



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ", ISSSTE

## **PRINCIPALES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MARÍA DE JESÚS CANUTO FEBRONIO**

ASESOR DE TESIS:  
**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

MÉXICO, D.F. 2016



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.

**PRINCIPALES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN  
MEDICINA FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

**DRA. MARÍA DE JESÚS CANUTO FEBRONIO**

AUTORIZACIONES:

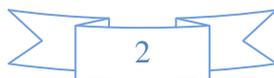
**DR. LUIS ALBERTO BLANCO LOYOLA**  
DIRECTOR DE LA CLINICA “ DR. IGNACIO CHÁVEZ ” DEL ISSSTE EN...

**DRA MARICELA NOLASCO OROZCO**  
JEFA DE ENSEÑANZA

**DR. MIGUELANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ**  
PROFESOR TITULAR

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
DIRECTOR DE TESIS

MÉXICO D.F. 2016



**PRINCIPALES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN  
MEDICINA FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. MARÍA DE JESÚS CANUTO FEBRONIO**

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

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

## CONTENIDO

Capítulo	Tema	Página
1.	Marco Teórico	1
	- Introducción	
	- Historia	
	- Importancia de la relación médico-paciente	
	- Elementos de la RMP	
	- Comunicación efectiva médico-paciente	
	- La comunicación	
	- La entrevista en la relación médico-paciente	
	- Modelos en la relación médico-paciente	
	- Fenómenos en la relación médico paciente	
	- Comunicación de malas noticias	
	- Instrumentos para evaluar la comunicación médico paciente	
2.	Planteamiento del Problema	38
3.	Justificación	41
4.	Objetivos	46
5.	Metodología	47
6.	Consideraciones Éticas	50
7.	Resultados	53
8.	Discusión	66
9.	Conclusiones	71
10.	Bibliografía	72
11.	Anexos	82

# PRINCIPALES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR

## 1. MARCO TEÓRICO

### INTRODUCCION

La Medicina Familiar es una especialidad médica y disciplina académica que posee un cuerpo de conocimientos propios, instrumentos de estudio, habilidades y actitudes que le permiten diferenciarse de otras especialidades, que tiene cuatro ejes fundamentales:

Integralidad:

Su objeto de estudio es el individuo, la familia y la comunidad, entendidos todos y cada uno de estos elementos de manera holística; la acción positiva o negativa sobre una de sus partes, puede afectar a todo el sistema.

Continuidad:

Comprende una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su óptima aplicación.

Acción anticipatoria:

Se refiere al enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos, familias y/o el medio que les rodea favorezcan el desarrollo de patologías orgánicas, psicológicas o sociales. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias

más adecuadas para prevenir la aparición o evolución de las enfermedades.

Estudio de la familia:

Permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar. <sup>1,2</sup>

## **HISTORIA**

Desde el siglo XII, Avicena señaló la importancia de la comunicación en la relación médico paciente (RMP) que hiciera posible un diagnóstico certero y con ello restablecer la salud. Avicena empleaba la anamnesis, profundizaba con argumentos racionales, analizando mediante la discusión para deslindar la duda y despejar errores “personalmente y en voz alta”.<sup>3</sup>

La relación médico-paciente es una modalidad de las múltiples relaciones interpersonales que realiza el médico de familia. Ésta permite al enfermo satisfacer su deseo y necesidad de salud y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importantes (la comunicación). La historia de La RMP es más antigua que la medicina misma ya se establecía una relación del hombre enfermo y aquel responsabilizado por un imperativo social; el restablecimiento de la salud del que enfermaba; el chamán, el sacerdote, el curandero, etcétera. Es posible descubrir referencias sobre la RMP en casi todas las civilizaciones antiguas con las concepciones místicas dominantes, que veían al médico como un representante de los dioses. Consideraban que dicha relación había sido engendrada en el cielo y que era tan antigua como los dioses mismos. La RMP era ya entonces un formidable agente terapéutico utilizado con todo el empirismo y la ausencia de conocimientos científicos que es posible imaginar en los hombres

de tan remota época.

En todas las civilizaciones los métodos subjetivos han sido de mucha ayuda en la mejoría del ánimo del paciente, en el antiguo Egipto se le concedía gran importancia al relato del enfermo, que exponía no solo los síntomas subjetivos, sino también las causas que atribuía a su enfermedad. No se debe pasar por alto a filósofos tan importantes como Sócrates y Platón (entre otros), que plantearon que no se podía intentar la curación del cuerpo sin pretender la curación del alma.<sup>4</sup>

El reconocimiento del valor de la RMP y su importancia desde el punto de vista psicológico, está relacionado con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre. Es por eso que la escuela hipocrática con su insistencia en que el hombre no sólo es un ente físico, sino además es un conjunto inseparable de lo psíquico, poniendo énfasis en la importancia del medio ambiente y la relación médico-paciente.<sup>5</sup>

En la antigua Grecia la práctica de la medicina siguió dos tendencias divergentes; la mística sacerdotal de Asclepios y la racional científica de Hipócrates. Estas tendencias han sobrevivido hasta hoy y frecuentemente se tienen combinadas, el gran médico que se apega al apostolado y se erige como un personaje omnipotente y con gran reconocimiento social cuando aplica los valores y principios que se reflejan en el “Juramento Hipocrático”, el cual a pesar de una gran sencillez generó desacuerdos en la aplicación.<sup>2</sup>

Así mismo, hasta nuestros días los grandes avances científicos y culturales, además de la globalización, han trascendido a la práctica médica, el profesional de la medicina se ha visto inmerso en una serie de cambios que lo han alejado de la parte humanista, tan importante en la relación médico-paciente. Después de la segunda Guerra Mundial, el desarrollo de las especializaciones médicas ha llevado a que la prestación de servicios médicos sea cada vez más fragmentada, llegando a ser enfocada a través del desarrollo de conocimiento a partir de los

órganos y sistemas.<sup>5</sup>

El inicio de la Medicina Familiar en el Reino Unido en 1940 y posteriormente en América a partir de 1969, vino a dar un respiro a este desarrollo impresionante de las especializaciones médicas a través de la especialización en la nueva disciplina denominada General Practitioners (Inglaterra) o Medicina Familiar en Estados Unidos y Canadá. El nuevo especialista ofrecía a la población una excelente calidad clínica, pero además, ser un especialista en todas las áreas importantes de la salud y la enfermedad, atención integral y continua, basada en un enfoque de riesgo, pero sobre todo ser un experto en el manejo de la RMP.<sup>2</sup>

## **IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**

### CONCEPTOS

La RMP se define como el encuentro entre dos personas, el paciente y el médico, con el objeto de diagnosticar y recuperar la salud del enfermo.<sup>6</sup> La RMP es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica.<sup>7</sup>

Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de gran significado, por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados.

Se puede afirmar que *Sigmund Freud* fue el primero en analizar directamente la relación psicológica entre el médico y el paciente. Llamó *resistencia* a la falta de comunicación entre ellos.

La RMP pasó por diferentes etapas históricas que podemos denominar: de compañía, mágica, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral. En esta última el hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial, por la interacción dialéctica sujeto-medio. La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Dado su carácter de relación social la relación RMP lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla.<sup>7</sup>

La RMP es una parte esencial de la ética médica en general y de la deontología en particular. Ello explica el carácter específico del oficio del médico, al que el enfermo le confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida; le confía todo, incluso lo más íntimo. Esta confianza sin límites del enfermo al médico le exige a este último tener altas cualidades morales. El paciente no es sólo un objeto de influencia profesional, sino también, y en primer lugar, un sujeto racional, es una personalidad. Él no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que transcurren en su organismo.<sup>7</sup>

A la luz de las relaciones entre el médico y el paciente, el médico debe no solo perfeccionar constantemente su calificación, maestría, habilidades y el arte médico, sino también respetar al paciente y su derecho a la confidencialidad. El valor de la actividad del médico consiste no solo en su honradez, sino en su disposición a entregarse completamente al servicio de los hombres, a la sociedad en el sentido de responsabilidad del ciudadano. Solo poseyendo estas cualidades el médico puede a plenitud velar por la salud del enfermo, puede consolarlo y usar métodos acertados de tratamiento.<sup>7</sup>

Muy a menudo el hombre acude al médico no solo para recibir la asistencia médica, sino simplemente para hablar de él, de su vida, confesarle qué le duele, o pedirle consejos. Por muchos conocimientos profesionales que tenga el médico,

no podrá establecer los contactos necesarios con el paciente y sus familiares, no gozará de su respeto y admiración si no sabe nada de las particularidades de su trabajo y su vida, si no tiene erudición en otras ramas del conocimiento. Se dice que el médico debe tener las cualidades del científico, el pintor, el filósofo y de artesano de mucha práctica. Así podrá encontrar la forma adecuada para comprender la vida y la personalidad del hombre.<sup>8</sup>

La relación RMP debe considerarse un proceso dinámico, en la cual el tiempo cumple un papel importante. Entonces, saber aprovechar el tiempo mediante la comunicación efectiva es una de las claves para el éxito.<sup>9</sup>

En medicina familiar hablamos de relación RMP conformando un triángulo que ubica al paciente en el vértice del mismo.<sup>10</sup>

## **ELEMENTOS EN LA RMP**

Desde siempre y aún en la actualidad la relación del médico y el paciente depende de tres variables:

1. El paciente
2. El médico
3. Las circunstancias

“Si no existiera una relación no existiera la medicina, ni los médicos, ni los pacientes porque a diferencia de lo que ocurre en otras profesiones, ser médico amerita tener una relación estrecha con el paciente. Esta es en esencia, una relación compleja y controvertida, determinada por múltiples factores de carácter económico, social, religioso, mágico técnico, científico, político, ético, jurídico, vivencial, pero fundamentalmente humano, que coincide en un mismo espacio en la búsqueda de un objetivo común: por lo tanto, si no existiera una relación no

existiera la medicina, ni los médicos, ni los pacientes, porque a diferencia de lo que ocurre en otras profesiones, ser médico amerita tener una relación estrecha con el paciente. Por lo tanto, el médico debe aprender a manejar todos los conflictos de intereses y compromisos de la mejor manera posible, para beneficio del paciente, apoyándose en los siguientes recursos:

- Habilidades y conocimientos médicos
- Personalidad
- Sensibilidad
- Honestidad
- Empatía
- Carisma

Estas características tienen gran importancia, pues el paciente escoge a su médico en base al concepto que tiene sobre su credibilidad y sentido del honor, pues en él depositará esperanza, fe y confianza”.<sup>10</sup> Es de vital importancia conocer nuestras capacidades identificando nuestras fortalezas y debilidades.

La RMP es un contrato civil reconocido por la ley, en el que dos o más personas se ponen de acuerdo para producir o transferir obligaciones y derechos. Este contrato puede ser implícito o explícito, de acuerdo con las circunstancias de cada caso, pero que tienen características que los diferencian de otros: por ejemplo que no hay necesidad de formalidad especial, pues basta el simple acuerdo entre las partes, sin mediar nada por escrito, ni haber un contrato preexistente.

Este tipo de contrato se cumple en los siguientes casos:

- a) Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
- b) Por acción unilateral del médico, sólo en casos de emergencia.
- c) Por solicitud de una tercera persona.
- d) Porque el médico pertenece a una entidad asistencial pública o privada.

- e) En algunos países, incluso por el solo hecho de levantar el teléfono y contestarle al paciente.

En la actualidad y dadas las exigencias legales de la relación médico-paciente, es conveniente puntualizar desde el comienzo todo lo relacionado con la consulta como parte de las reglas propias de la responsabilidad compartida: básicamente debe poderse contestar las siguientes preguntas:

- ¿En qué consiste la participación de ambas?
- ¿Dónde, cuándo y cómo se llevará a cabo la atención?
- ¿Por cuánto tiempo?
- ¿Cuánto costarán los servicios del facultativo?
- ¿Cuáles son las reglas?<sup>11</sup>

## **COMUNICACION EFECTIVA MÉDICO-PACIENTE.**

Diversos autores como Simpson (1991), Evans (1991), Meuleman y Haward (1992), entre otros, mencionan que los problemas de comunicación son comunes en la práctica clínica.

El sistema tradicional hipotético-deductivo que emplean los médicos para la solución de problemas, ha sido criticado por depender de preguntas demasiado cerradas y no responder a preguntas clave de los pacientes.

A pesar de que se observa el efecto adverso de la mala comunicación en la práctica clínica y que se ha identificado la necesidad de capacitación formal específica en esta área, por la revisión hecha en la literatura médica relativa al tema, aparentemente no se ha abordado de manera sistematizada esta situación en nuestro país, es decir, sólo se han identificado los problemas derivados de una mala comunicación entre el médico y el paciente, pero no se han propuesto

alternativas que puedan contribuir a dar solución a tal problemática en la etapa formativa del médico familiar.

Por lo anterior, resulta oportuno identificar las situaciones en las cuales existen dificultades para comunicarse entre el médico y el paciente.

Al observar el estado actual de la enseñanza de esta área, se observa que tradicionalmente se ha manejado la tarea como parte de ciertos temas aislados en donde sólo se señala la importancia de mantener una comunicación adecuada. Las habilidades de comunicación interpersonal no se han enseñado ni se enseñan al médico, tampoco se han incluido como parte del currículo académico de forma específica.<sup>13</sup>

La identificación de los problemas de comunicación, podrá dar a conocer las áreas en las cuales se debe capacitar al médico a fin de mejorar la actividad clínica de este profesionista con sus pacientes.

De esta manera, como problema de investigación, se pretenden caracterizar los problemas de comunicación existentes en la práctica médica y utilizar esta información para hacer una propuesta de capacitación a los médicos en la comunicación interpersonal médico-paciente.

La comunicación siempre se expresa simultáneamente en forma verbal y corporal; en el caso del médico, la mejor manera que tiene para percibir lo que quiere el paciente es dejar que hable y actúe con tribuna libre para que se desahogue, antes de interrogarlo técnicamente. De esta manera la comunicación se hace más sencilla.

La sencillez en la comunicación depende de que el médico se dé cuenta de su propia experiencia, sentimientos y necesidades, y que el paciente, a la vez, se dé cuenta si el médico envía mensajes claros acerca de su experiencia, sentimientos

y necesidades.<sup>13</sup>

La capacidad para comunicar es una habilidad humana básica. Algunas personas muestran mayores aptitudes que otras. Sin embargo, las habilidades pueden y deben ser mejoradas. El entrenamiento apropiado en habilidades de comunicación ha demostrado mejorar la comunicación de los profesionales en formación.<sup>14</sup>

Una adecuada comunicación entre dos personas es muy rara y además el factor emocional la acompaña –como casi siempre sucede– las probabilidades de transmitir una idea intacta y sin distorsiones es considerablemente reducida. Para que una persona pueda perfeccionar sus habilidades como entrevistadora, debe primero tomar consciencia de las complejidades que encierra el proceso de la comunicación; el factor que dificulta más este entendimiento es la presunción de que, si uno ha estado conversando durante casi toda su vida, entonces se domina el *proceso*. Son dos los elementos esenciales que intervienen en la entrevista y que al combinarse crean un poderoso y dinámico vehículo para la comunicación humana: la interacción humana y la comunicación.

El médico sabe que en la entrevista o interrogatorio se involucra un valor terapéutico por la influencia mutua a través de la comunicación, lenguaje oral, corporal y el medio ambiente en donde se efectúa, iniciando con la presentación del médico creando un ambiente de confianza que permita al paciente expresar con libertad sus malestares, temores y angustias. Es también cuando se inician las circunstancias propicias para que el médico manifieste su interés por ayudar. Así, en la historia clínica se tendrá el panorama del padecimiento actual y se estará en condiciones de investigar los factores condicionantes, el médico deberá indagar los antecedentes que deben relacionarse con el núcleo que forma el padecimiento actual. Recordar la trascendencia de los antecedentes hereditarios, congénitos, familiares de consanguinidad, en los personales “no patológicos” como la habitación, ocupación, vestido, hábitos de higiene, nutrición, toxicomanías y los antecedentes personales “patológicos”, enumerando las enfermedades de la

infancia a la época actual; interrogar padecimientos de los familiares cercanos o de personas que hayan convivido con el paciente, antecedentes gineco-obstétricos, entre otros.<sup>15</sup>

## LA COMUNICACIÓN

La palabra deriva del latín *communicare*, que significa “compartir algo, poner en común”

La comunicación es un proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y en interacción continua, dicho de otra manera, “como yo emisor, te manifiesto a ti receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en una realidad y lo que espero de ti al decir esto”. Por otra parte, “tu receptor, me reflejas (feedback) lo que has aceptado de lo que te acabo de decir, tanto a nivel de contenido, sentimiento y demanda, así como lo haz captado con el lenguaje no verbal”.<sup>16</sup> La comunicación entre los seres humanos es la herramienta que permite su desarrollo, su evolución<sup>17</sup>

El acto médico, es un acto comunicativo que refiere a un compromiso entre sus protagonistas. El compromiso es la base de la interacción, de la comunicación óptima porque tiene una esencia de libertad, de la voluntad para decidir, de tomar decisiones, y ésta debe fundamentarse en la información: clara, veraz y oportuna; con base en la pretensión de honestidad y respeto que genere credibilidad, es decir, confianza.<sup>17</sup>

El lenguaje constituye parte de la cultura de una comunidad ya que es parte de las formas de convivencia que tienen como esencia el uso y el reconocimiento de signos y símbolos por parte de la mayoría de los integrantes de un grupo social.<sup>18</sup>

La comunicación es una herramienta eficaz en el fortalecimiento de la relación

médico-paciente, mejora la comprensión y el entendimiento de nosotros mismos y de nuestro paciente, a fin de fortalecer la confianza y la alianza terapéutica.<sup>19</sup>

## MODELOS DE COMUNICACIÓN HUMANA

### I. Comunicación acción.

La acción forma parte de una concepción lineal del proceso. En sentido único realizándose de una persona a otra.



- a) Es importante la habilidad para comunicarse
- b) Se transmite directamente la significación de los hechos.

### II. Comunicación-Interacción.

La comunicación interaccional nos pone de manifiesto el carácter recíproco y mutuo de la comunicación.



### III. Comunicación-transacción.

Hay una influencia mutua entre los dos comunicantes, una transacción entre los participantes, es un proceso de influencia mutua, estando en relación ambos participantes en el momento en que se comunican. Precisamente en este modelo de comunicación nos basamos en la relación médico-paciente, en ella se asocian

una serie de principios.



La comunicación entre el médico, el paciente y las organizaciones, es vital para el buen funcionamiento de la RMP, en ésta, los factores críticos son:

- Confianza.
- Credibilidad y satisfacción.
- Compromiso

La resultante es calidad: satisfacción total, capacidad de respuesta en el servicio.<sup>20</sup>

#### LOS AXIOMAS DE WATZLAWICK (1967)

Estos axiomas consisten en una serie de propiedades simples de la comunicación, que encierran consecuencias interpersonales básicas y que han pasado a ser fundamentales para la comprensión de la interacción humana.<sup>20</sup>

Un *axioma* es una verdad evidente, algo que no requiere demostración, sobre la cual se construye y sustenta un cuerpo de conocimientos. La palabra proviene del griego  $\alpha\chi\iota\omega\mu\alpha$ , que significa “lo que parece justo”.

**Primer axioma:**

*“No podemos no comunicarnos”*

Es desde el primer instante en que dos o más personas interaccionan, todo es comunicación: sus gestos palabras, silencios, presencia o ausencia.

Por ejemplo: cuando el médico escucha atentamente el padecimiento del paciente, mostrando interés en su padecimiento para a su vez el paciente se siente entendido.

Ejemplos claros de la falta de cumplimiento de este primer axioma, expresiones como *“ni siquiera me puso atención”*, *“se mostraba indiferente a lo que yo le transmitía”*, *“ni siquiera me veía a los ojos”*.<sup>21,22</sup>

**Segundo axioma:**

*“Toda comunicación presenta dos aspectos: el contenido y la relación, de tal manera que el segundo engloba el primero y por consiguiente se convierte en una meta la comunicación”*.

Toda comunicación implica un compromiso, y por ende, define la relación entre los aspectos de la comunicación:

*Contenido o referencial:*

Transmite información objetiva acerca de los hechos, opiniones, sentimientos, experiencias. Muchas veces la relación es muchísimo más importante que la misma información que nos proporciona el paciente (2,3); por esto la relación es una metacomunicación, es decir, una comunicación sobre la comunicación. <sup>22</sup>

*Relación:*

Define la naturaleza de la misma entre quienes se comunican. Implica el conjunto

de valores secundarios que rodean a las palabras y que definen como debe entenderse dicha comunicación. Por ejemplo, cuando el paciente explica su padecimiento y a su vez el médico integra un diagnóstico.

Como ejemplo, el comunicador dice: «*Cuídate mucho*». El nivel de contenido en este caso podría ser “evitar que pase algo malo” y el nivel de relación sería de “*amistad-paternalista*”.

**Tercer axioma:**

“La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos”.

Tanto el emisor como el receptor de la comunicación estructuran el flujo de la comunicación de manera diferente, de tal forma que interpretan su propio comportamiento como sola reacción ante el del otro. Cada uno cree que la conducta del otro es la “causa” de su propia conducta, cuando lo indudable es que la comunicación humana se reduce a un sencillo *juego* de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad o ampliación del intercambio.

Por ejemplo, es el conflicto entre una pareja donde cada uno de los miembros actúa asegurando que no hace más que defenderse ante la violencia que ejerce la otra.

**Cuarto axioma:**

“Todo intercambio de comunicación es simétrico o complementario, según que este fundamentado en la igualdad o la diferencia”.

Una relación complementaria es la que presenta un tipo de autoridad (padre-hijo, profesor-alumno) y la simétrica es la que se presenta en seres de iguales condiciones (hermanos, amigos).

La comunicación no puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios, sino como una cadena de vínculos superpuestos, cada uno de los cuales resulta comparable a una secuencia estímulo-respuesta-esfuerzo.

Por ejemplo: Se espera que el éxito de una consulta médica se centre en la participación activa de médico y paciente para un resultado positivo de la salud.

Como ejemplos de una alteración en este axioma:

- Cuando se le dice al paciente si no se controla y hace lo que le digo le aplico insulina (en esta situación nosotros tomamos la actitud de juez y verdugo causando miedo al paciente).
- Indicarle varios fármacos y no explicarle reacciones adversas de los medicamentos y la importancia de estos en el control de su padecimiento.

#### **Quinto axioma:**

*“La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica”.*

- Comunicación *digital*: se refiere al lenguaje empleado para designar objetos o cosas (*lo que se dice*).

- Comunicación *analógica*: se refiere a la comunicación “no verbal” en la que los símbolos y signos empleados son similares o análogos a los objetos representados (*cómo se dice*). En este término se incluyen posturas, gestos, expresiones faciales, cadencia de las palabras.

Por ejemplo: cuando se explora al paciente de manera respetuosa al mismo tiempo se explica la causa de su padecimiento.

Un ejemplo claro de incumplimiento de este axioma: cuando estamos en la entrevista haciendo anotaciones de la historia clínica escribiendo o haciendo anotaciones o hacer recetas sin especificar al paciente.

La comunicación en la RMP puede ser considerada como un arte que el médico va adquiriendo a través de la experiencia modelando su propia capacidad de comprender hacerse entender y enseñar a otros a comunicarse y que se enriquece a través del estudio de las enfermedades y del intercambio de conocimientos con otros colegas<sup>23</sup>

## HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Habilidades interpersonales médico-paciente, se refieren a las habilidades básicas que pueden ayudar a crear relaciones efectivas de ayuda dirigiéndose a producir un nivel en las siguientes áreas:

- Ambiente físico apropiado: para mejorar la privacidad, comodidad y atención.
- Recepción del paciente: saludar de una manera aceptable dentro de las normas culturales, de acuerdo con la edad y sexo. Estos elementos ayudan a mantener la dignidad del paciente y estimulará su participación. Usar el nombre del paciente es correcto cuando el médico conoce al paciente; ofrecer una señal apropiada de reconocimiento por ejemplo ¿Cómo está la familia?, ¿Cómo le fue en vacaciones?, ¡Se ve mejor hoy!
- Escuchar activamente: incluye técnicas de comunicación verbal y no verbal. El médico deberá indicar claramente que el paciente tiene su total atención al observar, ofrecer aceptación y signos de seguimiento como asentamientos con la cabeza, frases como “bien”. Una disposición a escuchar activamente esta mejor expresada al usar preguntas abiertas para promover respuestas más completas.
- Empatía, respeto, interés, calidez y apoyo.
- Lenguaje en la comunicación no verbal.
- Relación colaborativa, cierre de la entrevista.<sup>24</sup>

Habilidades de comunicación descritas por *Dubé*:

1. *Básicas*:

- Interpersonales entre el médico y paciente.
- Informar y educar al paciente.
- Abrir y cerrar la entrevista, iniciar con una pregunta abierta.
- Habilidad para obtener y cuestionar datos.
- Habilidad para organizar la entrevista.
- Responder a las emociones y otras habilidades de relación.

2. *Intermedias*:

- Manejo de la violencia
- Negociación para cambios de conductas indeseables.

3. *Avanzadas*:

- De motivación para adherencia terapéutica.
- Habilidad para informar malas noticias.
- Historia espiritual del paciente.
- Decisiones avanzadas.
- Dilemas éticos.
- Confrontación del paciente con su diagnóstico.

La buena comunicación médico-paciente establece, incrementa o consolida una buena adhesión a los procedimientos diagnósticos y los tratamientos posteriores, así como un aumento del grado de satisfacción de los enfermos a la atención que reciben, a la vez que disminuye, paralelamente, la probabilidad de demanda judicial en el caso de error médico.<sup>25</sup>

## LA ENTREVISTA EN LA RELACION MÉDICO PACIENTE

Entrevista, es un término que proviene del francés “entrevoir” que significa verse del uno al otro.

La RMP se inicia en la primera entrevista, la cual se define como el tipo de encuentro entre un terapeuta y un paciente, en el que existe una especial forma de comunicación, encaminada a conseguir un fin común, el diagnóstico de la dolencia por la que se consultó y, si fuera posible, su curación. Este modo peculiar de relación personal está determinado en su base por la situación vital del paciente, que pide ayuda ante su enfermedad, y del médico que a través de sus capacidades está dispuesto a prestar esa ayuda que se espera de él.<sup>26</sup>

La entrevista médica es la llave de una relación médico-paciente satisfactoria, consiste en obtener información suficiente para llegar a diagnósticos clínicos y conocer aquello que hace al paciente único y distinto de las demás personas, existiendo una relación interpersonal que ha de ser positiva para que comience a ser terapéutica. Con técnica apropiada dentro de una relación continuada y con garantías de confidencialidad que el médico disponga de tiempo para dedicar a sus pacientes.<sup>27</sup>

### ENTREVISTA MÉDICA

La entrevista médica se caracteriza por su complejidad ya que en ella están presentes factores cognoscitivos, afectivos y conativos orientados hacia el diagnóstico, la relación médico-paciente y el tratamiento.

El médico requiere de una gran información acerca del paciente, tanto de las que obtiene por la vía de la historia clínica, como por la vía del interrogatorio y del examen físico, en cada uno de los cuales hará énfasis durante la entrevista, tanto

en los aspectos subjetivos como objetivos, pero en el proceso de la entrevista médica se establece una relación médico-paciente donde el factor afectivo juega un rol importante.

Estableciendo el diagnóstico, el médico indica el tratamiento donde están implícitas todas las prescripciones que requiere de una conducta responsable por parte del paciente para curar su enfermedad.<sup>28</sup>

Los efectos de una buena comunicación son positivos, se disminuye la ansiedad, el aislamiento emocional, la oposición y agravamiento de otras conductas desadaptativas o disfuncionales, se aumenta la capacidad para tomar decisiones, mejora el proceso de adaptación psicológica del paciente y favorece la realización de objetivos terapéuticos.<sup>29</sup>

### Tipos de Entrevistas

Nocedo y E. Abreu en su libro “Metodología de la investigación pedagógica y psicológica” clasificaron los tipos de entrevistas del modo siguiente:

Por su estructura:

- Entrevista directa.
- Entrevista no directa

Por el número de entrevistados:

- Entrevista individual
- Entrevista grupal

Por el objetivo:

- Entrevista informativa
- Entrevista de orientación

## Etapas de la Entrevista

- A) Inicio
- B) Parte central
- C) Conclusión

A) La entrevista médica debe comenzar por el establecimiento de una relación con el paciente basada en la confianza, la seguridad y la simpatía. El médico ha de reflejar una actitud cordial y cortés lo cual deberá posibilitar un ambiente afectivo agradable y cómodo para el paciente, lo que debe mantenerse no solo en esta etapa de la entrevista sino en todas las etapas. Desde luego que esta etapa se vence cuando se puede observar que el paciente no muestra una actitud defensiva y por el contrario se refleja su deseo de cooperar y seguridad en sus respuestas.

Es preciso que el médico en esta etapa agudice su apreciación sobre el paciente, en aquellos signos que le pueden ser útiles, tales como la expresividad, la atención, el estado anímico, y la gestualidad del sujeto, sobre los cuales deberá trabajar en torno al *rapport* que tratará de alcanzar en esta etapa. No es obvio señalar que la primera impresión que el paciente obtiene del médico en muchas ocasiones está determinada por la forma de vestir, el tono y el volumen de su voz, la edad e incluso el sexo así como la postura que se adopta frente al paciente.

Así, esta primera parte de la entrevista está matizada por un estudio observacional recíproco entre el paciente y el médico pero donde debe quedar claro que es el médico es quien debe facilitar, apelando a su experiencia profesional, el flujo de la información verbal en este proceso comunicativo. Si esta primera etapa se prepara bien, la entrevista será exitosa.

B) Ya en la segunda etapa, una vez establecido el *rapport* se pasa al problema fundamental que en este caso es el motivo de la consulta y es la etapa en que se penetra en la RMP, por supuesto que el médico en esta etapa ya conoce algunas características de su paciente, como son el nivel socio cultural, su expresividad,

etc., lo cual le permitirá emplear un lenguaje entendible, asequible que facilite la comunicación.

Cuando se define el motivo de la consulta la orientación de la entrevista está dirigida a la comprensión del problema planteado y a la búsqueda de su solución a través de la información que el médico y el paciente comparten.

Algunos de los requisitos a tener en cuenta en esta etapa son:

1. Utilizar respuestas de tipo abierto, evitar hablar demasiado y aprender a escuchar inteligentemente sin interrumpir al paciente permitiéndole que manifieste todo lo necesario de forma completa.
2. Emplear el silencio en los momentos oportunos para provocar que el sujeto se exprese.
3. Mostrar una actitud de aceptación, requisito vital para facilitar la comunicación, ya que muchas veces una actitud de rechazo o reprobación puede bloquear la entrevista.
4. Observar atentamente al entrevistado, pues es esta la etapa de recolección de datos y en ocasiones pueden ser omitidos, pueden existir contradicciones en el paciente, las que el médico deberá captar (la posible reticencia que el sujeto refleja al abordar algún asunto que le preocupa). O sea, que en esta etapa el médico como profesional de la salud deberá hacer una adecuada interpretación del lenguaje verbal, extra verbal y la expresividad del entrevistado.

En esta segunda etapa, conocido el motivo de la consulta y recolectados los datos, se está en condiciones de analizar toda la información hasta llegar a un diagnóstico presuntivo, dejando expedito el camino para la confirmación de esta presunción clínica.

C) La parte final o conclusiva de la entrevista no deja de ser importante, aquí se le pide al sujeto si desea añadir algo más y se resume la entrevista por parte del

médico expresándole la satisfacción de la utilidad de la misma en la solución de los problemas de salud.

Una vez confirmado el diagnóstico deberá considerarse las alternativas para su tratamiento, las que serán valoradas por el médico y el paciente, así como la conducta a seguir en el futuro. Ha de tenerse en cuenta las acciones que se emprendieron para la solución de problema de salud y el grado de responsabilidad que deberán asumir ambos en la misma, ya sea en la terapéutica o en las acciones de salud que sean orientadas. El final de la entrevista debe dejar por sentado que el paciente ha comprendido a plenitud la orientación brindada por su médico y la disposición a responsabilizarse con el cumplimiento de las mismas.

Algunos requisitos y habilidades para entrevistar con efectividad

1. El local donde se realiza la entrevista debe propiciar un ambiente agradable, organizado, limpio, adecuada ventilación e iluminación.
2. El médico ha de poseer cualidades y actitudes deseables, entre las que se destacan:
  - La seguridad, la seriedad y el aplomo.
  - El hablar pausado, dicción clara y precisa.
  - Buen humor, actitud cordial y afectuosa.
  - Capacidad de inspirar confianza y simpatía.
  - Interés sincero por la personalidad del entrevistado: humanismo.
  - Ser natural, sencillo, cooperativo, no imponerse.
  - Evaluar los hechos, objetivamente, sin prejuicios
  - No mostrar sorpresa, emoción ni contrariedad ante los hechos revelados.
  - Evitar los sermones, las críticas o censuras.
  - Adoptar una actitud justa.
  - No interrumpir al entrevistado innecesariamente.
  - Tener mucho tacto al indagar hechos íntimos.
  - Respetar la confiabilidad.

- Tener en cuenta las características socio-culturales del paciente a fin de proceder en conveniencia y mantener la comunicación.
- Capacidad de autoevaluarse permanentemente y reflexionar sobre sus desaciertos.

Entre las habilidades comunicativas que deben ser dominadas por el médico, algunas de las cuales ya han sido mencionadas están:

- Saber escuchar atentamente.
- Utilizar el silencio oportunamente.
- Saber aclarar lo expuesto por el paciente.
- Parafrasear, o sea, repetir lo expuesto por el paciente en las propias palabras del médico.
- Reflejar al paciente que se ha comprendido lo expuesto por él.
- Efectuar preguntas de final abierto.
- No mostrar señales que desorienten la comunicación.
- Concluir la historia.

La entrevista médica es un proceso comunicativo por excelencia, cuya efectividad requiere del dominio de los preceptos metodológicos esenciales que la distinguen y del entrenamiento por parte del profesional de las ciencias médicas, para llevar a cabo las acciones de salud correspondientes en aras de promover la salud, prevenir y curar enfermedades.

## **MODELOS EN LA RELACION MEDICO PACIENTE**

### *Paternalista*

Cuando el médico toma las determinaciones a favor del paciente, sin su pleno consentimiento. El médico ordena y el paciente obedece.

No toma el criterio del paciente.

No considera los valores del paciente.

### *Independiente*

El paciente es quien toma las decisiones, el médico se convierte en un espectador. Surgió cuando el paciente se convirtió en un cliente.

No toma en cuenta el criterio del médico.

No considera su enfermedad como una entidad holística

### *Responsable*

Las dos partes asumen la responsabilidad y deciden teniendo la libertad y conocimiento para hacerlo --“Es mejor tratar de saber qué clase de paciente tiene la enfermedad a qué clase de enfermedad tiene el paciente”--.<sup>30</sup>

La RMP es muy compleja y en ésta, el contacto se da en diferentes áreas propias de cualquier relación humana. Estas aéreas son cambiantes, flexibles y modificables según las circunstancias.<sup>31</sup>

En 1992, Emanuel y Emanuel plantearon además de la RMP paternalista, la deliberativa, interpretativa e informativa.<sup>32</sup>

En los últimos años, hemos podido observar una transformación del modelo biomédico, paternalista y centrado en la enfermedad,<sup>33</sup> a la progresiva incorporación de un modelo bio-psico-social, centrado en el paciente donde se trata de atender las necesidades de la persona, incorporando estas últimas al proceso de consulta. Dicho modelo implica para el médico la consideración de cada paciente como un ser único, una actitud de escucha activa y abierta hacia la expresión de sus sentimientos y sus miedos, percepciones y expectativas. La comunicación centrada en el paciente, puede lograr que éste perciba que ha encontrado puntos comunes con su médico, que sus molestias y preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada.

Cuando un paciente consulta por un problema de salud, dos de las responsabilidades básicas del médico son: efectuar el diagnóstico clínico utilizando los métodos más apropiados y proponer el tratamiento más adecuado para el diagnóstico realizado. En las decisiones relacionadas con el tratamiento, los profesionales sanitarios y los pacientes deben asumir en muchas ocasiones, distintos grados de incertidumbre y riesgo. La participación del paciente podría ayudar a complementar y mejorar esas decisiones, produciendo efectos positivos en los resultados de salud.<sup>34,35</sup>

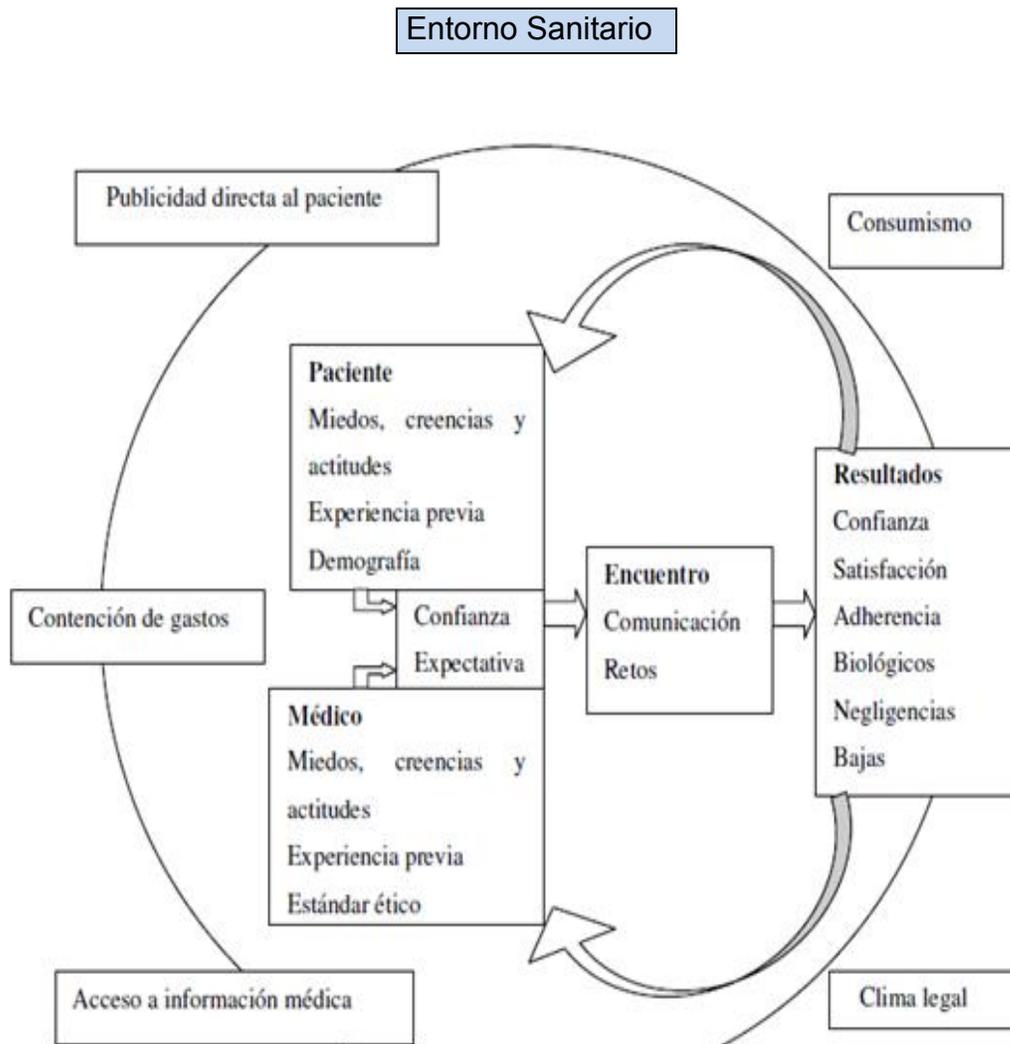
Presentamos el modelo propuesto por Gallagher y Levinson<sup>36</sup> donde se propone un esquema de las influencias que afectarían a dicha interacción, constituido por un círculo formado por un núcleo central y otro periférico. En su interior se sitúan los miedos, creencias, actitudes y experiencias anteriores de médicos y pacientes. En ellas se fundamentarán la confianza y expectativas previas con que ambos acudirán a las consultas. La confianza mutua y el grado de expectativas que tengan los médicos y pacientes, generarán un determinado clima relacional y propiciarán que se produzcan los resultados esperados. En el exterior del círculo, nos encontramos con el complejo sistema sanitario cuya unión es indisoluble de la RMP.

Este modelo se retroalimenta de las experiencias previas, de modo que un paciente que haya tenido un alto nivel de satisfacción en una visita acudirá a la siguiente consulta con más expectativas y confianza.

Estas interacciones han sido analizadas por diferentes grupos de investigadores mediante numerosos estudios que han puesto en evidencia cómo una comunicación efectiva:

- ✓ Genera confianza
- ✓ Reduce el stress emocional de los pacientes
- ✓ Facilita las condiciones en el proceso de diagnóstico médico

- ✓ Afecta en el manejo de decisiones médicas
- ✓ Consigue mejora en los resultados de salud
- ✓ Evita litigios legales
- ✓ Aumenta la probabilidad de que el paciente siga las recomendaciones de tratamiento
- ✓ Produce aumento de la satisfacción del médico y del paciente.



Modelo propuesto por Gallagher y Levinson.

## FENÓMENOS EN LA RELACION MÉDICO PACIENTE

Cuando Sigmund Freud descubrió el fenómeno de la transferencia, no sé si intuyó el tremendo significado que tendría para comprender toda relación humana.<sup>37</sup>

Para Otto Fenichel, todo vínculo humano implica una transferencia. La transferencia y la contratransferencia son dos fenómenos que se manifiestan en toda relación interpersonal.<sup>17</sup>

### TRANSFERENCIA

Proceso inconsciente mediante el cual el paciente reproduce y proyecta sobre una persona de su entorno, generalmente de su terapeuta, sentimiento, actitudes y deseos que en la infancia había dirigido hacia las figuras parentales consiste en una reacción emocional, en parte consciente que desarrolla el paciente hacia el médico y en la cual se suelen revivir diversas reacciones de tipo afectivo experiencias anteriores de amor hostilidad, dependencia, desconfianza y otras diferentes según la personalidad del paciente puede ser positiva o negativa

### CONTRATRANFERENCIA

Respuesta emocional, generalmente inconsciente del terapeuta a las necesidades y conflictos emocionales del paciente en la que intervienen también experiencias pasadas del terapeuta.

### RAPPORT O ALIANZA TERAPEUTICA

Tiene tres componentes, como son:

1. Vinculo establecido con el paciente
2. El grado de acuerdo en los objetivos que se quieren conseguir con la terapia
3. Un acuerdo en las tareas de la terapia, o lo que es lo mismo, un acuerdo en los medios necesarios para conseguir los objetivos propuestos.

*Rapport* es vital para que fluya la consulta. Este se debe mantener a lo largo de todas las consultas y no únicamente en la consulta inicial, y se puede ir profundizando con el tiempo.<sup>38,39</sup>

La RMP puede ser manantial de gran beneficio, ya lo afirma el viejo proverbio talmúdico, Balint ha dicho con razón, que el médico es la droga utilizada con mayor frecuencia en la práctica de la medicina y, a pesar de ello, aun no existe la farmacología de esta importante droga ningún texto de medicina contiene recomendaciones acerca de la dosis que, de sí mismo, deba el clínico prescribirse, ni la forma, ni la frecuencia.

Hay situaciones tan comunes en la práctica médica, que obedeciendo al proverbio hipocrático: ***primum non nocere***, quiere proteger a su paciente del daño iatrogénico. El médico debe tratar de comprender a su paciente; de intuir que tan preparado está para recibir la noticia verdadera que tanto quiere saber y ¿qué tanto puede saber?

Si obedeciendo al axioma: “No hay enfermedades sino enfermos” el médico hace intentos por conocer y entender a cada persona enferma, en su individualidad única y en su totalidad biopsicosocial, el tener presentes los mecanismos de defensa del paciente, en situaciones estresantes de su vida pasada; si tiene buen cuidado en no sólo saber cuánta verdad debe decir, sino como decirla, no olvidar la obligación del médico de inspirar fe y esperanza, cuando ya no hay otra cosa que hacer; y si finalmente transmite al enfermo la seguridad de que no lo abandonará, no lo dejará solo, de que luchará al lado de él, habrá hecho todo lo humanamente posible por evitar o disminuir el daño iatrogénico psicológico.

Entre algunas causas de determinación de la iatrogenia en la relación médico paciente: la preponderancia del modelo biológico-lesional sobre el modelo biopsicosocial, en la medicina contemporánea, la consecuencia de esta preponderancia es el interés por la enfermedad mas no por el enfermo y su padecer. El daño iatrogénico es particularmente notable en el numeroso grupo de pacientes que sufren síntomas crónicos, entre los cuales predomina el dolor, y en quienes las investigaciones fracasan en la tarea de identificar una lesión orgánica responsable del cuadro clínico, a la que se atribuya el cuadro, pero éste se niega a desaparecer con el tratamiento, obligando a persistir en la búsqueda infructuosa de otras alteraciones orgánicas. Casos como éstos son frecuentes en la práctica médica, en algunos estudios se señalan frecuencias notablemente altas, de cerca del 25 % de las veces; no cabe duda que en la mayoría de los casos se trata de personas que tiene un padecer en ausencia de enfermedad. Son personas en quienes este padecer constituye el eje de sus vidas, la forma característica como expresan sus problemas vitales, el medio a través del cual se comunican con su entorno y el método que aplican para controlar dicho padecer.<sup>40</sup>

## **COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS**

Mala noticia en salud, se define como una comunicación que altera drástica y negativamente la perspectiva o expectativas del paciente en relación con su futuro.<sup>41</sup>

Los profesionales deben saber que la información del diagnóstico es un acto humano, ético, médico y legal, como refiere Gómez-Sancho (1996, 2003), comunicar malas noticias involucra velar por el principio de la verdad deseada, pero también de la verdad soportable, y más que todo un alto nivel de sensibilidad humana y de responsabilidad profesional, porque informar que se padece cáncer no es lo mismo que informar de una enfermedad de buen pronóstico. Ante una

situación tal, el profesional debe contar con las armas necesarias para paliar la respuesta emocional que puede suscitarse en los pacientes de forma inmediata. Y para paliar esa respuesta emocional debe incluir la esperanza de que el problema de salud pueda resolverse o paliarse.<sup>42</sup>

La forma en que se dan las malas noticias influye significativamente en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad; en la RMP a largo plazo y en la satisfacción del paciente y médico.<sup>43</sup>

Buckman (1984) define una mala noticia como aquella *“que va a cambiar de forma grave o adversa las perspectivas del paciente sobre su futuro”*.<sup>44</sup>

Baile et al, 2000,<sup>45</sup> organizaron lo publicado desde 1985 y desarrollaron un protocolo de 6 pasos como guía para dar malas noticias al que denominaron SPIKES. Una traducción reciente al castellano lo ha dado a conocer en España con el acrónimo EPICEE. Las siglas EPICEE corresponden a los 6 pasos en que se conceptualiza y se desglosa el proceso de dar las malas noticias:

- ❖ “E” de entorno
- ❖ “P” de percepción del paciente
- ❖ “I” de invitación
- ❖ “C” de comunicar
- ❖ “E” de empatía
- ❖ “E” de estrategia

El protocolo de Robert Buckman y colaboradores .Es un modelo práctico y dinámico:

1. Etapa. Preparar el entorno.
2. Etapa. Investigar que quiere saber el paciente.
3. Etapa. Qué y cuánto quiere saber el paciente.
4. Etapa. Compartir la información.
5. Etapa. Responder a los sentimientos del paciente y la familia.

El modelo de Rabow y Mc Phee **ABCDE**:

- A. Anticipese
- B. Buen ambiente terapéutico
- C. Comunicación
- D. Maneje las reacciones
- E. Estimule y valide las emociones

El modelo del Doctor Marcos Gómez Sancho: en este modelo se cuenta con reflexiones a la hora de informar al enfermo.<sup>46</sup>

1. Esté absolutamente seguro.
2. Busque un lugar tranquilo.
3. El paciente tiene derecho a conocer su situación.
4. Es un acto humano, ético, médico y legal.
5. No existe alguna fórmula.
6. Averiguar lo que el paciente sabe.
7. Averigüe lo que el enfermo quiere saber.
8. Averigüe lo que el enfermo está en condiciones de saber.
9. Esperar a que pregunte.
10. Ofrecer algo a cambio.
11. No discutir con la negación.
12. Aceptar ambivalencias.
13. Simplicidad de palabras de lenguaje técnico-médico, de fácil comprensión.
14. No establecer límites ni plazos.
15. Gradualmente, no es un acto único.
16. A veces es suficiente no desengañar al enfermo.
17. Extremar delicadeza.
18. No decir nada que no sea verdad.
19. Amnesia post-información
20. No quitar la esperanza.

## **INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA COMUNICACIÓN MÉDICO PACIENTE.**

### **A) INSTRUMENTOS EN GENERAL. (Artículo de análisis de 19 instrumentos)**

La comunicación clínica representa uno de los aspectos más importantes de la atención médica, es lo que posibilita la aplicación de conocimientos, técnicas y estrategias para conseguir los fines del acto médico, con repercusiones en el proceso diagnóstico y terapéutico, por lo tanto las habilidades comunicativas son específicas, pueden ser observadas y evaluadas. Para evaluarlas es necesario contar con instrumentos fiables y validados.

Existen instrumentos que evalúan la comunicación en la relación médico-paciente como son: (CICAA), Cox y Mulholland, el Leicester Assessment Package o el desarrollado por Hays Maastricht History-Taking and Advice Checklist (MASS) y el Roter Interaction Analysis System (RIAS). (R. Ruiz Moral), GATHA- RES, (PDRQ-9), el Instrumento para la evaluación de la relación médico-paciente, desde la perspectiva del paciente «*Patient-Doctor Relationship Questionnaire*» de 9 preguntas (PDRQ-9), el *Helping Alliance Questionnaire* por Vander Feltz-Cornelis y su grupo, una herramienta objetiva y fácilmente aplicable en atención primaria.<sup>47</sup>

La Escala CICAA-Decisión es una sub escala para la valoración del grado en el que un profesional facilita el involucramiento de los pacientes en la toma de decisiones en un encuentro clínico. La propuesta de escala CICAA-Decisión se estructura en una serie de ítems que tratan de valorar (mediante un observador externo y en una escala de tres dimensiones) el grado en que ciertas conductas son puestas en práctica por el profesional sanitario con el objeto de evaluar en qué medida este intenta hacer partícipe al paciente de la consulta y de la toma de decisiones que se lleva a cabo en ella.<sup>48</sup>

Cox J, Mulholland H. Paquete de Evaluación de Leicester; Un instrumento para la evaluación de las cintas de vídeo de rendimiento de los médicos generales. <sup>49</sup>

La RMP es un fenómeno complejo conformado por diferentes aspectos, entre los que destaca la comunicación, la cual va a determinar la calidad de la relación. En la RMP es fundamental la participación de ambas partes, principalmente para la toma de decisiones y la satisfacción del paciente.<sup>50</sup>

## B) INSTRUMENTO DE COMUNICACION CON EL PACIENTE EN MEDICINA FAMILIAR

El instrumento denominado “Comunicación con el paciente en medicina familiar”, fue desarrollado por el Dr. Isaías Hernández Torres, permite detectar la problemática de comunicación que se genera entre médicos y pacientes en el campo de la medicina familiar.

El instrumento presenta diversas situaciones clínicas que se observan en la RMP y permite identificar la existencia de problemas en la interacción comunicativa, así mismo se pretende conocer el grado de dificultad para el manejo del médico.<sup>50</sup>

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de una buena RMP se refleja en cualquier etapa de la consulta médica, y de ésta, la comunicación entre el médico y el enfermo es fundamental para el éxito de la intervención, puede influir positivamente conquistando la confianza del paciente, o bien, para perderla desde el inicio de la consulta. También se ha observado que la comunicación influye en aspectos como la satisfacción del paciente y del propio médico, pero más aún, en los resultados alcanzados. De igual manera, se considera que la buena comunicación influye de forma directa en la correcta elaboración del diagnóstico y del apego al tratamiento.<sup>50</sup>

La actuación médica correcta no solo comprende la aplicación del conocimiento y

la destreza del profesional, sino también de la adecuada aplicación de los recursos tecnológicos y la observancia de las normas legales aplicables al acto médico. Las desviaciones en la atención médica, deben identificarse en una nueva cultura que permita mayor seguridad para el paciente.<sup>50</sup>

En la prestación de servicios de salud, el médico familiar enfrenta de manera constante dilemas éticos que pueden enturbiar su pensamiento y la adecuada toma de decisiones. A pesar que durante su formación el médico de familia cursa un módulo de bioética, parece no ser suficiente ante las presiones que ejerce el medio ambiente y la cultura organizacional dentro de las unidades médicas; tales como la solicitud de atención a un paciente con dolor cuando ya ha finalizado su turno o el simple hecho de que el paciente demande atención a patología múltiple y por cuestiones de tiempo el médico decide sólo atender una patología, olvidando su papel fundamental en la atención integral del individuo, y más aún su quehacer como médico, que debiera ser su prioridad servir al enfermo que lo necesita. Es una obligación Bioética de todos los profesionales involucrados en la atención a la salud, asumir el compromiso de la reflexión filosófica, serena y permanente sobre los múltiples dilemas éticos plantea el ejercicio profesional.<sup>51</sup>

Esta falta de educación nos genera dificultades para resolver situaciones difíciles con el paciente, por ejemplo lograr que un paciente enojado comprenda determinado tratamiento, informar diagnósticos no esperados por el paciente, o lograr que el paciente comprenda que debe hacer ajustes a su estilo de vida.<sup>52</sup>

En virtud de la delicada y compleja relación que se da entre los prestadores de servicios de salud y quienes los reciben, el Estado Mexicano ha desarrollado mecanismos alternativos a los judiciales que permitan un equilibrio en la evaluación y arbitraje entre los médicos acusados de mal praxis (y otros trabajadores de la salud) y los pacientes.

La RMP es más que un contrato de servicios profesionales, toda vez que

alrededor de ella se construyen vínculos positivos como la confianza, afecto, empatía, etc.; pero también aparecen vínculos negativos relacionados con la dominación, insatisfacción, enojo y falta de cumplimiento de expectativas en la atención médica.<sup>53</sup> Es aquí cuando entramos al tema de las quejas que los usuarios de servicios médicos pueden presentar en contra de los prestadores de servicios de salud, que pueden derivarse de lo que Watzlawick y colaboradores llaman “pautas de comunicación patológica”.<sup>54</sup>

La inadecuada comunicación puede dificultar la empatía, ocasionar insensibilidad, y deshumanización en la prestación de servicios de salud, que como consecuencia puede llevarnos a quejas o demandas por parte de los pacientes. Al respecto se tienen reportes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que apuntan a que la principal causa de conflicto médico legal y quejas son debidas a problemas de comunicación en la RMP.<sup>55</sup>

Mediante el proceso conciliatorio o arbitral de la CONAMED, se concluyeron en el periodo 1996-2010 un total de 22,667 quejas, cifra que conforma el 10.3% del total de asuntos concluidos. La realización de una serie de acciones encaminadas a buscar en primera instancia la conciliación entre las partes interesadas logró en 11,381 quejas (50.2%) la firma de un convenio de conciliación, y en el 2.7%, la firma del compromiso arbitral, lo que dio lugar a la emisión de 622 laudos.<sup>55</sup>

En nuestro país, la cultura de quejarse por la percepción de mala atención médica en general todavía es incipiente, aunque, cada vez más frecuente, sobre todo en las grandes ciudades. No obstante, la cantidad de inconformidades permite apuntar a diversos factores que se deben atender, por un lado, se trata sin duda, de un problema de salud pública que requiere atención multifactorial, incluyendo la cobertura y accesibilidad de los servicios de salud, y por otros ángulos, debe abordarse el tema de formación de recursos, no sólo los especializados, sino también a nivel licenciatura. Un factor fundamental en este proceso de análisis será la investigación al respecto de la queja médica.<sup>56</sup>

Las malas noticias forman parte de la práctica médica habitual, sin embargo, no hemos sido preparados para darlas, lo que sin duda perjudica la RMP y la familia. La manera en que damos las malas noticias afecta la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y su familia, además de deteriorar drásticamente la relación con el médico.<sup>57</sup>

De esta manera, se plantea lo siguiente pregunta de investigación:

***¿Cuáles son los problemas más difíciles de comunicar en la consulta diaria del médico familiar?***

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El médico en general, pero en especial el médico familiar es considerado un comunicador por excelencia, no solo en la RMP, sino también, en lo referente a la educación y promoción de comportamientos saludables. Más aún, el rol del médico familiar repercute en los estilos de vida de los pacientes y de sus familias. Si consideramos que cada familia es diferente y que tanto en la salud como en la enfermedad tienen modelos de comportamiento distintos y que a su vez, cada paciente y familia entiende y padece la enfermedad de forma diferente, el médico familiar debe tener la gran capacidad de comunicarse con las personas independientemente de su nivel educativo, cultural o económico. El viejo adagio de que tratamos pacientes y no enfermedades, hoy se encuentra más vigente que nunca y por tanto, la familia se convierte en el recurso más importante para el paciente y para el mismo médico en su intento de superar el problema de la enfermedad<sup>58,59</sup>

Hay que tener en cuenta que la comunicación nunca es neutra, puede ser benéfica pero también iatrogénica, por lo que se convierte en un arma de doble filo

capaz de minimizar un suceso traumático, pero también capaz de producir terribles heridas emocionales en el paciente y la familia si no se maneja adecuadamente.<sup>60</sup>

En la práctica asistencial la adecuada comunicación es una de las herramientas más valiosas para una buena RMP, el desarrollar competencias de comunicación permite al médico no sólo obtener información más confiable y completa acerca de los pacientes y sus familias, permite además la capacidad para hacer llegar la información necesaria de forma correcta, en el momento adecuado, y aún en el caso de tener que informar malas noticias.

La responsabilidad de una excelente RMP es de cada profesional de la medicina, de los principios éticos, morales, sociales y de justicia con que se haya formado. En nuestro actual entorno es muy importante que cada médico familiar haga conscientes sus capacidades de comunicación y de sus valores que le permitan un mejor ejercicio profesional. La comunicación en salud es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos, actitudes del médico y paciente, que refuerzan conductas positivas para una mejor RMP y adherencia terapéutica.<sup>61</sup>

La comunicación en la RMP puede ser considerada como un arte que el médico adquiere desde estudiante y a través de la experiencia, modelando su propia capacidad de comprender, hacerse entender y enseñar a otros a comunicarse y que se enriquece a través del estudio de las enfermedades y el intercambio de conocimientos con otros colegas.<sup>62</sup>

La importancia de una formación amplia del médico familiar, enfocada a desarrollar habilidades de comunicación para una exitosa RMP-Familia, sin duda podrá traer como consecuencia una disminución en los niveles de insatisfacción, incluso, de las quejas y demandas en los servicios de salud.<sup>63</sup>

En los informes internacionales al respecto de los problemas de comunicación en la atención médica reportan diversas áreas de dificultad y al mismo tiempo de oportunidad:

- *Informar malas noticias al paciente y su familia:*

En México esta formación no existe en el plan de estudios de la Carrera de Médico Cirujano, incluso en el Plan Único de la Especialidad que incorpora diversos temas sobre comunicación, no incluye “informar malas noticias”.<sup>52,64,65</sup>

- *Sexualidad y disfunción familiar:*

Para el médico familiar, es importante aprender no sólo a preguntar sobre la sexualidad y las disfunciones sexuales, sino también a escuchar claramente y acompañar al paciente sin ser un juez, dejando de lado los prejuicios propios, lo cual le permitirá al profesional realizar intervenciones más eficaces.<sup>66</sup>

- *Problemas del paciente para aceptar de manera realista su situación médica:*

La falta de aceptación de la enfermedad y por lo tanto la dificultad para asumir el rol de enfermo y por tanto, asumir el cumplimiento de un plan terapéutico.<sup>67</sup>

- *Insatisfacción de las expectativas del paciente:*

Un profesional de la salud que ha desarrollado un proceso comunicativo para construir una relación interpersonal óptima con su paciente, al momento de cometer un error, es más factible que su paciente pueda perdonarlo sin dejar de confiar en él.

La construcción de la confianza no es inmediata, requiere una comprobación tangible y sistemática a través de los actos, de la interacción. La trasmisión de una imagen confiable se fundamenta en los principios

éticos de la persona y la congruencia de sus acciones. Conlleva también un componente de humildad, de reconocer los errores cuando se cometen y las habilidades comunicativas para hacerlo saber al otro. En la atención médica la confianza es el componente que genera adherencia y continuidad en el tratamiento preventivo, curativo o rehabilitatorio.<sup>67</sup>

- *Involucración del paciente y su familia en el manejo del problema de salud:*  
La enfermedad no sólo afecta al paciente sino a todo su círculo familiar. Por esto, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí que es la familia del enfermo. La familia constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, de información, alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida.<sup>68,69,70</sup>
- *Problemas del médico para que el paciente acepte las implicaciones de una enfermedad crónico-degenerativa:*  
Una RMP inadecuada puede ser causa de desapego terapéutico. El desapego es una actitud que puede modificarse, las razones suelen ser personales y la solución debe considerar los recursos propios del paciente, el escarnio y el castigo sólo empeoran el problema. La buena comunicación del médico es indispensable y puede hacer la diferencia en el resultado final.<sup>71</sup>
- *Problemática en la logística para la atención del paciente:*  
El médico siempre debe tener en cuenta el contexto cultural, la educación y las creencias del entrevistado, con el fin de lograr una comunicación más precisa y acertada, de tal forma que tanto médico como paciente sepan de qué se está hablando, sobre todo cuando se explica el diagnóstico y el tratamiento.<sup>72</sup>

- *Proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente:*  
El paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento. Este precepto debe aplicarse a los niños, ancianos, o pacientes con trastornos mentales leves, si su estado de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente. Su aceptación en estos casos debe ser ratificada por los padres, tutores o responsables.<sup>73</sup>
- *Acordar decisiones terapéuticas (Consentimiento Informado):*  
El paciente informado, con criterio propio y deseos de participar en lo que le concierne, está generando un colectivo de tendencia creciente. El médico tiene la obligación de informar a su paciente sobre el tipo de procedimientos y los riesgos que puede tener al recibir un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Así mismo, también tiene la obligación de aceptar cualquiera que sea su determinación al respecto.<sup>74,75</sup>

Por lo anterior, se considera oportuno plantear esta investigación que puede permitir identificar áreas de oportunidad para la formación y/o capacitación de los médicos familiares, con el interés genuino de mejorar la calidad de la práctica médica y los conflictos médico legales.

## **4. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar los problemas de comunicación más frecuentes que el médico familiar enfrenta en su práctica cotidiana.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Clasificar los problemas de comunicación de acuerdo a la frecuencia con la que se presentan en la práctica clínica.
- Clasificar los problemas de comunicación de acuerdo a la dificultad de manejo que representa para el médico.

## **5. METODOLOGÍA**

- **Tipo de Estudio**

Observacional, descriptivo y transversal

- **Población, lugar y tiempo**

- Médicos residentes de tercer año de medicina familiar de las unidades académicas del Programa de Especialización en Medicina Familiar, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en la Ciudad de México.

- Médicos de base adscritos a unidades académicas de medicina familiar en el IMSS, en el ISSSTE y SSA, en la Ciudad de México.

- **Tipo y tamaño de la muestra**

Muestra no aleatoria, por conveniencia, entrevistando a todos los médicos de

la especialidad de medicina familiar que sea posible, durante el periodo comprendido del mes de marzo a mayo del 2012.

- **Criterios de selección**

Inclusión:

- Médicos residentes del tercer año del curso de especialización en medicina familiar del IMSS o ISSSTE.
- Médicos familiares de base con actividades de atención médica y adscripción en alguna unidad de medicina familiar del ISSSTE, IMSS, SSA, Sanatorio Durango.
- Ambos turnos.

Exclusión:

- Médicos residentes de primero o segundo grado, por considerarse con escasa experiencia ante la problemática de comunicación durante la atención médica.
- Médicos de base que no efectúen actividades de atención médica.
- Médicos que no acepten participar en el estudio.
- Médicos generales

Eliminación:

- Se eliminaron los cuestionarios incorrectos o insuficientemente contestados.

- **VARIABLES A ESTUDIAR**

VARIABLES INDEPENDIENTES:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Institución laboral.

4. Categoría laboral.
5. Institución donde efectuó la especialidad.
6. Años de práctica profesional.
7. Universidad donde efectuó el pregrado.
8. Otras situaciones de comunicación médico-paciente diferentes de las incluidas en el cuestionario.

Variables dependientes:

- Problemas de comunicación médico paciente más frecuentes.
- Problemas de comunicación médico paciente más difíciles de manejar.

VARIABLE	CONCEPTO	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Edad en años cumplidos	Cuantitativa escalar
Sexo	Genero y características biológicas	Masculino / Femenino	Cualitativa nominal
Categoría laboral	Condición académica o laboral del médico	Médico Familiar Residente en Medicina Familiar Académico en Medicina Familiar	Nominal
Institución laboral	Institución laboral del médico	ISSSTE, IMSS, SSA, Hospital nuevo Sanatorio Durango	Nominal
Institución donde efectuó la especialidad	Institución en donde llevo a cabo la especialidad de medicina familiar	ISSSTE, IMSS, SSA	Nominal

Años de práctica profesional	Tiempo laborado por el médico	Años laborados	Intervalar
Universidad donde efectuó el pregrado	Universidad que otorga el título de licenciatura	UNAM /Otra institución.	Nomina I
Problemas de comunicación médico paciente más frecuentes	Problemas frecuentes en la comunicación medico paciente descritas por los médicos.	Frecuente / Infrecuente	Ordina I
Problemas de comunicación médico paciente más difíciles de manejar.	Problemas difíciles en la comunicación médico paciente descrita por los médicos.	Difícil / Fácil	Ordinal
Otras situaciones de comunicación médico paciente diferentes de las incluidas en el cuestionario	Situaciones diferentes que afectan la comunicación	Observaciones realizadas por cada médico entrevistado	Nominal

- **Metodología para recolectar la información**

Se seleccionará a los médicos que reúnan los criterios de inclusión, explicándoles la finalidad del estudio, invitándoles a participar de forma voluntaria. Posteriormente será aplicado el cuestionario denominado “Comunicación con el paciente en Medicina Familiar” elaborado por el Dr. Isaías Hernández Torres en el consultorio de los médicos que acepten responderlo en cada una de las unidades médicas propuestas. La información será recolectada durante el turno matutino y vespertino, en horario de consulta. La información será captada en una base de datos en Excel y posteriormente analizada con análisis de frecuencias.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se indica a médicos que tienen el derecho a decidir si participan en el estudio, se solicita la aceptación verbal y por escrito explicándoles que la encuesta es confidencial la cual no afectará sus derechos de médicos con el paciente o la institución a la que pertenecen.

De acuerdo a la declaración de Helsinki:

1. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
2. Se les informa a los encuestados los objetivos, métodos y beneficios que del estudio se obtendría.
3. La veracidad de los resultados publicados.
4. Las personas participantes deben ser voluntarios
5. No afecta al paciente la decisión de que el médico no acepte contestar el cuestionario.

REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

TITULO SEGUNDO De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

*Disposiciones Comunes*

*Artículo 13.-* En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

*Artículo 14.-* La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

*Artículo 15.-* Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

*Artículo 16.-* En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

*Artículo 20.-* Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

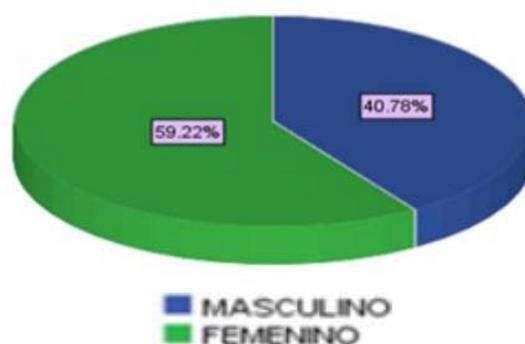
## **7. RESULTADOS**

Se estudiaron en 309 médicos, de los cuales 40.8% correspondió al sexo masculino y 59.2% al femenino (Tabla y Gráfica 1).

**Tabla 1. Sexo de los médicos encuestados**

SEXO DEL MÉDICO	(%)
MASCULINO	40.8
FEMENINO	59.2
TOTAL	100

**Gráfica 1. Sexo de los médicos encuestados**



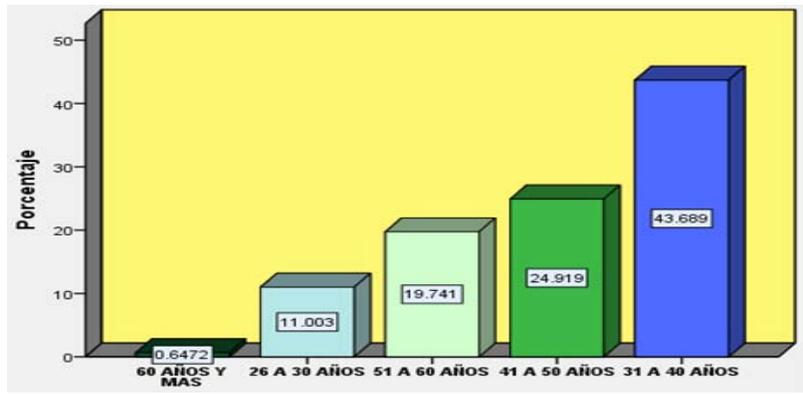
Del total de la muestra, 139 médicos (43.6%) tenían entre 31 y 40 años de edad, seguido por el grupo de 41 a 50 años (24.9%) (Tabla y Gráfica 2).

**Tabla 2. Edad del médico en años cumplidos**

EDAD	FRECUENCIA
26 a 30 años	34
31 a 40 años	135
41 a 50 años	77
51 a 60 años	61
60 años y más	2

<b>Total</b>	<b>309</b>
--------------	------------

**Gráfica 2. Edad del médico familiar entrevistado**

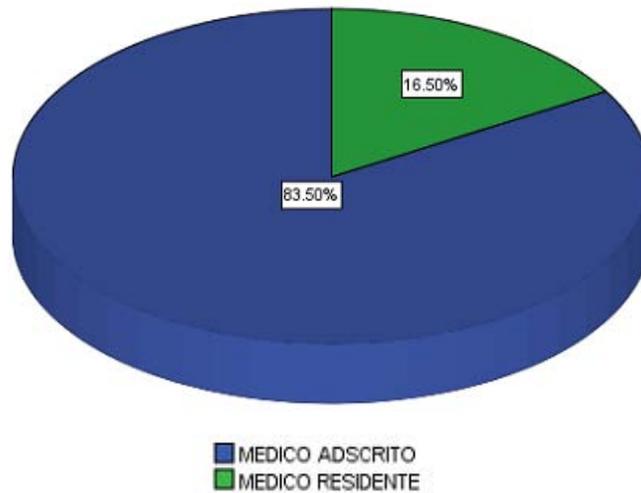


En cuanto a las categorías de los médicos, la distribución fue 258 (83.5%) médicos familiares adscritos y 51 (16.5%) residentes de tercer año de la especialidad de medicina familiar (Tabla y Gráfica 3).

**Tabla 3. Categoría del médico entrevistado**

<b>CATEGORIA DEL MÉDICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Médico Adscrito	258	83.5
Médico Residente	51	16.5
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100.0</b>

**Gráfica: 3. Categoría del médico entrevistado**

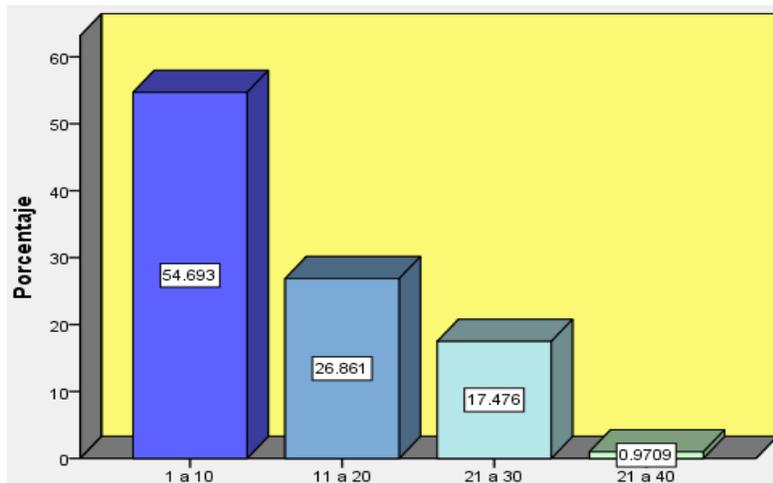


Referente a los años de práctica profesional, el mayor porcentaje correspondió a médicos jóvenes con 1 a 10 años de experiencia (54.69%) y en segundo lugar los de 11 a 20 años con 24.86% (Tabla y Gráfica 4).

**Tabla 4. Años de práctica profesional**

AÑOS DE PRÁCTICA	FRECUENCIA	%
1 a 10 años	169	54.7
11 a 20 años	83	26.9
21 a 30 años	54	17.5
31 a 40 años	3	1.0
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100.0</b>

**Gráfica 4. Años de práctica profesional**

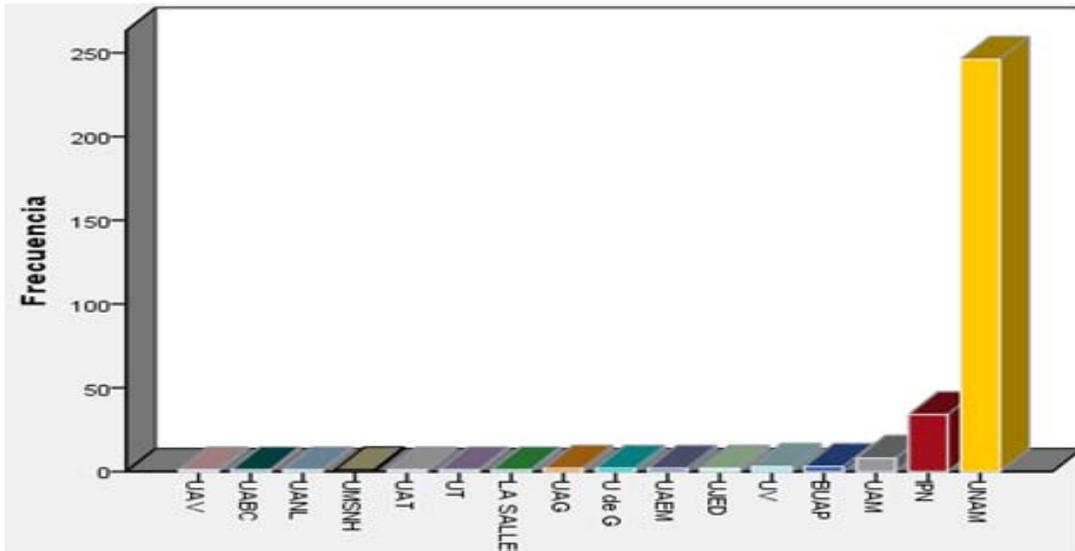


En cuanto a la universidad de procedencia, 246 (79.6%) respondieron haber cursado sus estudios de licenciatura en la UNAM y 34 (11%), en el Instituto Politécnico Nacional. El resto en diversas instituciones públicas y privadas (Tabla y Gráfica 5).

**Tabla 5. Universidad de procedencia**

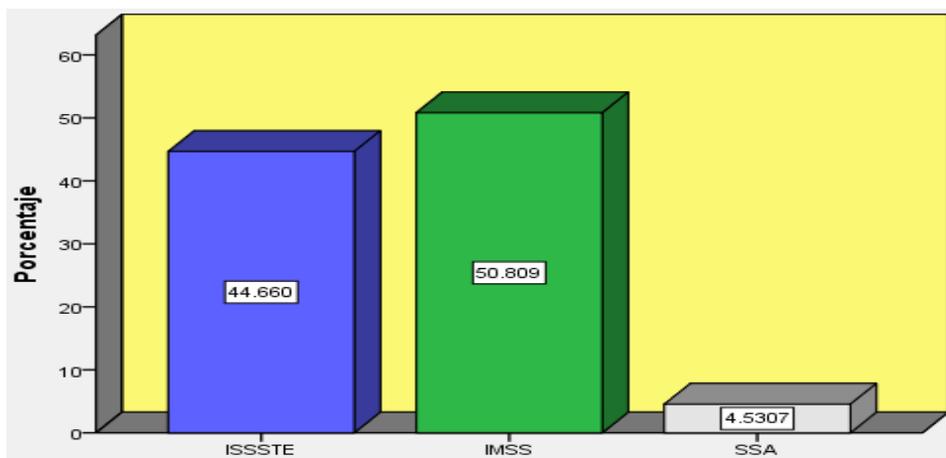
UNIVERSIDAD	FRECUENCIA	%
UNAM	246	79.6
IPN	34	11.0
UV	3	1.0
UAT	1	.3
UAM	8	2.6
UJED	2	.6
BUAP	3	1.0
UT	1	.3
LA SALLE	1	.3
UAG	2	.6
UAV	1	.3
U de G	2	.6
UABC	1	.3
UANL	1	.3
UAEM	2	.6
UMSNH	1	.3
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100.0</b>

**Gráfica 5. Universidad de procedencia**



De los médicos encuestados, 157 (50.8%), cursaron la especialización en el IMSS, 138 (44.7 %), en el ISSSTE y 14 (4.5%) en la SSA (Gráfica y Tabla 6).

**Gráfica 6. Institución donde curso la especialidad**



**Tabla 6. Institución donde curso la especialidad**

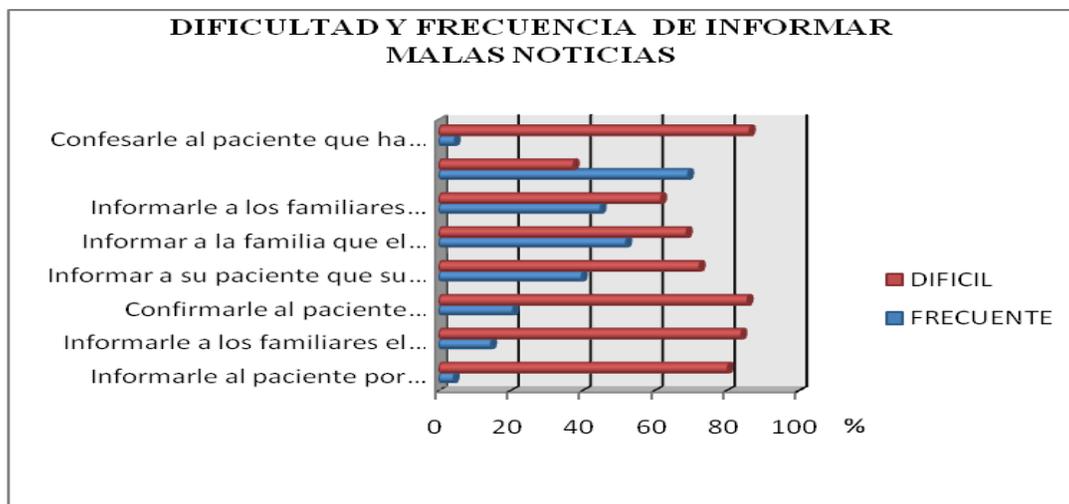
INSTITUCIÓN	FRECUENCIA	%
ISSSTE	138	44.7
IMSS	157	50.8
SSA	14	4.5
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100.0</b>

En cuanto al rubro de dificultad y frecuencia de informar malas noticias se encontró que para el 86.4% fue difícil confesarle al paciente que el médico ha cometido un error en su persona. De la misma manera, informarle al paciente que padece una enfermedad de mal pronóstico, el fallecimiento del paciente o el diagnóstico de VIH-SIDA, superaron el 80% de los encuestados (Tabla y Gráfica 7).

**Tabla 7. Dificultad y frecuencia de informar malas noticias**

MALAS NOTICIAS	DIFÍCIL (%)	FRECUENTE (%)
Informar al paciente por primera vez que tiene VIH-SIDA.	80.3	4.2
Informar a los familiares el fallecimiento de su paciente.	84.1	14.6
Confirmar al paciente alguna enfermedad de mal pronóstico.	85.8	20.7
Informar a su paciente que su padecimiento se ha complicado.	72.5	39.8
Informar a la familia que el padecimiento se ha complicado.	68.9	52.1
Informar a los familiares que el paciente ha entrado en fase terminal.	61.8	45
Informar por primera vez que padece una enfermedad crónico-degenerativa.	37.5	<b>69.3</b>
Confesar al paciente que ha cometido un error médico con él.	<b>86.4</b>	4.5

**Gráfica 7. Dificultad y frecuencia de informar malas noticias**

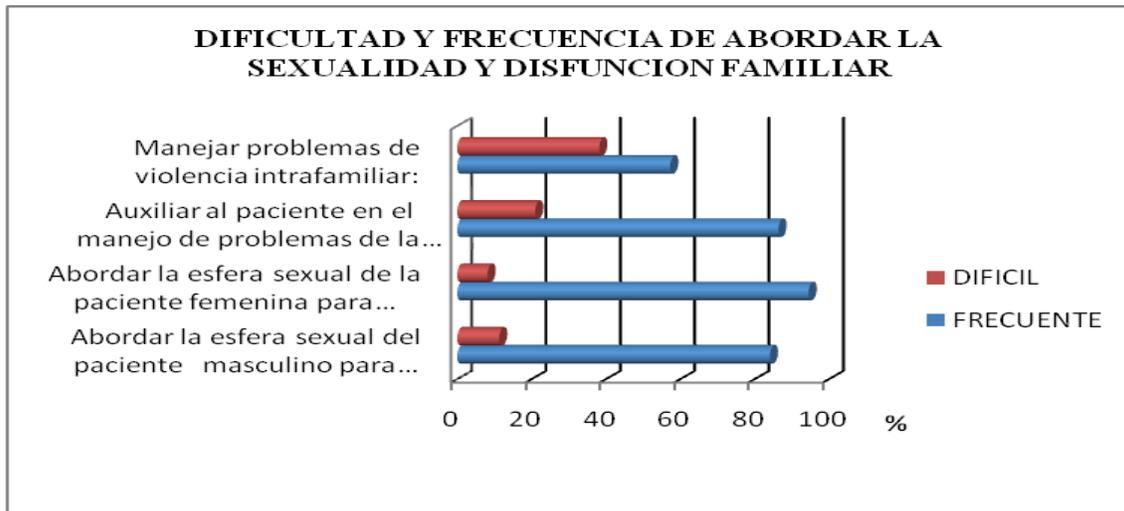


En cuanto a la dificultad y frecuencia de abordar la sexualidad y disfunción familiar, los encuestados reportaron en un 38.6% la dificultad para manejar los problemas de violencia intrafamiliar y en 94.55% lo refirió para abordar la esfera sexual de la paciente femenina (Gráfica y Tabla 8).

**Tabla 8. Dificultad y frecuencia para abordar la sexualidad y disfunción familiar del paciente**

<b>LA SEXUALIDAD Y DISFUNCION FAMILIAR</b>	<b>DIFÍCIL (%)</b>	<b>FRECUENTE (%)</b>
Abordar la esfera sexual del paciente masculino para orientar su diagnóstico o tratamiento	11.3	84.1
Abordar la esfera sexual de la paciente femenina para orientar su diagnóstico o tratamiento	8.15	<b>94.5</b>
Auxiliar al paciente en el manejo de problemas de la dinámica familiar	21	86.4
Manejar problemas de violencia intrafamiliar	<b>38.2</b>	57.3

**Gráfica 8. Dificultad y frecuencia para abordar la sexualidad y disfunción familiar**



En cuanto al rubro de dificultad para abordar la aceptación del paciente de su situación médica, el 87.1% con mayor frecuencia se niega a aceptar las complicaciones en su vida de las enfermedades crónico-degenerativas. En segundo lugar los pacientes perciben con mayor frecuencia mayor gravedad a la real en un 79%.

Por otro lado, los médicos refirieron que les genera mayor dificultad la negación del paciente en aceptar las complicaciones a su vida generadas por las enfermedades crónico-degenerativas en un 57.9% (Tabla 9).

**Tabla 9. Dificultad y frecuencia para abordar la aceptación del paciente de su situación médica**

<b>SITUACIÓN MÉDICA</b>	<b>DIFÍCIL (%)</b>	<b>FRECUENTE (%)</b>
El paciente tiene una percepción de gravedad de mayor a la real	47.9	79
Paciente con un pensamiento mágico religioso acerca de su enfermedad	20.4	55.7
Paciente que presenta cuadro clínico compatible con enfermedad psicósomática	25.6	63.4
Lograr que el paciente comprenda la gravedad de su enfermedad	47.9	64.4
Paciente que se niega a aceptar las repercusiones en su vida de las complicaciones causadas por enfermedades crónico-degenerativas	<b>57.9</b>	<b>87.1</b>

En cuanto al rubro de insatisfacción de las expectativas del paciente, los encuestados reportaron que las el problema más frecuente de resolver es el enojo del paciente por esperar más de 30 minutos para ser atendido (93.2%), seguido por la percepción de requerir incapacidad médica cuando en realidad no la necesita (90.9%) y en tercer lugar la percepción de requerir procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios (81.2%). Reportaron como su mayor dificultad (50.2%) la desconfianza del paciente en relación a sus habilidades clínicas (Tabla10).

**Tabla 10. Dificultad y frecuencia de insatisfacción del paciente en cuanto a sus expectativas**

<b>INSATISFACCION DE EXPECTATIVAS</b>	<b>FRECUENTE (%)</b>	<b>DIFÍCIL (%)</b>
El paciente considera que requiere incapacidad medica cuando en realidad no la necesita	90.9	21.7
Enojo del paciente por la espera de más de 30 minutos para ser atendido	<b>93.2</b>	45
El paciente demanda procedimientos diagnostico terapéuticos innecesarios	81.2	27.5
El paciente desconfía de las habilidades clínicas del médico	29.1	<b>50.2</b>

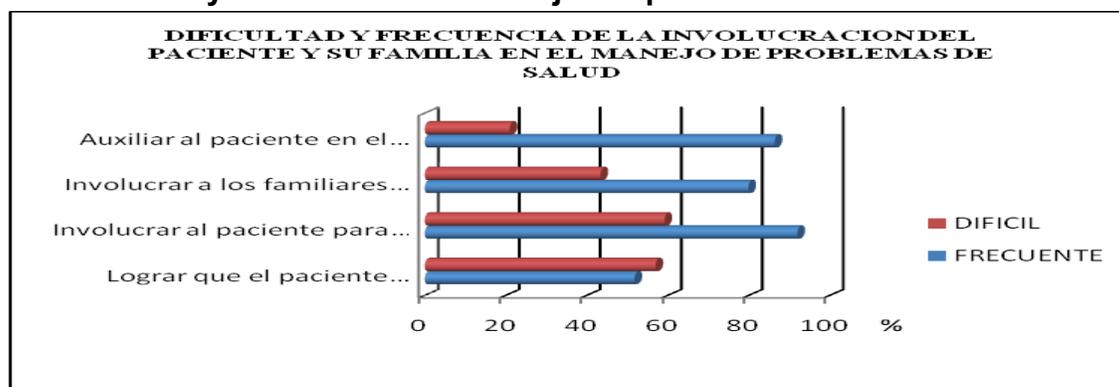
En cuanto al rubro de dificultad y frecuencia del involucramiento del paciente y su familia en el manejo de problemas de salud, los rubros con mayor frecuencia

resultaron la dificultad para que el paciente comprenda que debe participar activamente en el tratamiento de su padecimiento (92%) y en segundo lugar (86.4%), el poder auxiliar al paciente en sus problemas de dinámica familiar (Gráfica y Tabla 11).

**Tabla 11. Dificultad y frecuencia en el involucramiento del paciente y su familia en el manejo del problema de salud.**

<b>INVOLUCRAMIENTO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA EN EL MANEJO DE PROBLEMAS DE SALUD</b>	<b>DIFÍCIL (%)</b>	<b>FRECUENTE (%)</b>
Lograr que el paciente comprenda que debe realizar cambios en su estilo de vida para un mejor control de su padecimiento.	57	51.8
Involucrar al paciente para que comprenda que debe tener una participación activa en el tratamiento de su padecimiento.	<b>59.2</b>	<b>92</b>
Involucrar a los familiares para que participen en el tratamiento del paciente.	43.4	79.9
Auxiliar al paciente en el manejo de problemas de la Dinámica Familiar.	21	86.4

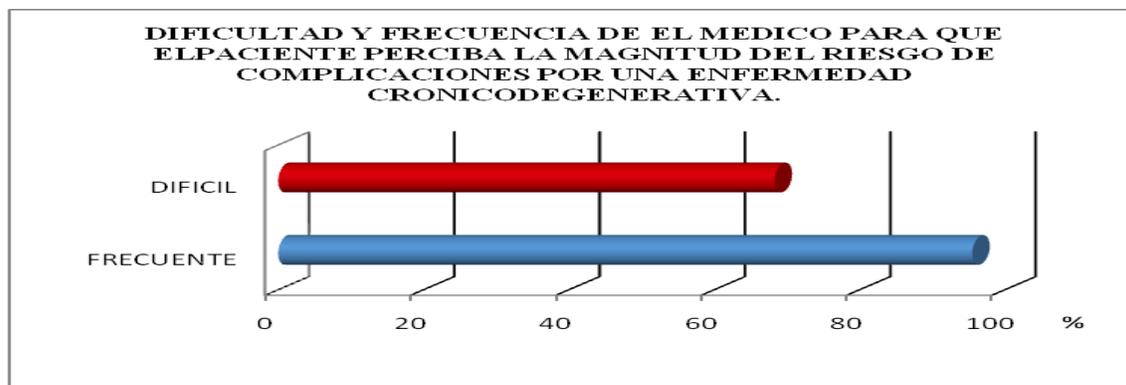
**Gráfica 11. Dificultad y frecuencia en el involucramiento del paciente y su familia en el manejo del problema de salud.**



En cuanto al rubro de dificultad y frecuencia para que el paciente acepte el riesgo de complicaciones de una enfermedades crónico-degenerativa, el 95.5 lo refirió

muy frecuente, y de ellos, el 68.3 lo consideró difícil de manejar (Gráfica y Tabla 12).

**Gráfica 12. Dificultad y frecuencia del médico para que el paciente perciba la magnitud del riesgo de complicaciones por una enfermedad crónica-degenerativa.**



**Tabla 12. Dificultad y frecuencia del médico para que el paciente perciba la magnitud del riesgo de complicaciones por una enfermedad crónica-degenerativa.**

ACEPTACIÓN DEL RIESGO DE COMPLICACIONES POR UNA ENFERMEDAD CRONICO-DEGENERATIVA	DIFÍCIL (%)	FRECUENTE (%)
El paciente no percibe la magnitud del riesgo provocado por una enfermedad crónica.	<b>68.3</b>	<b>95.5</b>

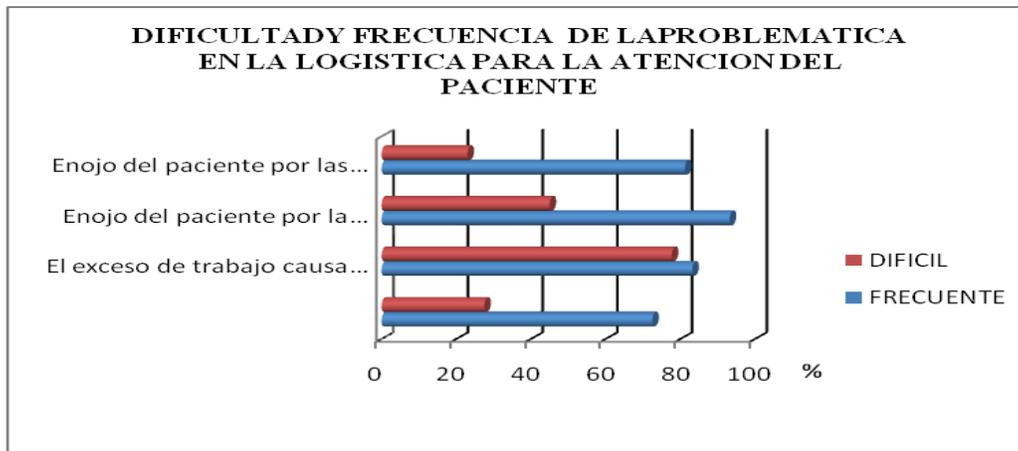
El 93,2% de los médicos reportaron que es muy frecuente en la logística de la atención médica el enojo de los pacientes por la espera de más de 30 minutos, seguido por el exceso de trabajo, no obstante, el parámetro que genera mayor dificultad para el médico en la atención de sus pacientes con 77.7% de los casos el exceso de trabajo (Tabla y Gráfica 13).

**Tabla 13. Dificultad y frecuencia de la problemática**

**en la logística para la atención del paciente**

<b>PROBLEMATICA EN LA LOGÍSTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE</b>	<b>DIFÍCIL (%)</b>	<b>FRECUENTE (%)</b>
Carencia de recursos materiales y/o humanos para una adecuada atención del paciente.	27.5	72.5
El exceso de trabajo causa dificultades para la atención del paciente:	<b>77.7</b>	83.2
Enojo del paciente por la espera de más de 30 minutos para ser atendido.	45	<b>93.2</b>
Enojo del paciente por las dificultades administrativas previas a la consulta.	23	81.2

**Gráfica 13. Dificultad y frecuencia de la problemática en la logística para la atención del paciente**



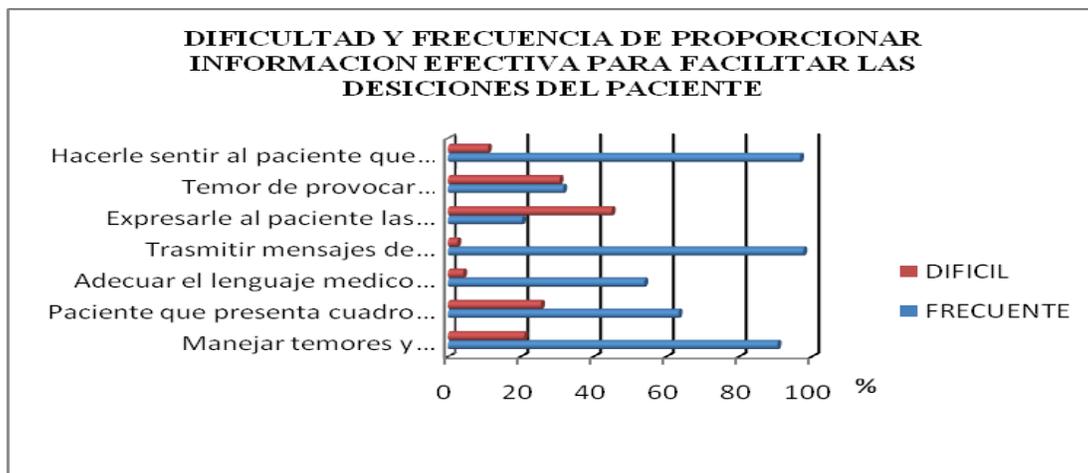
El 97.7% de los médicos refiere como frecuente la necesidad de transmitir mensajes de educación para la salud a sus pacientes; con 96.8% la necesidad de hacer sentir al paciente que sus problemas le interesan y con 90.6% de los casos el adecuado manejo de los temores y emociones del paciente para que comprenda mejor su padecimiento. Sin embargo, el 30.2% de los médicos refirió

mayor dificultad para informar el origen de alguna enfermedad de transmisión sexual (Tabla y Gráfica 14).

**Gráfica 14. Dificultad y frecuencia de proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente.**

<b>INFORMACION EFECTIVA PARA FACILITAR LAS DECISIONES DEL PACIENTE</b>	<b>Difícil (%)</b>	<b>Frecuente (%)</b>
Manejar temores y emociones del paciente para que comprenda mejor su padecimiento.	21	90.6
Paciente que presenta cuadro clínico compatible con enfermedad psicosomática.	25.6	63.4
Adecuar el lenguaje médico al paciente de nivel sociocultural bajo:	4.2	54
Trasmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica.	2.6	97.7
Expresarle al paciente las limitantes personales de conocimiento medico:	45	20.4
Temor de provocar alteraciones familiares al informar el origen de alguna enfermedad de trasmisión sexual al paciente.	<b>30.7</b>	31.7
Hacerle sentir al paciente que sus problemas nos interesan.	11	<b>96.8</b>

**Gráfica 14. Dificultad y frecuencia de proporcionar información efectiva para facilitar las decisiones del paciente.**



Los encuestados sugieren incorporar temas relacionados con pacientes con

necesidades especiales y adicciones en 8.1 y .6% respectivamente (Tabla 15).

**Tabla 15. Otras situaciones difíciles e importantes de tratar con el paciente**

<b>OTRAS SITUACIONES DIFÍCILES E IMPORTANTES DE TRATAR CON EL PACIENTE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Sin opinión	176	57.0
Situación ya contemplada en el cuestionario anterior	91	29.4
Paciente con necesidades especiales	25	8.1
Adicciones	2	.6
Falta de conocimiento de la aplicación de medicina familiar	15	4.9
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100.0</b>

Al respecto de las características que debería tener un curso sobre comunicación médico-paciente para que fuera exitoso, 167 de los médicos no se expresaron (54%), el resto de las respuestas no tuvo predominancia en ninguno de sus rubros (Tabla 16).

**Tabla 16. Características ideales que debe tener un curso sobre comunicación médico-paciente.**

<b>CARACTERÍSTICAS IDEALES DE UN CURSO SOBRE COMUNICACION MÉDICO-PACIENTE,</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Sin opinión	<b>167</b>	<b>54.0</b>
Capacitarse en comunicación	3	1.0
Manejo de emociones	7	2.3
Mejorar técnicas de comunicación	10	3.2
Roll playing	14	4.5
Medicina familiar	3	1.0
Completo	36	11.7
Enfocado a la relación médico-paciente	14	4.5
Accesible	9	2.9

Impartido por personal capacitado en el área de comunicación y médicos familiares	5	1.6
Obligatorio	13	4.2
Ética	1	.3
Con beca	1	.3
Continuo	3	1.0
Capacite a autoridades	16	5.2
Abarque enfermedades crónico-degenerativas	1	.3
Que contribuya a mejorar los tiempos de consulta	6	1.9
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>100.0</b>

El paciente con un pensamiento mágico religioso acerca de su enfermedad es frecuente en 55.7% (172) e infrecuente (44.3%). Además los médicos reportaron que el abordaje es fácil 79.6% (246) y difícil 20.4% (63).

También se encontró que los pacientes presentan cuadro clínico compatible con enfermedad psicosomática son frecuentes 63.4% (196) e infrecuentes 36.6% (113), siendo fácil para 74.4% (230) y difícil 25.6% (79).

## 8. DISCUSIÓN

El estudio muestra una tendencia importante hacia la feminización de la profesión con tres quintas partes del sexo femenino y dos para el masculino, lo cual también se ha reportado en estudios acerca de los alumnos de Medicina.

En el estudio también se pudo observar un predominio importante de médicos jóvenes de menos de 40 años con poco más del 68%, lo que habla del recambio generacional en trabajadores de la salud. Quizá por este mismo motivo, se encontró que el 54.6% de los médicos tienen entre uno y diez años de experiencia.

Otro dato importante fue la universidad de procedencia, encontrando que el 90% de los encuestados pertenecía a la UNAM (79.6%) y el IPN (11%), esto se puede explicar debido a que el estudio fue realizado en la Ciudad de México, lugar donde se ubican ambas casas de estudios.

En cuanto a la institución formadora del especialista, llama la atención que a pesar de que el estudio fue realizado en unidades médicas del ISSSTE y en menor proporción del IMSS y SSA, el mayor porcentaje de médicos egresaron del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que puede atribuirse a que el número de plazas ofertadas cada año es mayor en esa institución.

Al respecto de informar al paciente sobre la comisión de algún error en el diagnóstico o tratamiento por parte del mismo médico resultó poco frecuente, no obstante que fue el que se calificó con mayor grado de dificultad para enfrentar, quizás por la falta de preparación del médico en cuestiones éticas o también por el alto riesgo de demandas y problemas médico legales a los que está expuesto.<sup>3,6,7,13,37,42,50</sup>

En este mismo punto, resulta interesante ver que a pesar de que parece no ser muy frecuente en la labor cotidiana de los médicos familiares tener que informar el fallecimiento de los pacientes o la presencia de alguna enfermedad de mal pronóstico como el cáncer o el SIDA, los médicos refieren que es muy difícil el poder informarle al paciente y sus familiares ese tipo de patologías, lo que refuerza el hecho de tener que preparar a los médicos en formación en adquirir habilidades de comunicación desde la licenciatura y posteriormente en la residencia en mejorar.<sup>2,17,20,29</sup>

En relación a los problemas de sexualidad y disfunción familiar más frecuentes y difíciles de abordar, los encuestados refirieron que se presentan muy frecuentemente (más del 80% de los casos), no obstante, refirieron con mayor

dificultad, aquellos relacionados con el manejo de problemas de violencia intrafamiliar, quizás esto puede deberse a que en el manejo de este tipo de pacientes se involucran con mayor frecuencia aspectos de orden emocional por parte del paciente e incluso del médico, ya que las reacciones transferenciales y de contratransferencia en ocasiones pueden ser difíciles de manejar si no se tiene la adecuada formación.<sup>17,37</sup>

Resulta paradójico encontrar que los médicos encuestados refirieron en 79% de los casos que el paciente presenta con mucha frecuencia una percepción de mayor gravedad a la real, y sin embargo, existe con mucha frecuencia negación (87.1%) a la posibilidad de presentar complicaciones debidas a las enfermedades crónico-degenerativas; este último punto fue el de mayor dificultad reportado en la comunicación médico paciente, con una frecuencia de casi el 60%. Al respecto, diversos autores han reportado que una de las etapas más importantes dentro del proceso de aceptación de una enfermedad grave o terminal, es la negación.<sup>60</sup>

Existe coincidencia con algunos autores en el sentido de que los pacientes que tienen apoyo social y familiar adecuado presentan menos problemas en la aceptación de la enfermedad y en el apego al tratamiento, por lo que el apoyo social, específicamente el familiar, se constituye como un factor de protección que permite establecer mejores pronósticos en los perfiles de adhesión al tratamiento.<sup>22</sup>

El "Modelo de Atención Crónica" de Wagner y colaboradores, ofrece una visión integradora de los diferentes componentes que se deben tener en cuenta para la atención a las enfermedades crónicas y ha sido utilizado como guía para realizar numerosas intervenciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de la vigilancia sanitaria.<sup>23</sup>

Al respecto del cuestionamiento de la frecuencia y dificultad para manejar la insatisfacción de las expectativas del paciente, la mayor parte de los médicos

refirió que es muy frecuente en los temas de la falsa percepción de necesidad de incapacidad médica; del enojo del paciente por la espera de más de 30 minutos para recibir consulta o la demanda de procedimientos diagnósticos innecesarios. No obstante su frecuencia, el mayor desafío es la desconfianza por parte del paciente acerca de las habilidades del médico, en este punto, la mitad de los médicos lo reportaron (50.2%).

Con relación a la frecuencia y dificultad del paciente y su familia en el manejo del problema de salud, los encuestados refirieron muy frecuentes los problemas para involucrar al paciente y también a sus familiares en el manejo de su enfermedad. De igual modo, resultó muy frecuente la necesidad de auxiliar al paciente en el manejo de la dinámica familiar. En este tema, los problemas señalados con mayor dificultad fueron que el paciente comprenda la necesidad de realizar ajustes a su estilo de vida y su involucramiento en el tratamiento de su padecimiento (59.2%). Llama la atención que sólo el 21% de los médicos refirió como difícil el poder auxiliar al paciente en el manejo de sus problemas de salud, la gran mayoría no tuvo problema a este respecto. No obstante esta aparente facilidad de los médicos familiares para apoyar a sus pacientes en problemas de funcionalidad familiar, Huerta-Martínez (2008), enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo.<sup>17</sup>

Otro aspecto de la comunicación médico-paciente con el que se enfrenta el médico familiar con mucha frecuencia (95.5%), es el hecho de que la mayor parte de los pacientes no perciben la magnitud del riesgo provocado por las enfermedades crónicas, resultando además de difícil manejo para el 68.3% de los casos. Quizás en este punto sea importante preparar a los médicos en las técnicas que pueden favorecer una mayor adherencia terapéutica.<sup>20,22,34,67,71</sup>

En lo concerniente a la dificultad y frecuencia de la problemática en la logística

para la atención de los pacientes, todos los ítems fueron considerados muy frecuentes, desde la falta de recursos materiales o humanos para una adecuada atención médica (72.5%), hasta el enojo del paciente por tiempos de espera mayores a 30 minutos (93.2%). Sin embargo, la mayor dificultad fue señalada en las complicaciones generadas por el exceso de trabajo. A este respecto se han referido diversos autores, que señalan la insatisfacción de pacientes y prestadores de servicios debido a la saturación de los servicios de salud.<sup>8,17</sup>

Al respecto de proporcionar información efectiva para facilitar la toma de decisiones por parte del paciente, los encuestados refirieron como los problemas de comunicación más frecuentes los relacionados con la educación para la salud, hacer sentir al paciente que sus problemas médicos nos interesan y los relacionados con el manejo de las emociones del paciente para que comprenda mejor su enfermedad. Así mismo, refirieron con mayor dificultad en su manejo, el informar el origen de las enfermedades de transmisión sexual y aquellos cuadros compatibles con posible enfermedad psicosomática. En el caso de estos dos últimos, puede ser debido a la posible relación entre el padecimiento orgánico y su impacto en la dinámica familiar, lo que genera al médico un carácter de mayor potencial iatrogénico si no maneja adecuadamente la comunicación con el paciente. Mantener una buena RMP, informando de los procedimientos, posibles riesgos y accidentes tanto al enfermo como a sus familiares, así como tomar en cuenta las opiniones, saberes e inquietudes del paciente y sus familiares para que el médico mejore y el propio paciente puedan mejorar la toma de decisiones.<sup>21</sup>

## **9.- CONCLUSIONES**

Los problemas de comunicación médico-paciente que enfrentan los médicos de familia son muy frecuentes en la práctica cotidiana; como hemos presentado en párrafos anteriores, la mayor parte de ellos están relacionados con la forma en que se presenta la información al paciente y su familia, de esa manera vemos que

cuando éste logra comprender la importancia de su participación en el adecuado manejo de su enfermedad, la adherencia al tratamiento puede ser mucho mayor. La mayor parte de los problemas con los pacientes son debidos a la inadecuada percepción del padecimiento, al igual que de la familia y en ocasiones también del propio médico, ya que este último debe comprender el significado de la enfermedad en la vida del paciente y a veces, por la saturación de la consulta no logra saber que piensa o siente al respecto de su enfermedad.

Por otra parte, hemos podido corroborar que los problemas de salud que podrían requerir informarles una mala noticia no son muy frecuentes, sin embargo, cuando se presentan le generan al médico una mayor dificultad para informarlo (patología grave, terminal, errores médicos, etc.)

Otra de las conclusiones importantes, es que a los médicos familiares entrevistados les genera conflicto manejar algunos temas relacionados con su posible injerencia en la dinámica familiar, tal es el caso de la información puntual de los posibles motivos de infecciones de transmisión sexual; violencia intrafamiliar; evaluación del impacto de la enfermedad en los miembros del núcleo familiar, quizá pueda deberse a que esta parte del programa familiar no se desarrolla suficientemente durante la residencia, que la congestión de los servicios de salud no permite tiempo suficiente para desarrollar estas técnicas de intervención o de simple educación para el paciente.

Los resultados de esta investigación pueden contribuir a sensibilizar a las autoridades de las instituciones educativas, en el perfeccionamiento de una de las competencias más importantes del médico familiar ¡la comunicación! La investigación me ha permitido como futura médica familiar, comprender la trascendencia de mi papel en la consulta diaria, no sólo como médica tratante, sino también como mentor, confidente, educadora y catalizadora de reacciones positivas dentro del seno familiar.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1.- Narro Robles J. Medicina Familiar. En: Soberón G, Kumate J, Laguna J (Compiladores). La salud en México, testimonios 1998. Especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Vol. 2, Tomo IV, México: Fondo de Cultura Económica; 1989. 239-252.

2.- Anzures Carro R, Chávez Aguilar V, García Peña MC, Pons Álvarez ON. Medicina Familiar. 2ª ed. México: Corinter; 2013. 117-171.

3. Dejo-Bustíos HA. Avicena, médico filósofo y paradigma de la cultura musulmana. Rev Soc Perú Med Interna 2012; 25(2): 95. Disponible en: [http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_25\\_2\\_2012/rev.%20spmi%20Nota%20Historica%20Avicena,%2025-2.pdf](http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_2_2012/rev.%20spmi%20Nota%20Historica%20Avicena,%2025-2.pdf)

4.- Fernández Cañedo L. La Ética en la práctica médica. Rev Méd UV 2011; 11(1): 40-43. Consultado el 04 de mayo de 2015. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=85486&id\\_seccion=2183&id\\_ejemplar=8425&id\\_revista=134](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=85486&id_seccion=2183&id_ejemplar=8425&id_revista=134)

5.- Rodríguez Ortega G. Relación médico-paciente: interacción y comunicación. Coordinación de Proyecto. México: UNAM, Fac Psic; 2000.

6.- Araneda I. Bioética y pediatría: Relación médico-familia del paciente. Rev Med Clin CONDES 2011; 22(2): 238-241. Consultado el 04 de mayo de 2015. Disponible en: [http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_22\\_2/16\\_Dra\\_Araneda.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_2/16_Dra_Araneda.pdf)

7.- Peláez JL. El médico y el paciente. En: Manual de ética médica. Inc./CORBIS Cap II. 34-61. Disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/chap\\_2\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/chap_2_es.pdf) (repetido)

en 13)

8.- Pérez Cicili A, Vidaillet Calvo AC, Carnot Pereira J, Duane machado OJ. La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. Cuba, 2003. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_6\\_03/mgi06603.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi06603.htm)

9.- Jae Young L. The effect of communication between doctor and patient on patient's medical care use. Appl Econ Lett. 2009; 16:1369-1374.

10.- Pardo Huerta CO. El arte de entender al paciente. México: Trillas, 2006; p 43.

11.- Hernández. Torres I, Fernández Ortega MA. Comunicación en la Relación médico-paciente. Familia, Introducción al estudio de sus elementos. Editores de Textos Mexicanos, 2008, Primera edición; 243-265

12.- Reyes ER. El cuidado del paciente psiquiátrico. Salud/ Milenio, 2007 64: 8-9.

13.- Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 Ginebra: OMS; 2011. Consultado el 03 de Agosto de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/es/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/)

14.- UNESCO (2006). Informe sobre la Educación Superior en América Latina y el Caribe (2000-2005). La metamorfosis de la Educación Superior. Consultado 19-Agosto-2015. Disponible en <http://es.slideshare.net/clauidiorama/unesco-iesalc-informe-sobre-la-educacin-superior-en-amrica-laytina-y-el-caribe-2005-la-metamorfosis-de-la-educacin-superior>

15.- Cereceda Cortina V. Historia clínica, metodología didáctica. México: Médica Panamericana, 2003;4-6.

16.- Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC, Carballal Balsa MC. Técnicas de

comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. España: Elsevier, 2010.

17.- Luna Ballina M. Los diez principios básicos de las relaciones interpersonales en la atención médica. Rev CONAMED. México, 2009. Consultado el 03 de Agosto de 2015. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/10-principios.pdf>

18.- Martin Serrano M. Teoría de la comunicación. La comunicación, la vida y la sociedad”, Madrid: Mc Graw Hill, 2007.

19.- Roa AP. Programación neurolingüística en el fortalecimiento de la relación médico-paciente. Rev de Invest en Seg Soc y Salud. Bogotá, 2010; 1(12): 93-102. Consultado el 03 de Agosto de 2015. Disponible en: <http://www.colegiodrrriodelaloza.edu.mx/trabajosocial/octavo/derecho%20de%20la%20seguridad%20social/88405074-Seguridad-Social-12.pdf>

20.- Correa Arreola JA. La comunicación humano-organizacional y la atención médica. Rev CONAMED. México, 2002; 7(3): 34-37. Consultado el 03 de Agosto de 2015. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/simposio7.pdf>

21.- Camarena Robles E, Hernández Torres F, Fajardo Dolci G. La comunicación humana y su relación con la queja médica. Rev CONAMED, México, 2011; 16(3): 141-147. Consultado el 03 de Agosto de 2015. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista\\_jul-sep\\_2011.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_jul-sep_2011.pdf)

22.- Herrera Medina NE, Gutierrez Malaver ME, Ballesteros Cabrera M, Izzedin Bouquet R, Gómez Sotelo AP, Sánchez Martínez LM. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. Rev. Salud Pública 2010; 12(3): 343-55. Consultado 20 de marzo de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42217801001.pdf>

23.- Bateson G, Ruesch J. Comunicación, la matriz social de la psiquiatría. Barcelona: Piados Ibérica, 1984.

24.- Narro-Robles J, Rodríguez-Domínguez J, Viesca-Treviño C, Abreu-Hernández LF. Ética y Salud. Retos y reflexiones. Gac Méd Méx. 2004; 140: 661-666

25.- Neuwirth ZE. Physician empathy-should we care? Lancet 1997; 350(9078): 606. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9288041>

26.- Laín Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat, 1985; 343-362. Disponible en:<http://www.cervantesvirtual.com/obra/antropologia-medica-para-clinicos/>

27.- García VJ. Relación médico paciente en un modelo de comunicación humana. Rev Med IMSS, 1999;37(3):213-220

28.- Rivera Michelena N, Blanco Horta F. La dimensión comunicativa en la práctica médica “El valor de la entrevista”. Rev Cubana Educ Med Super 2001; 15(2): 301-311. Consultada el 10 de Diciembre de 2015. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol15\\_3\\_01/EMS32001.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol15_3_01/EMS32001.pdf)

29.- Muñoz FA, Fernández S, Parada E, et al. Comunicación de malas noticias. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2001; 28:350-356.

30.- Calva Rodríguez R. Bioética. McGraw-Hill. 2006; 37-38.

31.- Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A(re)view of the literature. Soc Sci and Med, 2001;52(6):839-851

32.- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992 Apr 22-29; 267(16): 2221-6. Consultada el 20 de mayo 2014.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556799>

33.- Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. JAMA. 1997 Jan 22-29; 277(4):350-6. Consultada el 20 de mayo 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9002500>

34.- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J Gen Intern Med. 1988 Sep-Oct; 3(5):448-57. Consultada el 20 de mayo 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3049968>

35.- Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G, et al. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. Psychol Med. 2003 Aug; 33(6):1061-70. Consultada el 02 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12946090>

36.- Peralta Munguía L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [Tesis Doctoral]. Univ de Cantabria Fac de Med y Psiqu. Santander, 2010. Consultada el 02 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10705/TesisLPM.pdf?sequence=1>

37.- Gelsi, P. Transferencia y Empatía. Cienc Psicol. Montevideo, 2011; 5(1): 117-122. Consultada el 02 de enero de 2014. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168842212011000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S168842212011000100009&script=sci_arttext)

38.- Urbina-Méndez R, Hernández-Vargas CI, Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A. Análisis psicodinámico de la transferencia y contratransferencia en la formación de médicos familiares en México. Aten Fam,

2015; 22(2):58-61

39.- Martín Alfonso LA, Grau Ábalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cubana Salud Pública. 2014;40(2):225-238.

40.- Jinich Brook H. El paciente y su médico. México: JGH Editores. UNAM Fac de Med, 1997; 45-52.

41.- Hernández Torres I. Comunicación médico-paciente en medicina familiar. México: Prado, 2013; p.50.

42.- Gómez Sancho M. Cómo dar bien las malas noticias. Elementos orientativos y normas generales. En: Gómez Sancho M (Ed.): Avances en cuidados paliativos. Tomo I, cap. 32. GAFOS. Las Palmas de Gran Canaria 2003; 599-632.

43.- Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. JAMA. 1996; 276(6): 496-502. Consultado el 11 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8691562>

44.- Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult?. Br Med J. 1984; 288(6430):1597-9. Consultado el 11 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6426658>

45.- Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999; 171(4): 260–263. Consultado el 11 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/>

46.- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, BEALE EA, Kudelka AP. SPIKES- A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The Oncologist 2000; 5(4):302-11. Consultado el 11 de Diciembre de 2015.

Disponible en: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full.pdf+html>

47.- Gavilán E, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Parras Rejano JM. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la Escala CICAA. Rev Aten Prim. México, 2010; 42:162-168.

48.- Cox J, H Mulholland. Un instrumento para la evaluación de las cintas de vídeo de rendimiento de los médicos generales. Br Med J 1993; 306: 1043-1046. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1676998/> (repetido 49

49.- Fernández Ortega MA, Hernández Torres I, Urbina Méndez R, Hernández Vargas I. Análisis de la videograbación como estrategia educativa en la especialidad de medicina familiar en México. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012;28(4): 668-681

50.- Hernández Torres, I. Identificación de competencias relevantes para la Comunicación Médico-Paciente en la Práctica de la Medicina Familiar [Tesis de Maestría]. UNAM, Fac de Med. Maestría en ciencias de la Salud. Campo de estudio principal: Educación Médica. México, 2005; p.180.

51.- Ocampo Martínez J. La Bioética y la Relación Médico-Paciente. Rev Cir y Ciruj 2002; 70 (1): 55-59. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc021k.pdf>

52.- Plan Único de Especialidades Médicas. UNAM Fac de Med. México, 2011. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir\\_ver=90](http://www.facmed.unam.mx/marco/index.php?dir_ver=90)

53.- Zeballos-Palacios. Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2014; 31(1):111-7.

54.- Ruiz MR. La comunicación clínica. En: Ruiz MR, editor. Educación Médica. Manual Práctico para Clínicos. Madrid: Ed. Panamericana; 2009. p. 63-8.

55.- Ramírez PD, González BM, Zarco RJ, Gibert I, Gual SA. Competencia clínica de los médicos de familia en 14 comunidades autónomas españolas. Educación Médica. 2006;9(4b):234-44.

56.- Reseña estadística de la atención de inconformidades en la CONAMED 1996-2010. Dirección General de Calidad e Informática. México, 2011. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/resena\\_estadistica\\_1996-2010.pdf](http://www.conamed.gob.mx/estadistica/pdf/resena_estadistica_1996-2010.pdf)

57.- Artús A, Beux V, Pérez S. Comunicación de malas noticias. BIOMEDICINA, 2012; 7(1): 28-33. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: [http://www.um.edu.uy/docs/malas\\_noticias.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/malas_noticias.pdf)

58.- Rodríguez Suárez J, Fajardo Dolci G, Higuera Ramírez F, Iglesias Fernández LF. Enseñanza del modelo biopsicosocial de la Medicina Familiar. Rev Hosp Gral Dr. M Gea González, 2006; 7(3): 132-140. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg063f.pdf>

59.- Ruiz MR, Rodríguez JJS, Perula TL, Prados CJA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. Atn Prim, 2002;29(3):132-134

60.- Bellver Pérez A. Aportaciones desde la psico-oncología a la formación en técnicas y habilidades de comunicación. Grup Esp de Inv Coop en Psicobioquímica Clín. España, 2012. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: [http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer\\_comunicacion/001/04.pdf](http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_comunicacion/001/04.pdf)

61.- Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud. N°11. OPS-OMS. EUA, 1985. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: [iris.paho.org/.../Manual%20de%20tecnicas%20para%20una%20estrategi...](http://iris.paho.org/.../Manual%20de%20tecnicas%20para%20una%20estrategi...)

62.- Lifshitz A. Perfil el médico especialista en medicina. Rev Fac Med UNAM, 1992,35(4) 149-152

63.- Infante CC, Abreu HLF, Rehes LI. Las quejas médicas: mecanismo de empoderamiento del paciente. Rev de Psicología Social y Personalidad, 2000;XVI(1):81-94

64.- Martín del Campo A, Romero Cabello R, Sánchez CJ, Moreno A, Romero Feregrino R, Bustamante Rojano JJ, Romero Feregrino R. ¿Cómo transmite malas noticias el médico especialista? Estudio realizado con médicos especialistas del Hospital General de México. Rev Méd Hosp Gral México, 2012; 75(2):76-83. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-como-transmite-malas-noticias-el-90145300>

65.- Rubinstein E, Giuidice C. La comunicación de malas noticias. En: Rubinstein A (eds), Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2006; (36): 293.

66.- Ortiz-Rocha Y. Disfunciones sexuales. Rev Aten Fam. 2012; 19(4):103-105. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2012/af124g.pdf>

67.- Bialik de Shkurovich R. Aspectos antropológicos en la adherencia terapéutica. Rev CONAMED 2002; 7(3):61-65. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/simposio7.pdf>

68.- Heredia JP. Pinto B. Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico. Univ Catól Boliviana "San Pablo". AJAYU, 2008; Vol VI(1). Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v6n1/v6n1r2.pdf>

69. - Ellis C. Neurolinguistic programming in the medical consultation. S Afr Med J. 2004. Sep; 94 (9):748-50.

70. Clabby J, O'Connor R. Teachin Learners to Use Mirroring: Rapport Lessons From Neurolinguistic Programming. FamMed 2004; 36 (8): 541-3. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <https://www.stfm.org/fmhub/fm2004/september/john541.pdf>

71.-. Wachter NH. La relación médico-paciente y su papel en el apego al tratamiento. Rev CONAMED, 2002; 7(3):69-72. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/files/pdf/simposio7.pdf>

72.- Campo Cabal G, Álvarez J, Morales AM. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. Rev Colombiana de Psiq 2006; vol. XXXV (4): 547-469. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635408.pdf>

73.- Comisión Nacional de Bioética. Código de bioética para el personal de salud México 2002. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7470.html>

74.- Domínguez del Olmo J. La medicina familiar en México y en el mundo. Rev Arch Med fam 2003; 5 (4): 136-139. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I\\_MF\\_61-64.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_MF_61-64.pdf)

75.- Infante CC, Abreu HLF, Reyes Li. Las quejas de los pacientes: objetividad de los indicadores subjetivos de la calidad de la atención médica. Rev de Psicología Social y Personalidad, 1998;XIV(2):173-191

76.- Costa Alcaraz AM, Siurana Aparisi JC, Almendro Padillac C, García Vicente S, Ordoñas Casaurráne R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartidas con el paciente. Rev Clin Esp. 2011; 211(11):581-586. Consultado el 12 de Diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311081129621&ssbinary=true>

## 11. ANEXOS

### ANEXO A

En la primera columna, marque con una “X” el recuadro que represente su experiencia acerca de la frecuencia con la que se presenta la situación en la consulta. De la misma forma, en la columna de dificultad, anote otra “X” sobre el cuadro elegido.

FRECUENCIA DE LOS CASOS	DIFICULTAD EN EL MANEJO DE ESTE TIPO DE SITUACIONES POR EL MÉDICO
1a) El paciente tiene una percepción de gravedad de su padecimiento mayor a la real: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	1b)  Difícil   ___   ___   Fácil
2a) Lograr que el paciente comprenda que debe realizar cambios en su estilo de vida para un mejor control de su padecimiento: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	2b)  Difícil   ___   ___   Fácil
3a) Informar al paciente por primera vez que tiene VIH-SIDA: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	3b)  Difícil   ___   ___   Fácil

4a) Manejar temores y emociones del paciente para que comprenda mejor su padecimiento: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	4b)  Difícil   ___   ___   Fácil
5a) Informar a los familiares el fallecimiento de su paciente: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	5b)  Difícil   ___   ___   Fácil
6a) Involucrar al paciente para que comprenda que debe tener una participación activa en el tratamiento de su padecimiento: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	6b)  Difícil   ___   ___   Fácil
7a) Involucrar a los familiares para que participen en el tratamiento del paciente: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	7b)  Difícil   ___   ___   Fácil
8a) El paciente no percibe la magnitud del riesgo provocado por una enfermedad crónica: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	8b)  Difícil   ___   ___   Fácil
9a) Carencia de recursos materiales y/o humanos para una adecuada atención del paciente: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	9b)  Difícil   ___   ___   Fácil
10a) Confirmar al paciente el diagnóstico de alguna enfermedad de mal pronóstico: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	10b)  Difícil   ___   ___   Fácil
11a) El paciente considera que requiere incapacidad medica cuando en realidad no la necesita: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	11b)  Difícil   ___   ___   Fácil
12a) Enojo del paciente por la espera de más de 30 minutos para ser atendido: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	12b)  Difícil   ___   ___   Fácil
13a) Informar al paciente que su padecimiento se ha complicado: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	13b)  Difícil   ___   ___   Fácil
14a) Informar a la familia que el padecimiento se ha complicado: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	14b)  Difícil   ___   ___   Fácil

15a) Abordar la esfera sexual del paciente masculino para orientar su diagnóstico o tratamiento: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	15b)  Difícil   ___   ___   Fácil
16a) Abordar la esfera sexual de la paciente femenina para orientar su diagnóstico o tratamiento: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	16b)  Difícil   ___   ___   Fácil
17a) El exceso de trabajo causa dificultades para la atención del paciente: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	17b)  Difícil   ___   ___   Fácil
18a) El paciente demanda procedimientos diagnósticos terapéuticos innecesarios: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	18b)  Difícil   ___   ___   Fácil
19a) Paciente que presenta cuadro clínico compatible con enfermedad psicosomática: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	19b)  Difícil   ___   ___   Fácil
20a) Adecuar el lenguaje médico al paciente de nivel sociocultural bajo: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	20b)  Difícil   ___   ___   Fácil
21a) Transmitir mensajes de educación para la salud de forma eficaz durante la consulta médica: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	21b)  Difícil   ___   ___   Fácil
22a) Expresar al paciente las limitantes personales de conocimiento médico: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	22b)  Difícil   ___   ___   Fácil
23a) Informar a los familiares que el paciente ha entrado en la fase terminal: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	23b)  Difícil   ___   ___   Fácil
24a) Auxiliar al paciente en el manejo de problemas de la dinámica familiar: Frecuente   ___   ___   Infrecuente	24b)  Difícil   ___   ___   Fácil
25a) Manejar problemas de violencia intrafamiliar Frecuente   ___   ___   Infrecuente	25b)  Difícil   ___   ___   Fácil
26a) El paciente desconfía de las habilidades clínicas del médico Frecuente   ___   ___   Infrecuente	26b)  Difícil   ___   ___   Fácil

27a) Lograr que el paciente comprenda la gravedad de su enfermedad: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	27b)  Difícil  ___  ___  Fácil
28a) Temor de provocar alteraciones familiares al informar el origen de alguna enfermedad de transmisión sexual al paciente: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	28b)  Difícil  ___  ___  Fácil
29a) Paciente que se niega a aceptar las repercusiones en su vida de las complicaciones causadas por enfermedades crónico degenerativas: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	29b)  Difícil  ___  ___  Fácil
30a) Informar por primera vez que padece una enfermedad crónico degenerativa: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	30b)  Difícil  ___  ___  Fácil
31a) Confesar al paciente que ha cometido un error médico con él: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	31b)  Difícil  ___  ___  Fácil
32a) Hacer sentir al paciente que sus problemas nos interesan: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	32b)  Difícil  ___  ___  Fácil
33a) Enojo del paciente por las dificultades administrativas previas a la consulta: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	33b)  Difícil  ___  ___  Fácil
34a) Paciente con un pensamiento mágico-religioso acerca de su enfermedad: Frecuente  ___  ___  Infrecuente	34b)  Difícil  ___  ___  Fácil

35.- Mencione alguna otra situación difícil e importante de tratar con el paciente, no contemplada en el anterior cuestionario.

---



---



---

36.- ¿Qué características debería tener un curso sobre comunicación médico-paciente, para que tuviera éxito entre los médicos familiares?

---



---



---

## ANEXO B

### CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
1 = 26 a 30 años		
2 = 31 a 40 años		
3 = 41 a 50 años		
4 = 51 a 60 años		
5 = 61 y más años		