowser, A., Clyne, W., Crome, P., Haddad, P., Hemingway, S., Horne, R., Johnson, S., Kelly, S., Packham, B., Patel, M., & Steel, J. (2009). *Clinical guidelines and evidence review for medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., & Sepúlveda-Amor, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C. A., Rauda, J., & Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México*, 49, s331-s337.

- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.
- Pal, K., Eastwood, S. V., Michie, S., Farmer, A. J., Barnard, M. L., Peacock, R., Wood, B., Inniss, J. D., & Murray, E. (2013). *Computer-based diabetes self-management interventions for adults with type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database, System Review, 3.
- Parchman, M. L., Flannagan, D., Ferrer, R. L., & Matamoras, M. (2009). Communication competence, self-care behaviors and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 55-59.
- Peterson, E. B., Calhoun, A. W., & Rider, E. A. (2014). The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient education and counseling*, 96(3), 411-418.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., Leong-Grotz, K., Castro, C. & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83-90.
- Schirmer, J. M., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, M. K., Zoppi, K., Epstein, R. M., Brock, D., & Pryzbyski, M. (2005). Assessing communication competence: A review of current tools. *Family Medicine*, 37(3), 184-192.
- Schoenthaler, A. M., Schwartz, B. S., Wood, C., & Stewart, W. F. (2012). Patient and physician factors associated with adherence to diabetes medications. *The Diabetes Educator*, 38(3), 397-408.
- SINAIS. (2012). Base de datos sobre defunciones. *Defunciones generales (Inegi/salud)*. Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/std_defunciones.html
- Twisk, J., & Rijmen, F. (2009). Longitudinal tobit regression: a new approach to analyze outcome variables with floor or ceiling effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(9), 953-958.
- Van Dalen, J. (2013). Communication skills in context: Trends and perspectives. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 292-295.
- Van de Poel, K., Vanagt, E., Schrimpf, U., & Gasiorek, J. (2013). *Communication Skills for Foreign and Mobile Medical Professionals*. New York Dordrecht London: Springer.
- Van Vugt, M., de Wit, M., Cleijne, W. H., & Snoek, F. J. (2013). Use of Behavioral Change Techniques in Web-Based Self-Management Programs for Type 2 Diabetes Patients: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(12): e279.

- Van Weel-Baumgarten, E., Bolhuis, S., Rosenbaum, M., & Silverman, J. (2013). Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Education and Counseling*, 90(2), 177-183.
- Vermeire, E. I. J. J., Wens, J., Van Royen, P., Biot, Y., Hearnshaw, H., & Lindenmeyer, A. (2005). *Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database System Review, 2.
- Von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H., & Wiskin, C. (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42(11), 1100-1107.
- Weiland, A., Blankenstein, A. H., Willems, M. H., Van Saase, J. L., Van der Molen, H. T., Van Dulmen, A. M., & Arends, L. R. (2013). Post-graduate education for medical specialists focused on patients with medically unexplained physical symptoms; development of a communication skills training programme. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 355-360.
- Wong, R. Y., Saber, S. S., Ma, I., & Roberts, J. M. (2009). Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency. *BMC Medical Education*, 9(1), 9.
- Woodard, L. D., Landrum, C. R., Amspoker, A. B., Ramsey, D., & Naik, A. D. (2014). Interaction between functional health literacy, patient activation, and glycemic control. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1019.
- Yamashita, T., Kart, C. S., & Noe, D. A. (2012). Predictors of adherence with self-care guidelines among persons with type 2 diabetes: results from a logistic regression tree analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(6), 603-615.
- Zolnierok, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826.

APÉNDICE A. Oportunidad empática y respuesta empática



Paso 1: El médico identifica la oportunidad empática. **Paso 2:** Después de ocurrir la oportunidad empática, el médico responde empáticamente. La oportunidad empática puede ser de tres tipos:

Oportunidad empática

Tipo	Definición	Ejemplo
MANIFESTACIÓN DE EMOCIÓN	<p>A) El paciente afirma que ha experimentado o está experimentando una emoción: tristeza, ansiedad, preocupación, enojo, miedo, alegría, etc.</p> <p>B) Usted detecta por medio de la conducta verbal o no verbal del paciente, que está experimentando una emoción. Por ejemplo llanto, voz quebrada, movimientos corporales o expresión facial.</p>	Paciente: espero que la tomografía salga bien, me preocupa el resultado
MANIFESTACIÓN DE PROGRESO	El paciente afirma que algún aspecto en su vida mejoró o está mejorando: salud física, matrimonio, trabajo, familia, etc.	Paciente: ¿Qué cree Doctor?, llevo dos semanas haciendo ejercicio

Tipo	Definición	Ejemplo
MANIFESTACIÓN DE DESAFÍO	El paciente afirma que experimentó o está experimentando un reto o un evento difícil. Por ejemplo, en el área de la salud como una cirugía, el precio de algún medicamento o la práctica de ejercicio. El desafío puede ser psicosocial como un problema de pareja, problema económico o familiar	Paciente: Pediré dinero a mi familia para comprar el medicamento

Respuestas empáticas

Tipo	Definición	Ejemplo
PARÁFRASIS BÁSICA	El médico repite lo que el paciente ha dicho, pero con sus propias palabras. Después del parafraseo puede utilizar una frase corta como ¿Es esto correcto? dando al paciente la oportunidad para corregir cualquier malentendido	Paciente: Pediré dinero a mi familia para comprar el medicamento, de otra forma no creo poder comprarlo... Médico: Por lo que usted ha dicho, parece que su situación económica es difícil, ¿Es esto correcto?
REFLEJANDO SENTIMIENTOS	Después de presentarse la oportunidad empática, el médico realiza una paráfrasis, en la cual brinda su impresión de los sentimientos o emociones que el paciente está experimentado.	Médico: Noto que se siente molesta cuando habla de su esposo, ¿Es esto correcto?

Tipo	Definición	Ejemplo
RESUMEN	Después de presentarse la oportunidad empática, el médico realiza una paráfrasis para verbalizar todos los puntos importantes en la discusión hasta ese momento.	Médico: Hasta este momento, me ha comentado que le preocupa demasiado su situación económica, el precio de los medicamentos y su relación de pareja...
RECONOCIMIENTO	Realice una paráfrasis, en la cual mencione el estímulo o los estímulos que han generado la oportunidad empática (emoción, desafío o progreso).	Médico: Usted se siente triste porque su esposo no le habla hace varios días
PREGUNTAS EMPÁTICAS	Realice preguntas abiertas o cerradas, no solo para obtener información, también para mostrar que usted ha detectado el estímulo o los estímulos que han generado la oportunidad empática.	Médico: ¿Desde cuándo no le habla su esposo?
FACILITACIÓN	Realice una serie de preguntas abiertas y cerradas para ayudar al paciente a identificar el estímulo o los estímulos que han generado la oportunidad empática.	<p>Paciente: Me operan en tres días... y tengo ganas de llorar</p> <p>Médico: ¿Qué siente cuando piensa en la operación?</p> <p>Paciente: Siento que mi enfermedad es grave, que no hay solución</p> <p>Médico: ¿Qué cree que pase después de la cirugía?</p> <p>Paciente: Temo que la cirugía termine mal...</p>

Tipo	Definición	Ejemplo
CONFIRMACIÓN	Expresa al paciente que la emoción con respecto al progreso o desafío es válida o legítima.	<p>EJEMPLO 1:</p> <p>Médico: Es normal que se sienta triste, puesto que su esposo ya no vive con usted...</p> <p>EJEMPLO 2:</p> <p>Médico: ¡Qué bien!, se va de vacaciones</p>
DECLARACIÓN DE SENTIMIENTO COMPARTIDO	Expresa que usted mismo (a), comparte la emoción del paciente o ha tenido una experiencia similar.	<p>EJEMPLO 1:</p> <p>Médico: Entiendo su malestar, yo también he tenido que ir a trabajar estando enfermo (a), es muy incómodo...</p>

APÉNDICE B. Definición de errores frecuentes

Error 1. Preguntas inesperadas

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Cualquier pregunta que no se relacione con el tema de conversación presente. Si necesita cambiar de tema, utilice señalización	Paciente: He tenido muchos problemas en casa, por eso se me ha olvidado tomar el medicamento...	Médico: ¿Y cuándo fue la última vez que fue con el oftalmólogo?	Médico: Por lo que escucho no la ha pasado bien, Se me ocurre que al final de la consulta reservemos unos minutos para que me informe sobre los problemas que ha tenido en casa, ¿Le parece bien?

Error 2. Explicaciones ambiguas

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Son palabras o frases que se pueden entender de más de una forma creando en el paciente expectativas falsas	Paciente: Me dejó mi pareja hace dos meses, estoy muy triste	No se preocupe, usted saldrá adelante...	Médico: ¿Cuánto tiempo llevaba con su pareja? Paciente: Siete años Médico: Siete años, es normal que se sienta triste...

Error 3. No utiliza fragmentación o comprobación

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Dar información y responder preguntas es habitual en la consulta médica. Si el médico no comprueba por medio de afirmaciones, preguntas cerradas o fragmentación que el paciente ha comprendido se registrará un error. Fragmentación es una técnica de enseñanza que consiste en descomponer conceptos complejos en unidades explicativas más sencillas.	El médico realiza diversas explicaciones sobre el tratamiento o la enfermedad del paciente	El médico no realiza preguntas o fragmentación para garantizar que el paciente ha entendido la información	Ejemplo 1: Médico: Le voy a dar los resultados de sus estudios de laboratorio, si algún término le resulta desconocido, avíseme por favor... Ejemplo 2: Médico: Ahora que le he informado sobre la forma de inyectarse la insulina, por favor explíqueme lo que usted ha entendido Ejemplo 3: Médico: ¿Tiene alguna duda sobre la forma de inyectarse la insulina?

Error 4. Opiniones sobre la conducta del paciente

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
En muchas ocasiones la opinión del médico no se menciona directamente, pero los enunciados que utiliza, se basan en juicios y puntos de vista que se han dado por sentado	El médico está revisando los pies de su paciente	Médico: no me gusta nada esa lesión	Médico: Tiene una uña enterrada y se le ha infectado. Es importante que cambie de calzado y que vaya con el Podólogo...

Error 5. Uso de adjetivos calificativos para describir la conducta del paciente

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Es un tipo de opinión que consiste en poner etiquetas al paciente de forma abierta y directa	Paciente: No he podido realizar la dieta	Médico: ¡Qué desobediente es usted!	Médico: Parece que le ha costado trabajo, ¿Qué barreras no le han permitido seguir la dieta?

Error 6. El médico abandona la postura corporal relajada

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Ciertas actividades de la consulta exigen que el médico abandone cada uno de los elementos de la postura corporal relajada simultáneamente, por ejemplo, al hacer la nota médica, escribir en la computadora, salir repentinamente del consultorio. El error se registra cuando el médico no utiliza señalización al abandonar todos los elementos de la postura corporal relajada de forma simultánea	El médico ha concluido de revisar algunos signos del paciente	El médico se dirige al teclado de la computadora para registrar o consultar los datos de laboratorio del paciente	Médico: Voy a revisar sus datos de laboratorio en el equipo, en un momento estoy con usted...

Error 7. Indicadores de estar apresurado o aburrido

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Algunos ejemplos son los siguientes: 1) morderse las uñas, 2) llevarse la mano a la frente, 3) torcer alguna parte de su cuerpo, 4) dar golpecitos sobre alguna superficie con un objeto o alguna parte del cuerpo, 5) hacer dos o más cosas al mismo tiempo	El paciente aborda un tema mientras el médico está escribiendo la nota	El médico le dice al paciente: “te escucho”, mientras está mirando al monitor	Si el paciente está manifestando una oportunidad empática, responda empáticamente. De lo contrario, usted puede utilizar señalización, por ejemplo: “Quiero ponerte toda mi atención, permíteme un minuto por favor”

8. No responde las preguntas del paciente

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Se registrará un error cada vez que el médico no responda una pregunta	Paciente: ¿Usted me podría referir a gastroenterología?	Médico: ¡Lo más importante es que vaya con el oftalmólogo!	Médico: Noto que para usted es importante ver al gastroenterólogo, la voy a referir. También la enviaré con el oftalmólogo

Error 9. Interrumpe el discurso del paciente

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Se registrará un error cada vez que el médico interrumpa a su paciente	El paciente refiere al médico una serie de síntomas médicos que son ajenos a las metas de la consulta médica presente	Médico: ¡eso no tiene que ver con su diabetes...!	Lo que me está comentando es importante, por eso lo voy a referir con el especialista adecuado si usted está de acuerdo

Error 10. El médico permanece en silencio

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Médico y paciente se han quedado en silencio por más de cinco segundos y él médico no ha utilizado señalización	El médico está elaborando la receta del paciente	Ocurre un silencio mayor a cinco segundos y el médico no utilizó señalización	En este momento voy a elaborar su receta, en dos minutos estoy con usted

Error 11. Conjuntos empáticos no agrupados

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Se registrará un error por cada uno de los siguientes casos: a) Cuando ocurre la oportunidad empática y el médico no utiliza elementos de la postura corporal relajada (la conducta mínima requerida es realizar contacto visual) y b) Cuando ha ocurrido la oportunidad empática y el médico no realiza respuestas empáticas verbales.	El paciente habla sobre lo difícil que ha resultado realizar cambios en la dieta (manifestación de desafío)	El médico está revisando el expediente electrónico del paciente mirando al monitor	Al surgir la oportunidad empática, el médico utiliza la postura corporal relajada y realiza una respuesta empática verbal (véase el apéndice A)

Error 12. Uso de expresiones que no fomentan la autonomía del paciente

Definición	Situación que precede al error	Error	Forma de acertar
Cualquier expresión que sugiera que el paciente no tiene derecho a elegir y está obligado a seguir las instrucciones.	Paciente: No he podido hacer ejercicio	Ejemplo 1: Usted DEBE seguir las indicaciones Ejemplo 2: Usted TIENE que obedecer al pie de la letra	Médico: Parece que le ha costado trabajo, ¿Qué barreras no le han permitido hacer ejercicio?

APÉNDICE C. Habilidades para establecer rapport al inicio de la consulta

Las siguientes tablas contienen algunas definiciones y ejemplos de conductas requeridas en la lista de verificación A:

Realiza contacto físico durante el saludo

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
3	El contacto físico ocurre simultáneamente con el saludo	Usted puede realizar contacto físico de las siguientes formas: 1) saludando al paciente de mano, 2) saludando al paciente de beso, 3) tocando con su mano el brazo, 4) el hombro o 5) la espalda del paciente durante el saludo

Realiza una interacción no médica breve

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
9	Ocurre después de saludar al paciente y antes de mostrar familiarización. La interacción no médica breve es una conversación con el paciente (que no dura más de 30 segundos). El tema de esta conversación es ajeno a la consulta médica. Para lograr tal objetivo, el médico utiliza preguntas o afirmaciones. (Por ejemplo: breve charla sobre el clima, el transporte, el tiempo de espera, etc.)	EJEMPLO 1: Sra. Guadalupe ¿El día de hoy hace mucho calor? ¿No le parece? EJEMPLO 2: Sra. Silvia, ¿Cuándo tiempo lleva esperando la consulta?...

El médico muestra familiarización

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
10	Ocurre después de realizar una interacción no médica breve. Consiste en mostrar al paciente que lo conocemos. Para lograr tal objetivo, debe utilizar preguntas o afirmaciones, cuyo contenido abarquen datos del paciente que son conocidos por sus visitas anteriores. Dichos datos pueden estar en el expediente o en notas que el médico haya realizado anteriormente. Sin embargo, para mostrar familiarización, es importante no leer el dato directamente del expediente cuando el paciente está con usted.	EJEMPLO 1: Médico: Señor Raymundo, ¿Cómo está su hijo?, recuerdo que estaba enfermo la última vez que vino EJEMPLO 2: Médico: Señor Gerardo, la última vez que vino le cambiaron la dosis de Metformina, ¿Cómo se ha sentido con el cambio?

La siguiente tabla contiene algunas conductas enumeradas en la lista de verificación A que no requieren una definición detallada:

Conductas requeridas sin definición detallada

Número asignado en la lista de verificación	Conducta requerida
1	El médico se pone de pie y camina hacia el paciente cuando entra en el consultorio
2	Saluda al paciente verbalmente
4	Llama al paciente por su nombre durante el saludo
5	Realiza contacto visual durante el saludo
6	El médico sonríe durante el saludo
7	El médico se presenta
8	El médico invita verbalmente al paciente a sentarse y ponerse cómodo

APÉNDICE D. Habilidades para establecer rapport al final de la consulta

Las siguientes tablas contienen algunas definiciones y ejemplos de conductas requeridas en la lista de verificación A:

El médico anuncia la conclusión de la consulta por medio de señalización

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
1	Es una declaración explícita de decirle al paciente que la consulta está por terminar	Esta consulta ha llegado a su fin, ¿le gustaría añadir algún comentario?...

El médico resume los acuerdos que se hicieron

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
2	El médico repite aquellos acuerdos que se realizaron durante la consulta	Médico: Sr. Mauricio, en esta consulta usted me habló sobre su preocupación sobre el precio de los medicamentos y los posibles efectos secundarios del tratamiento. Por lo anterior, le cambié el medicamento a uno más económico y con menos efectos secundarios. Por otro lado usted estuvo de acuerdo en tomarse el medicamento según las indicaciones y realizar actividad física.

El médico provee redes de seguridad

Número asignado en la lista de verificación	Ejemplo
3	Cualquiera de las siguientes acciones contará como una red de seguridad: Antes de despedirse, 1) el médico explica al paciente lo que debe hacer si el plan de tratamiento no funciona, 2) explica al paciente lo que debe hacer en el peor de los casos, 3) explica al paciente cómo ponerse en contacto con él o alguien más si es necesario

Conductas requeridas sin una definición detallada

Número asignado en la lista de verificación	Conducta requerida
4	El médico brinda la oportunidad al paciente de proporcionar información o preguntas adicionales
5	Se despide verbalmente del paciente
6	Realiza contacto físico al despedirse
7	Llama al paciente por su nombre al despedirse
8	Realiza contacto visual al despedirse
9	El médico sonríe al despedirse

APÉNDICE E. Habilidades para establecer una agenda por adelantado

Las siguientes tablas contienen algunas definiciones y ejemplos de conductas requeridas en la lista de verificación B:

El médico utiliza señalización para anunciar el establecimiento de una agenda

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
2	Es una declaración explícita de decirle al paciente que ambos se pondrán de acuerdo sobre los temas que se tratarán durante la consulta. Esta habilidad ocurre después de haber establecido rapport al inicio de la sesión	Sra. María, esta consulta tiene una duración aproximada de 30 minutos. El objetivo de la consulta es darle seguimiento a su tratamiento para la diabetes. Vamos a ponernos de acuerdo sobre cómo administrar este tiempo. Dígame ¿Cuáles son sus preocupaciones actuales?

El médico explora la agenda del paciente

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
3	La agenda del paciente está compuesta por aquellas preguntas, expectativas o preocupaciones que el paciente le gustaría resolver durante su consulta médica. Para explorar la agenda, el médico realiza PREGUNTAS ABIERTAS sobre las preocupaciones actuales del paciente. El objetivo es que el paciente exponga sus prioridades con respecto a la consulta médica que está por comenzar	Médico: Sr. Gerardo, en esta consulta, vamos a dar seguimiento a su tratamiento para la diabetes, sin embargo me gustaría saber cuáles son sus preocupaciones principales en este momento, ¿Podría informarme al respecto?

El médico escucha la agenda del paciente

Número asignado en la lista de verificación	Definición
4	Escuche la agenda del paciente hasta que concluya su discurso. Si tiene prisa escuche uno o dos minutos como máximo, luego espere a que surja la oportunidad empática, responda empáticamente y retome el control de la conversación.

El médico hace un resumen sobre la agenda del paciente

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
5	El médico expresa con sus propias palabras lo que el paciente ha dicho. El resumen del médico destaca las prioridades del paciente	Médico: Por lo que me ha comentado, parece que le preocupan los dolores de cabeza que ha sentido la última semana, pero también le angustia que su esposo no ha encontrado trabajo y el dinero que ingresa a casa es poco.

El médico solicita aclaración

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
6	Después de hacer un RESUMEN, el médico realiza una pregunta cerrada para verificar que su comprensión sobre la agenda del paciente es correcta	Médico: Según entiendo, lo que más le preocupa es que su esposo no ha encontrado trabajo ¿Es correcto? Paciente: Sí doctor

El médico propone la agenda del día

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
7	Menciona las principales actividades que ocurrirán durante la consulta médica, entre ellas estará incluida una de las prioridades del paciente, la cual se abordará en algún momento de la consulta médica	Médico: He notado que está preocupada por los efectos secundarios de la Metformina ¿Le parece bien que empecemos la consulta hablando sobre este medicamento? Después revisaré sus resultados de laboratorio y...

Durante la consulta, el médico aborda por lo menos un elemento de la agenda del paciente

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
9	Se recomienda abordar la prioridad principal de la agenda. A continuación se dan algunos ejemplos de cómo abordar un elemento de la agenda del paciente: A) Si la prioridad o la preocupación del paciente son síntomas médicos que son ajenos a los objetivos de la consulta médica de endocrinología el médico decidirá si atenderá o no la sintomatología del paciente. Pero para efectos del taller, se considerará que el médico ha abordado la prioridad del paciente en las siguientes situaciones: 1) Brinda tratamiento para tratar los síntomas, 2) Si el médico canaliza al paciente al servicio respectivo para que reciba tratamiento o 3) Si el médico brinda la información para que el paciente reciba tratamiento en el lugar adecuado	Después de escuchar al paciente: Médico: Por lo que me ha dicho, lo que más le preocupa en este momento son esos dolores de cabeza... le voy a recetar un medicamento

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
9	B) Si la prioridad del paciente consiste en preocupaciones con respecto al tratamiento o la enfermedad, se considerará que el médico abordó la prioridad del paciente en los siguientes casos: 1) Escucha al paciente y realiza respuestas empáticas, o 2) Escucha al paciente y brinda información cuando la preocupación se debe a falta de conocimiento.	<p>Después de escuchar al paciente:</p> <p>Médico: Según entiendo, le preocupa perder la vista por alguna complicación de la diabetes y se siente triste cuando piensa en esto, ¿es correcto?</p> <p>Paciente: Sí doctor</p> <p>Médico: ¿Le gustaría que le explique cómo prevenir que esto ocurra?</p>
9	C) Si la prioridad del paciente consiste en preocupaciones que no tienen que ver con el tratamiento o la enfermedad, escuche al paciente y realice respuestas empáticas	<p>Después de escuchar al paciente:</p> <p>Médico: Noto que en este momento se siente triste, supongo que ha de ser difícil ver a su hijo consumir alcohol casi todos los días...</p>

Conductas de la lista de verificación B que no requieren una definición detallada

Número asignado en la lista de verificación	Conducta requerida
1	El médico llama al paciente por su nombre durante el establecimiento de una agenda
8	El médico utiliza al menos una pregunta cerrada para confirmar la aceptación del paciente sobre la agenda del día

APÉNDICE F. Habilidades para evaluar la conducta no adherente

Las siguientes tablas contienen algunas definiciones y ejemplos de conductas requeridas en la lista de verificación D:

El médico utiliza señalización para introducir el tema de la adhesión

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
1	Es una declaración explícita de decirle al paciente que se hablará sobre su propia adhesión al tratamiento médico	Médico: Señor Gustavo, en este momento vamos a hablar sobre las barreras u obstáculos que no le han permitido seguir la dieta o practicar ejercicio...

El médico utiliza justificación para introducir el tema de la adhesión

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
2	Justificación significa compartir sus razones para sus acciones y/o preguntas con respecto al paciente. La justificación es indispensable para tocar temas sensibles como la falta de adhesión	...hablar sobre estas barreras es importante, ya que nos permitirá encontrar algunas soluciones prácticas...

Cuando el médico se refiere a la conducta no adherente del paciente utiliza un lenguaje descriptivo o neutral

Número asignado en la lista de verificación	Definición
3	El lenguaje descriptivo es indispensable para tocar temas sensibles como la falta de adhesión. Significa utilizar palabras y términos que describen el problema de una manera neutral y no de una manera que sugiera una opinión o evaluación del médico sobre un determinado comportamiento del paciente

El médico explora las barreras que dificultan la adhesión del paciente (utiliza preguntas tipo cono “V”)

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
4	Las preguntas tipo cono “V” son estrategias generales para recopilar información de los pacientes. Se comienza con preguntas abiertas y se avanza hacia cuestiones más específicas y cerradas.	<p>Médico: He notado que sus niveles de glucosa, triglicéridos y hemoglobina glucosilada están elevados, ¿Qué aspectos del tratamiento cree que le cuestan trabajo?</p> <p>Paciente: supongo que la dieta</p> <p>Médico: ¿Qué sucede con la dieta?</p> <p>Paciente: Yo vendo pasteles en una tienda. Me resulta difícil no comerlos cuando tengo hambre</p> <p>Médico: supongo que esto es difícil. ¿Habrá otra cosa que le resulte un obstáculo para seguir la dieta?</p>

El médico explora las barreras que dificultan la adhesión del paciente siguiendo las rutas del “algoritmo para la evaluación de la conducta no adherente”

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
5	<p>Durante la exploración, realice preguntas siguiendo un algoritmo que se divide en tres rutas:</p> <p>A) Si usted ha detectado que las barreras que interfieren con la adhesión son intencionales, es decir, el paciente no realiza cambios porque no desea, no está motivado o ha tomado la decisión de no seguir las indicaciones médicas, explore las cogniciones del paciente sobre el tratamiento y la enfermedad que obstaculizan la adhesión, por ejemplo creencias, preocupaciones, expectativas o conocimiento del paciente</p>	<p>Ejemplo 1:</p> <p>Médico: ¿Qué cree usted sobre la diabetes? Paciente: Bueno, sinceramente no creo que sea una enfermedad grave</p> <p>Ejemplo 2</p> <p>Médico: ¿Qué espera usted del tratamiento para la diabetes? Paciente: Cuando me diagnosticaron, yo pensé que mi tratamiento duraría poco tiempo, jamás creí que pasarían tantos años...</p>
5	<p>B) Si usted ha detectado que las barreras que interfieren con la adhesión son no intencionales (es decir, barreras ambientales como trabajo, economía, o influencia de amigos y familiares), explore las barreras ambientales específicas que dificultan la adhesión</p>	<p>Paciente: Fuera del trabajo hay un puesto de “fritangas”, todos mis amigos comen en ese lugar</p> <p>Médico: Supongo que sería difícil para usted ser el único que actúe diferente</p> <p>Paciente: Así es, no me imagino actuando de otra forma</p> <p>Médico: Esto le ha pasado en otros ambientes, por ejemplo en casa o con la familia</p> <p>Paciente: Sí, a mi familia le gusta la comida rápida...</p>

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
5	A) Si el paciente reporta diversas barreras, las cuales se pueden agrupar como intencionales y no intencionales a la vez, solicite aclaración para determinar cuál es la barrera principal y detecte si dicha barrera es intencional o no intencional	<p>Paciente: Fuera del trabajo hay un puesto de “fritangas”, todos mis amigos comen en ese lugar</p> <p>Médico: Supongo que sería difícil para usted ser el único que actúe diferente</p> <p>Paciente: Además ya no quiero tomar medicamento</p> <p>Médico: ¿Qué cree que le esté afectando más: que sus amigos coman afuera del trabajo o que usted ya no quiera tomar medicamento?</p>

El médico hace un resumen sobre las barreras de la adhesión mencionadas por el paciente

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
6	Se puede realizar un resumen cuando el paciente reporta múltiples barreras	Médico: Por lo que usted me ha dicho, lo que más le ha costado trabajo es hacer ejercicio, lo cual ha ocurrido porque usted piensa que no tiene dinero para ir al gimnasio y además tendría que comprarse tenis nuevos. Además usted no cree que la diabetes sea una enfermedad grave ya que muchos de sus familiares han vivido con ella por muchos años...

El médico solicita aclaración sobre la barrera principal que dificulta la adhesión

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
7	Después de realizar un resumen se puede realizar una pregunta cerrada para que el paciente identifique la barrera principal que interfiere con la conducta adherente.	Médico: De todas estas barreras que usted me ha dicho, ¿cuál cree que le esté afectando más? Paciente: Sabe Dr., en realidad no creo que el tratamiento sea necesario...

APÉNDICE G. Habilidades para abordar la conducta no adherente

El médico anuncia el problema

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
1	Puede anunciar por medio de una hipótesis, resultados de estudios o resultados del seguimiento	Sus niveles de hemoglobina glucosilada están por encima de lo recomendado. Lo más probable es que estos niveles se deban a que le ha costado trabajo seguir la dieta y hacer ejercicio

El médico explica el problema

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
2	Puede explicar al responder alguna de las siguientes preguntas: ¿Qué es exactamente el problema? ¿Por qué es un problema? ¿Qué tan grave es? ¿Cuál es el pronóstico? ¿Cuáles son las consecuencias a corto y largo plazo?	Si sus niveles de Hemoglobina glucosilada continúan por encima de 7.5, usted tendrá las siguientes complicaciones...

El médico proporciona opciones de tratamiento

Número asignado en la lista de verificación	Definición
3	Describa las opciones de tratamiento que el paciente tiene y sus respectivas implicaciones (beneficios y desventajas). Dichas implicaciones pueden ser económicas, efectos secundarios y beneficios potenciales para la salud

El médico discute los posibles obstáculos

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
4	Ponerse de acuerdo con el paciente sobre la forma de superar o hacer frente a los obstáculos, ponerse de acuerdo sobre la forma en que el paciente se adherirá al PLAN CONVENIDO de tratamiento	<p>Médico: Señor Jorge, ¿qué obstáculos o barreras no le permitirían seguir ESTE plan de tratamiento?</p> <p>Paciente: Dr., yo ya no quiero tomar tanto medicamento</p> <p>Médico: Supongo que ha de ser difícil para usted. Le propongo un trato, si usted sigue la dieta y realiza ejercicio, en su próxima cita le podría retirar algunos medicamentos</p> <p>Paciente: Me parece bien. Sin embargo, no sé si pueda llevar la insulina al trabajo</p> <p>Médico: Usted podría transportar la insulina de la siguiente forma...</p>

El médico fomenta la participación del paciente en la selección del plan de tratamiento

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
5	El médico invita al paciente, por medio de preguntas, a participar en la elección de tratamiento (vea la conducta requerida 3 y 4). El médico conoce la evidencia científica del tratamiento que recomienda, por otro lado, el paciente conoce sus limitaciones económicas, ambientales y emocionales. Cuando el paciente participa se harán evidentes sus objeciones y preferencias con respecto al tratamiento. La negociación puede ser de gran ayuda para integrar la evidencia científica con las preferencias del paciente (Vea la conducta requerida 6)	Vea el ejemplo de la conducta requerida 4

El médico aborda la conducta no adherente siguiendo las rutas del “Algoritmo para abordar la conducta no adherente”

Número asignado en la lista de verificación	Definición
6	Vea el “Algoritmo para abordar la conducta no adherente” en los apéndices “H” e “I”

El médico busca apoyo en la red social del paciente para facilitar la adhesión

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
7	El apoyo puede hacer que las tareas difíciles se sientan mucho más manejables. Consiste en ayudar al paciente a detectar en donde puede conseguir apoyo.	EJEMPLO 1: Médico: Por lo que me ha dicho, en ocasiones olvida tomarse el medicamento Paciente: Sí Doctor Médico: ¿Le ayudaría que alguien le recordara? EJEMPLO 2: Paciente: No me alcanza para comprar la insulina Médico: ¿Quién podría ayudarle económicamente?

El médico adapta la explicación al paciente

Número asignado en la lista de verificación	Definición
8	Se utiliza antes de finalizar la consulta, mientras el médico realiza una serie de explicaciones al paciente sobre el plan de tratamiento. La técnica consiste en relacionar la explicación y planificación, no solo con la enfermedad del paciente sino también con las ideas, inquietudes, expectativas, y sentimientos del paciente. Para hacer esto con éxito, usted debe utilizar la información que ha obtenido durante el establecimiento de una agenda y durante la fase de evaluación de la conducta no adherente. En la práctica, una forma de adaptar su explicación es haciendo uso de las palabras e ideas que el paciente ha utilizado en su discurso

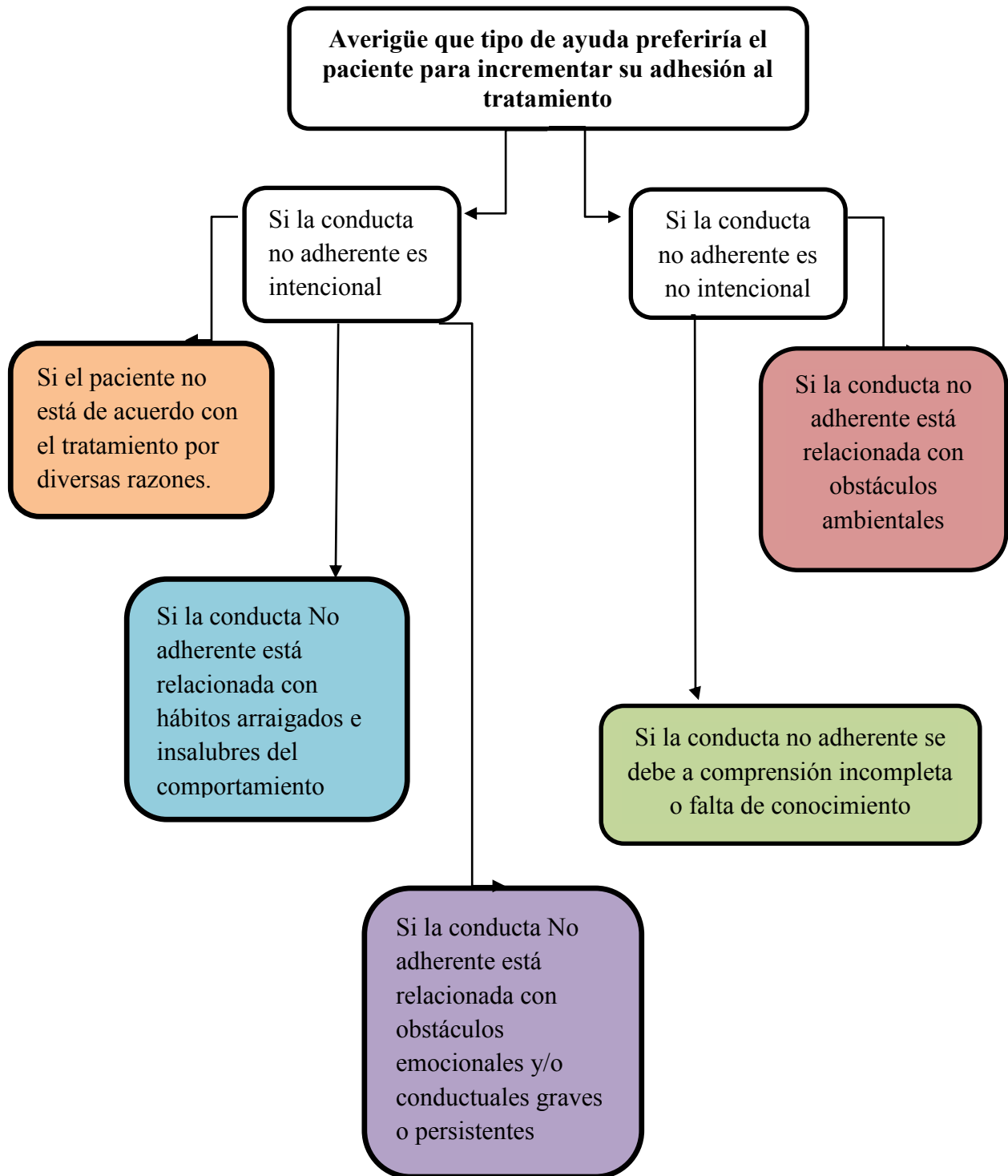
Realiza acuerdos sobre las acciones y responsabilidades

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
9	Especificar claramente quién es responsable de qué y quién hará qué.	<p>Médico: Le propongo un trato, si usted sigue la dieta y realiza ejercicio, en su próxima cita le podría retirar algunos medicamentos. Me daré cuenta de estos cambios en sus laboratorios.</p> <p>Paciente: Estoy de acuerdo</p> <p>Médico: ¿Qué cambios podría realizar usted para conseguir la meta de seguir la dieta y practicar ejercicio?</p> <p>Paciente: Para hacer ejercicio podría levantarme más temprano...</p>

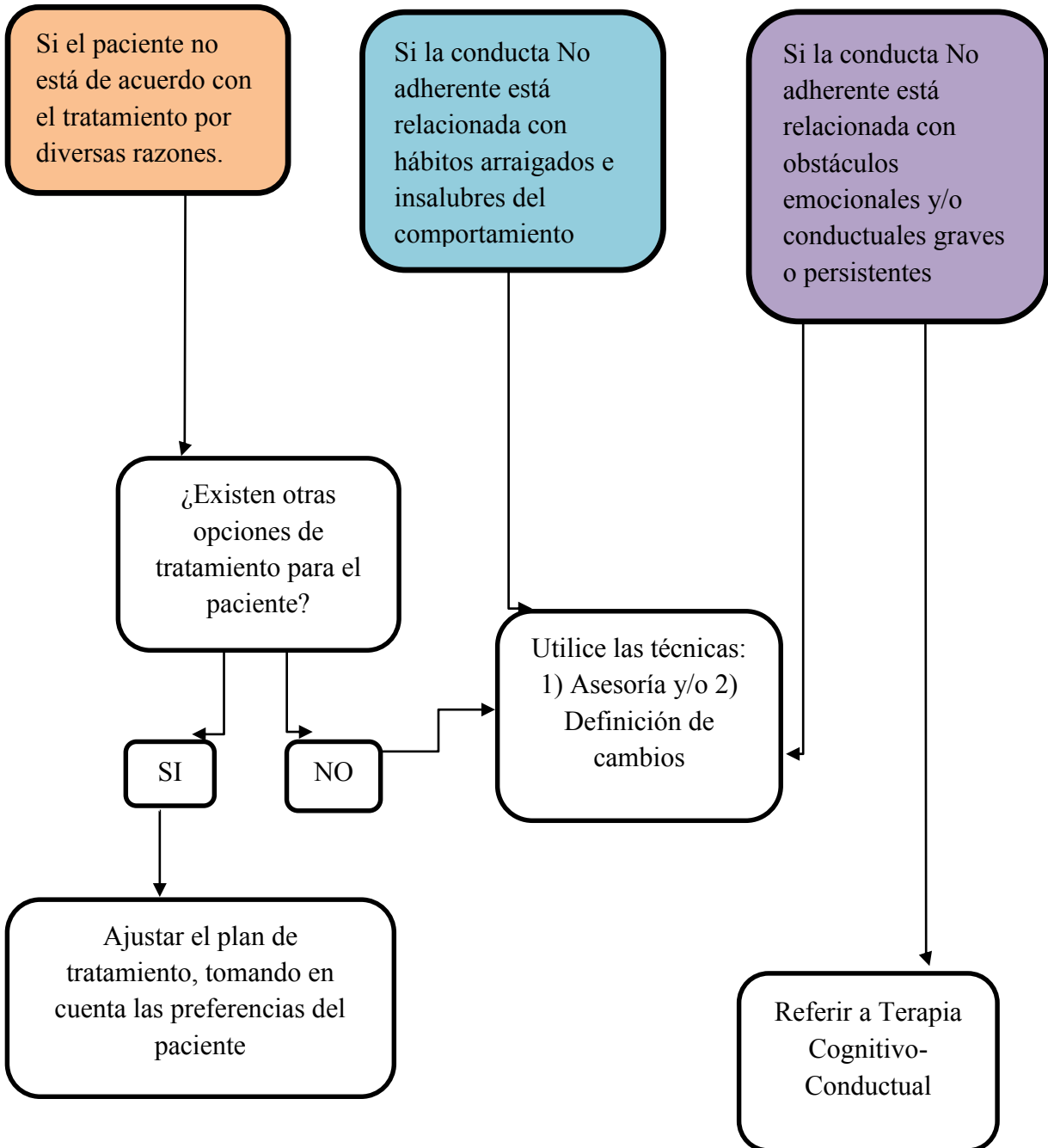
El médico confirma la aceptación del paciente

Número asignado en la lista de verificación	Definición	Ejemplo
10	Realice preguntas cerradas	Médico: ¿Sr. Saul, está de acuerdo con el plan de tratamiento?

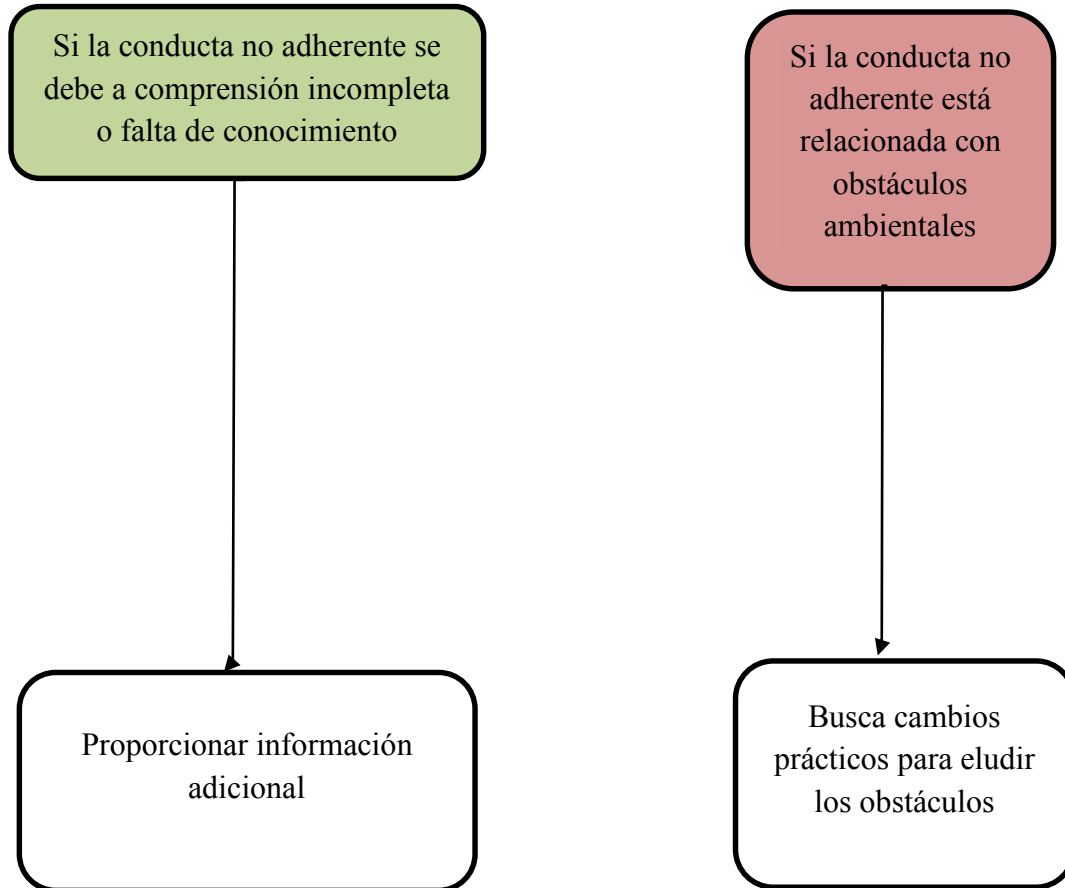
APÉNDICE H. Algoritmo para abordar la conducta no adherente



Continuación del algoritmo para abordar la conducta no adherente (Si la conducta no adherente es intencional)



Continuación del algoritmo para abordar la conducta no adherente (Si la conducta no adherente es no intencional)



APÉNDICE I. Definición de términos del algoritmo para abordar la conducta no adherente

Término	Definición
Ajustar el plan de tratamiento	El médico realiza cambios en las recomendaciones de tratamiento tomando en cuenta las preferencias del paciente (cuando existen diversas opciones)
Asesoría	Por medio de afirmaciones y preguntas, el médico provoca que el paciente aclare o defina cualquier lenguaje vago que implique un obstáculo para que el paciente decida sobre su apego al tratamiento.
Definición de cambios	Por medio de preguntas y afirmaciones, el médico provoca que el paciente identifique los cambios específicos que está dispuesto a realizar
Busca cambios prácticos para eludir los obstáculos	Por medio de preguntas y afirmaciones, el médico provoca que el paciente genere soluciones prácticas para eliminar los obstáculos ambientales que obstaculizan la adhesión al tratamiento
Proporcionar información adicional	Se utiliza cuando la principal barrera para la conducta adherente es la comprensión incompleta del paciente o la falta de conocimiento. Proveer información implica haber detectado la información específica que el paciente requiere.
Referir a Terapia Cognitivo-Conductual	La terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia para abordar diversos problemas complejos asociados a la conducta no adherente, por ejemplo la depresión, el déficit de habilidades para solucionar problemas y baja autoeficacia

APÉNDICE J. Instrucciones para el paciente simulado

Usted es un paciente del INCMNSZ desde mayo del 2013, pero asiste por segunda ocasión al servicio de diabetes (su última consulta de diabetes fue hace seis meses). Usted tiene 40 años de edad, tiene Diabetes Mellitus Tipo 2 desde hace 13 años. En la última consulta de diabetes, el médico le comentó que usted tenía otros problemas médicos aparte de la Diabetes, por lo cual, se le recomendó realizar dieta, ejercicio y administrarse seis medicamentos diariamente. Sin embargo, antes de llegar a su última consulta tuvo problemas con su pareja, quien se fue de la casa. Debido a lo anterior, no prestó mucha atención al médico, no recuerda el nombre de sus otros diagnósticos, tampoco el nombre de los medicamentos que le recomendaron (solo se pudo comprar un medicamento económico antes de perder la receta). Actualmente, usted compra medicamentos para un familiar enfermo, y cree que no le alcanzaría el dinero para surtir su propia receta de diabetes (si la tuviera). El único medicamento que se compró, se lo inyectaba alrededor del ombligo una vez por la noche. Sin embargo, después de una semana interrumpió este tratamiento, ya que las inyecciones eran muy dolorosas para usted y además comenzó a experimentar comezón alrededor de la zona inyectada. No realiza ejercicio, su actividad es sedentaria. Realiza tres comidas al día, abundantes en carbohidratos y grasas: por ejemplo productos de panadería, repostería, leche y frituras. Le gustan las frutas dulces y no le gustan las verduras. Aunque usted no fuma, consume alcohol. Usted cree que la comida y el alcohol son de las pocas cosas en la vida que realmente lo han hecho feliz, por lo cual ha decidido no realizar cambios en su dieta. Usted no está preocupado por su enfermedad, ya que cree que la Diabetes no es una enfermedad grave. Lo que le preocupa en este momento es que su expareja no esté con usted, la enfermedad de su familiar y conseguir un trabajo donde gane mejor.

Continuación del APÉNDICE J. Instrucciones para el paciente simulado

1. Durante la consulta con su médico, procure dar la impresión de tener un buen estado de ánimo, pero sea muy reservado. SOLO HABLE CUANDO SU MÉDICO SE LO INDIQUE. No brinde información que el médico no le pida.
2. Si su médico le pregunta si usted ha hecho la dieta, el ejercicio y se ha tomado el medicamento, usted diga que en un 80%.
3. Si su médico afirma que usted no ha cumplido con el tratamiento, PERO ADEMÁS LE PREGUNTA PORQUÉ, diga que no tenía dinero para comprarse todo el medicamento
4. Si el médico sigue preguntando si existen otras razones por las que no ha seguido el tratamiento diga que el único medicamento que se compró le hizo daño.
5. Si el médico le pregunta sobre cómo le hizo daño el medicamento, diga que se puso la inyección y le provocó comezón en el lugar donde se la ponía (en el abdomen). También puede decir que le causaba mucho dolor.
6. Usted podría hablar sobre lo que realmente cree y piensa sobre la enfermedad y el tratamiento, solo si el médico le pregunta directamente sobre sus ideas y creencias que interfieren con el tratamiento.
7. Si su médico se muestra amable con usted, atento e interesado en su relato y le pregunta sobre sus preocupaciones, puede revelarles sus problemas familiares y de pareja
8. Cualquier dato que falte puede ser improvisado.

APÉNDICE K. Instrucciones para el médico durante el encuentro simulado

Estimado Dr. (a)

La siguiente filmación tiene el objetivo de evaluar algunas habilidades de comunicación. La filmación solo será utilizada con fines de medición y retroalimentación. Será vista por usted mismo (a) y el equipo de investigación.

INSTRUCCIONES: Desarrolle una consulta médica habitual de diabetes. Tiene 10 minutos como mínimo para terminar dicha consulta, el expediente de su paciente está extraviado, la única información disponible es la siguiente:

Nombre: _____

El paciente asiste por segunda ocasión al servicio de diabetes: 40 años de edad, 13 años con el diagnóstico de DM2, Dislipidemia. El tratamiento que le recomendaron a su paciente durante la última consulta de diabetes es el siguiente: MTF 850 mg 1-1-1, glibenclamida 5 mg 1-1-1, NPH 0-0-10, indometacina/dexametazona 0-0-1, bezafibrato 200 mg 0-0-1, VD 1600 U 1-0-0. A continuación se presentan los datos de laboratorio de su paciente:

	Medición reciente	Medición (hace seis meses)
Glucosa	330 mg/dL	265 mg/dL
Hemoglobina glucosilada	12.80 %	12.5 %
Triglicéridos	428 mg/dL	147 mg/dL
Colesterol	224 mg/dL	181 mg/dL
Colesterol HDL	44 mg/ dL	43 mg/ dL
Colesterol LDL	94 mg/dL	108.6 mg/dL

APÉNDICE L

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRESPONDIENTE AL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:

Entrenamiento de médicos en habilidades de comunicación para generar adhesión en
pacientes con diabetes mellitus tipo 2

(Versión 1, 23 de Octubre 2013)

INTRODUCCIÓN:

Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga. Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, la Declaración de Helsinki y a las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética. Para decidir si participa o no en este estudio, usted debe tener el conocimiento suficiente acerca de los riesgos y beneficios con el fin tomar una decisión informada. Este formato de consentimiento informado le dará información detallada acerca del estudio de investigación que podrá comentar con el equipo de investigadores. Al final se le pedirá que forme parte del proyecto y de ser así, bajo ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

INVITACION A PARTICIPAR Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Estimado Dr. (a) _____

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición le invitan a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo evaluar el impacto de la relación médico-paciente sobre la adhesión o apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus 2. La adhesión al tratamiento es un factor fundamental en el tratamiento médico.

La duración del estudio es de seis meses como máximo. Usted ha sido invitado a participar al estudio porque es un médico del servicio de endocrinología activo en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

El tratamiento que será evaluado es: Entrenamiento de médicos en habilidades de comunicación. Su participación en el estudio consiste en: 1): Un psicólogo especialista observará sus habilidades de comunicación en consulta médica con los pacientes que participarán en el protocolo (serán asignados 2 o 3 pacientes por cada médico), 2) Usted será filmado realizando una consulta médica simulada (con un paciente no real), 3): Usted asistirá a un taller de entrenamiento en habilidades de comunicación con una duración de 7 horas (dos días a la semana con duración de una hora cada día). Durante el taller, usted recibirá en algunas ocasiones por correo electrónico algunos materiales.

Sin embargo, el taller es predominantemente práctico y todos los asistentes tendrán la oportunidad de ensayar diversas técnicas de comunicación que se relacionan con la adhesión de pacientes. Usted recibirá tareas para afinar la práctica de las habilidades de comunicación.

Las habilidades que se aprendan en el taller serán evaluadas nuevamente en la consulta médica real y usted recibirá retroalimentación en diversas ocasiones, 4) Usted será filmado realizando una consulta médica simulada (con un paciente no real después de concluido el taller), 5) Cuando los pacientes que participan en el protocolo asistan a su segunda consulta, usted aplicará las habilidades de comunicación aprendidas en el taller. Mientras esto ocurre la consulta será observada por un psicólogo especialista.

RIESGOS E INCONVENIENTES

El hecho de ser filmado o recibir retroalimentación respecto a su manera de dar consulta puede generarle incomodidad y requiere que usted invierta tiempo.

BENEFICIOS POTENCIALES

La falta de apego es un problema en muchos pacientes. Durante este taller, usted desarrollará habilidades de comunicación específicas para generar adhesión en pacientes. Usted podrá poner en práctica sus conocimientos aún después de que concluya el protocolo.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno.

COMPENSACIÓN

No existen compensaciones.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:

Su participación es voluntaria. Sin embargo, puede elegir no participar en el estudio y esta decisión no implica ningún castigo o pérdida de privilegios. También puede salir del estudio en cualquier momento, sin perder los beneficios mencionados.

ACCIONES A SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO:

Usted puede solicitar los resultados del estudio a la Dra. Sofía Sánchez Román del INCMNSZ. La investigación es un proceso largo y complejo. El obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o como residente del INCMNSZ. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar sus derechos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán

(INCMNSZ). Se le informará a tiempo si nueva información es obtenida que pueda afectar su decisión para continuar en el estudio. El investigador puede excluirlo del estudio si no concluye con el mismo. El estudio puede ser terminado en forma prematura si usted presenta alguna complicación médica. No será necesario ningún procedimiento si usted termina su participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado en el estudio. Las filmaciones solo serán revisadas por el equipo de investigación y solo serán usadas para evaluación y retroalimentación. Cuando concluya la investigación todas las filmaciones serán borradas y no se guardarán archivos de respaldo.

La Comisión de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, aprobaron la realización de éste estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio o tenga preguntas sobre el estudio, por favor póngase en contacto con la Dra. Sofía Sánchez Román en el INCMNSZ. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el Presidente del Comité de Ética en investigación del INCMNSZ (DR. Arturo Galindo Fraga).

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos: Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción. Mi información podrá ser utilizada con fines de investigación. Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas:

		Marque aquí si su respuesta es SI	Marque aquí si su respuesta es NO
a	¿Ha leído y entendido el consentimiento informado, en su lenguaje materno?		
b	¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?		
c	¿Ha recibido respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?		
d	¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar una decisión?		
e	¿Entiende que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin la pérdida de los beneficios a los que tiene derecho en el INCMNSZ?		
f	¿Entiende los posibles riesgos, algunos de los cuales son aún desconocidos, de participar en este estudio?		
g	¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo de participar en este estudio?		
h	¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor como sujeto en un estudio de investigación?		
i	¿Entiende que el investigador participante en el estudio puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, en caso de que usted no siga los requerimientos del estudio?		

Declaración del médico: Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el trato habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) y no sufriré perjuicio en mis derechos o en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Puedo obtener los resultados de mis evaluaciones si los solicito. Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto la Dra. Sofía Sánchez Román en el INCMNSZ. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el Presidente del Comité de Ética en investigación del INCMNSZ (DR. Arturo Galindo Fraga). Debo informar a los investigadores de cualquier cambio en mi estado de salud. He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

_____	_____	_____
Nombre del participante	Firma del participante	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del representante legal	Firma del representante legal	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del investigador que explicó el documento	Firma del investigador	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma del testigo 1	Fecha

Relación con el participante: _____

Dirección: _____

Nombre del testigo 2

Firma del testigo 2

Fecha

Dirección: _____

Relación que guarda con el participante: _____

Lugar y Fecha: _____