



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR “GUSTAVO A. MADERO”  
CIUDAD DE MÉXICO

**INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL  
MÉDICO EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA  
CALIDAD DE LA CONSULTA MÉDICA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**MODALIDAD TESIS**

**BERNAL RENAUD PAOLA GUADALUPE**

NO. DE REGISTRO DE LA TESIS:  
273.2023

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

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2024



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.

**INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL  
MÉDICO EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA  
CALIDAD DE LA CONSULTA MÉDICA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**BERNAL RENAUD PAOLA GUADALUPE**

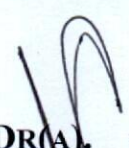
AUTORIZACIONES:



**DR(A). LUIS DAVID SANTIBAÑEZ ESPINO**  
DIRECTOR (A) DE  
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE



**DR(A). RICARDO GONZÁLEZ DOMINGUEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR EN  
CMF GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE



**DR(A).**  
ASESOR DE TESIS  
**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M)

**INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL MÉDICO EN LA  
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA  
MÉDICA.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**PAOLA GUADALUPE BERNAL RENAUD**

AUTORIZACIONES:



**DR. LUIS DAVID SANTIBAÑEZ ESPINO**

DIRECTOR DE LA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"-ISSSTE.



**DRA. ROSANA MEDINA ARREGUIN**

JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"- ISSSTE.



**DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"- ISSSTE.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

ASESOR DE TESIS

COORDINADOR DE DOCENCIA

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

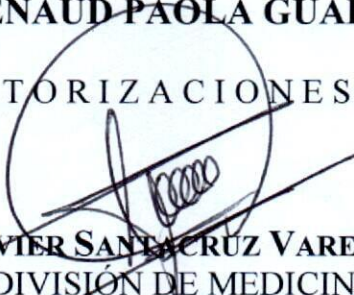
**INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL  
MÉDICO EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA  
CALIDAD DE LA CONSULTA MÉDICA**

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

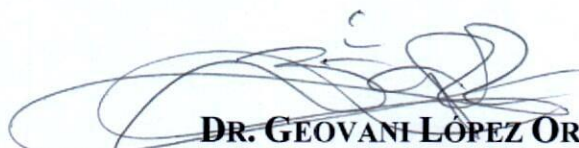
**PRESENTA:**

**BERNAL RENAUD PAOLA GUADALUPE**

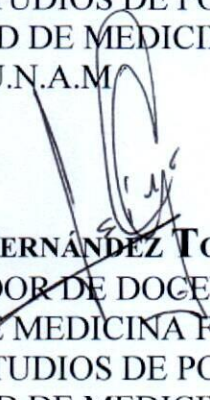
**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



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

**INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL  
MÉDICO EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA  
CALIDAD DE LA CONSULTA MÉDICA**

**(1. TÍTULO)**

## 2. ÍNDICE GENERAL

1. Marco teórico.....	6
2. Planteamiento del problema.....	22
3. Justificación.....	23
4. Objetivos.....	25
- General.....	25
- Específicos.....	25
5. Hipótesis.....	26
6. Metodología.....	27
- Tipo de estudio.....	27
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	27
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	27
-Criterios de selección.....	27
-Criterios de inclusión.....	27
-Criterios de exclusión y eliminación.....	28
-Tipo y tamaño de la muestra.....	28
-VARIABLES DE ESTUDIO.....	29
- Método o procedimiento para captar la información.....	31
- Consideraciones éticas.....	32
- Prueba piloto.....	32
- Resultados.....	33
- Descripción de los resultados.....	33
7. Discusión de los resultados.....	42
8. Conclusiones.....	44
9. Referencias bibliográficas.....	45
10. Anexos.....	47

### 3. MARCO TEÓRICO

El ser humano es un ser social debido a su necesidad de existir dentro de una sociedad, de la cual obtiene un sentido de pertenencia y un sentido de identidad colectiva. Por lo anterior, se considera a la familia el grupo social primario por excelencia, ya que es ahí donde el individuo conforma su identidad, vive y desarrolla todas aquellas habilidades básicas para enfrentar la vida (1). Existen un sin número de definiciones sobre el concepto de familia, pero para este trabajo cito la definición de familia según Álvarez González (2), quien dice que la familia es un grupo humano caracterizado por lazos afectivos, sanguíneos o adoptivos en el que a partir de los contactos continuos e interacciones comunicativas se posibilita el desarrollo de estabilidad, cohesión interna, así como el progreso evolutivo según las necesidades de cada uno de sus miembros y siempre en función del ciclo vital del sistema familiar. Bajo la premisa de la necesidad de contacto e interacción comunicativa para el desarrollo y progreso de los individuos dentro de la sociedad según lo antes descrito, se considera a la comunicación como la herramienta elemental de la socialización que da como resultado la interacción de los individuos, su integración a un grupo social y la creación de la identidad personal (3). Lo anterior tiene como objeto precisar la importancia de la comunicación para la creación de vínculos sólidos en el proceso de socialización.

La socialización primaria comienza desde la niñez; pues el individuo se convierte en miembro de la sociedad, en la unidad básica de la sociedad que es la familia como antes lo he mencionado. Posteriormente la socialización secundaria se constituye en los procesos que introducen al individuo en nuevos roles y contextos de su sociedad, tales como la cultura, la vida académica y laboral (4). Partiendo del concepto de socialización secundaria donde el individuo se ve inmerso en el campo académico y laboral, hablaré particularmente de la formación integral del profesional médico; donde están involucrados aspectos técnicos, científicos, éticos y humanísticos dirigidos a resolver problemas de salud de los seres humanos, como respuesta a la problemática social que representa la enfermedad y la muerte (5).

El surgimiento de la profesión médica es inminentemente social, donde el médico debe poseer vocación de servicio, en búsqueda de restablecer el bienestar de su congénere (6), mediante la adquisición de competencias clínicas y comunicativas que le permitan erigir una buena relación médico-paciente, a través de la cual el profesional obtendrá la información necesaria para establecer un diagnóstico, formular un plan terapéutico y rehabilitador si es necesario (7).



La relación médico-paciente es una relación interpersonal entre el médico y el paciente, donde el médico aplica sus conocimientos con el fin de restablecer la salud del enfermo y a su vez el enfermo busca satisfacer su deseo y necesidad de salud (8). Es un fenómeno complejo, donde intervienen los siguientes componentes: Elementos actitudinales, medio en el que se ejerce, aspectos éticos, enfermedad o padecer, capacidad de comunicación y fenómenos psicológicos (9).

Este trabajo de investigación se centra en el componente de la capacidad de comunicación en la relación médico-paciente, con la premisa de que la comunicación es la herramienta básica para una adecuada socialización entre el médico y el paciente. El poseer habilidades de comunicación efectiva forman parte de una buena práctica médica.

La calidad de la relación médico paciente está determinada por el estilo y el nivel de comunicación entre ellos. En la atención primaria se advierte que determinados estilos de comunicación más empáticos, más centrados en el paciente y que otorgan apoyo y seguridad optimizan los resultados en salud (10).

La entrevista clínica es una conversación técnica, donde interactúan bidireccionalmente el paciente y el médico. Tiene como objetivo adquirir en un tiempo razonable el máximo de información pertinente que favorezca claramente al médico la obtención del diagnóstico de la enfermedad que aqueja al enfermo, y le permita establecer el mejor tratamiento. Por lo anterior la entrevista debe ser orientada por el médico, mediante la construcción de preguntas relevantes dirigidas al enfermo, dejando que este último tenga la libertad de expresar sus síntomas e inquietudes (9).

La calidad de la comunicación médico-paciente durante la entrevista clínica influye determinadamente en el éxito de la misma. Las habilidades comunicacionales efectivas son parte las competencias que todo médico debe adquirir durante su formación (10).

Como previamente se ha descrito, la comunicación está vinculada a la actividad humana, es una manera de manifestar la forma en que se establecen en ella las relaciones interindividuales o intergrupales. La comunicación entre los seres humanos transcurre en el contexto de una actividad que condiciona "el encuentro comunicativo" (11). Para muchas profesiones el desarrollo de la comunicación es innegable, pero para la profesión médica es imprescindible. Es el instrumento indispensable para su trabajo, porque debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social. Le obliga a tener en cuenta, aspectos de elevado contenido afectivo y gran apertura a las necesidades del paciente; tener un espíritu humanista, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia (8). Como previamente se ha mencionado la familia es el ámbito social inmediato del paciente, por lo que involucrarla en todo lo que respecta al enfermo influirá directamente es su estado de salud (12)

La comunicación es la base del establecimiento de una relación de tipo profesional entre paciente y médico, que sirve de fundamento a la gestión de salud. En la relación médico-paciente como en otros tipos de relaciones interpersonales, la comunicación es una constante en todo acto del ejercicio de la medicina, muy vinculada con la calidad de la atención médica (7).

La comunicación es una relación sujeto-sujeto, donde el emisor (el médico) envía el mensaje al receptor (paciente y su familia) y este último responde al primero en un proceso de retroalimentación. Para considerar que la comunicación es efectiva, el médico debe dirigir la consulta, permitiendo que la información vaya en ambas direcciones, siendo él quien codifique el mensaje, de manera que el paciente pueda decodificarlo (8).

Las funciones de la comunicación, tienen las siguientes características: informativa (transmisión y recepción de la información); reguladora (regulación de la conducta de las personas con respecto a sus semejantes) y afectiva (determinación de la esfera emocional del hombre) (13). En donde la función informativa comprende el proceso de recepción y transmisión de información entre el médico y el paciente. Incluye ideas, conceptos, conocimientos, actitudes, intereses, estados de ánimo y sentimientos (8 y 13). Establece un fenómeno complejo, bidireccional, en el cual cada interlocutor, se manifiesta con un carácter activo. A través de ella se logra, mediante la respuesta al interrogatorio médico y el examen físico, que el paciente informe sobre su estado de salud. El paciente debe ser capaz de comunicar sus principales síntomas e inquietudes (14). La relación empática por parte de médico y paciente, ayuda al primero, a dilucidar el diagnóstico en el menor tiempo posible. La función afectiva, determina los estados emocionales del hombre en el proceso de interacción interpersonal. En él se toman en cuenta los motivos, propósitos y actitudes del paciente. Estos se comparten emocionalmente, como parte de las relaciones de empatía, afecto y seguridad, que propician la comprensión mutua y determinan la calidad de la función informativa y reguladora. Ambas funciones, implican aceptar a los pacientes y analizarlos como una unidad biopsicosocial, espiritual y cultural (13). Para la comprensión clínica y terapéutica, juegan un papel fundamental las imágenes que los pacientes se forman de su médico, la percepción interpersonal. La función reguladora se produce en el proceso de interacción entre los participantes del proceso comunicativo. Las tres son importantes para el éxito en la calidad de la atención y contribuyen al nivel de satisfacción de los pacientes (14).

Una comunicación efectiva promueve la colaboración entre el médico y el paciente, donde el foco de la entrevista no está centrado en el médico ni en el paciente, sino en la interacción de ambos. A través de la comunicación entre el médico y el paciente, se logra construir una relación que a su vez permitirá estructurar una entrevista, iniciar la entrevista, recopilar información, explicar, planificar y concluir la entrevista. Todo lo anterior con el objeto de obtener un diagnóstico y establecer un tratamiento (15).

El éxito de la comunicación entre el paciente y el médico depende en gran medida, del clima donde se desarrolla. Debe poseer cualidades de aceptación, respeto y confianza. A esta cualidad de la interacción, se le ha llamado afinidad o empatía y es de importancia tal, que incluso el profesional más competente tendrá una efectividad limitada, si es incapaz de desarrollarla (16).

El uso efectivo de habilidades comunicacionales realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. Por una parte, el médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión y por otra, disminuyen las demandas y quejas iniciados en su contra, así como el paciente logra cubrir sus expectativas sobre la atención que solicita (17).

Tanto el término «competencia» como el de «comunicación» han sido ampliamente conceptualizados y estudiados desde diversas perspectivas, y en medicina hoy en día se acepta que la comunicación es una dimensión importante de la competencia profesional del médico. En un sentido amplio, la competencia comunicativa implica aspectos lingüísticos, psicológicos y sociológicos, y debe entenderse como la capacidad de saber qué decir, a quién, cuándo, cómo decirlo y cuándo callar, e implica el uso de habilidades y estilos específicos en consonancia con las características y exigencias de los participantes y contextos donde tiene lugar la comunicación (11).

El uso de adecuadas competencias comunicativas le permite al médico obtener mejor información del paciente, favoreciendo diagnósticos acertados y una mayor adherencia a los tratamientos, se reducen problemas legales, situaciones de estrés y ansiedad, y se logra una mejor satisfacción tanto para el médico por la labor realizada como para el paciente por la atención recibida. Si estas competencias son débiles en un médico, se dificulta desde establecer el motivo de consulta, hasta detectar la presencia de morbilidad psicológica, así como la comprensión y adherencia de los pacientes al tratamiento (15).

La medicina actual ha progresado enormemente gracias al desarrollo de nuevas tecnologías; sin embargo, se ha creado una paradoja en donde la medicina empieza a alejarse de un buen interrogatorio y una buena semiología, dados por una deficiente comunicación entre el paciente y el médico (18). A esto se agrega que gran parte de las Instituciones que otorgan servicios de salud cuentan con un periodo de tiempo reducido de consulta por la sobrecarga de trabajo, por lo que en múltiples ocasiones se opta por hacer uso de estudios de laboratorio, gabinete u otras tecnologías novedosas antes de realizar una buena entrevista y semiología del padecimiento (19). Sin embargo, los pacientes hacen cada vez más preguntas pues tienen mayor acceso a la información y esperan participar más activamente en la toma de decisiones, pero al no tener la libertad durante la consulta médica de exteriorizar sus inquietudes por el poco tiempo de la misma, la mayoría de las veces quedan insatisfechos.

La primera entrevista determina la primera impresión y percepción que tendrá el paciente con respecto a la atención que recibió del médico, ya que en ella pudo el médico ganarse la confianza del paciente, generando satisfacción o insatisfacción del paciente (20). La comunicación efectiva es el punto clave para mejorar la percepción de la atención médica recibida por parte del paciente. El objetivo de la comunicación médico-paciente es mejorar la calidad de vida del enfermo, ya sea mediante la restauración total de la salud o a través del acompañamiento paliativo hacia el final de la vida, y para ello se necesita que ambos se comprometan en buscar el mismo fin (11).

Actualmente hay más accesibilidad al conocimiento médico, por lo que el paciente está más informado y conoce su padecimiento y sus derechos como paciente. La mala praxis del médico es advertida por el paciente y sus familiares a través de quejas, conflictos y demandas. Existe evidencia que sugiere que la mala comunicación médico-paciente contribuye a estos conflictos (21). El paciente conoce bien sus derechos, pero también debe conocer sus responsabilidades como paciente. Debemos comprender que hay una gran diversidad de pacientes (por ejemplo, pacientes valientes, directos, manipuladores, ansiosos, exigentes, amables, etc.) y tenemos que adquirir el conocimiento para poder reconocerlos y relacionarnos con todos ellos (7). Por ello, este trabajo tiene como objeto determinar si existe asociación entre la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente de la atención médica recibida, así como en ofrecer sugerencias para mejorar la comunicación.

La comunicación efectiva tiene tres componentes básicos: verbal, no verbal y paraverbal. Estos componentes son la clave de una comunicación médico-paciente fructífera, que consiste en lenguaje corporal, expresión del mensaje y dicción. La gran mayoría de los médicos se enfocan en el componente verbal, y este solo aporta un 7-10% del mensaje, mientras que el 90-93% lo aportan los componentes no verbales y paraverbales (3).

La comunicación no verbal se refiere al contacto visual, los gestos, el movimiento corporal, las expresiones faciales y los ademanes. Una sonrisa es muy importante, ya que llega a transmitir calidez, empatía, consuelo y apoyo; por el contrario, una expresión facial negativa puede reflejar desinterés, aburrimiento, ira, irritación o falta de conocimiento del médico. Inclinar se hacia delante para escuchar lo que dice el paciente proporciona a este la sensación de que realmente se le está escuchando, así como realizar la nota médica hasta que el paciente termine de ser escuchado (3 y 14).

En la comunicación paraverbal se da importancia a la manera en que se dicen las palabras, es decir, volumen, tono, entonación, ritmo y velocidad. Hablar rápido con el paciente puede hacer que no entienda las indicaciones o los pasos a seguir, generando un tratamiento deficiente. El volumen, el tono y el ritmo que damos a las palabras puede generar que una expresión se convierta en un regaño, un consejo o una indicación, ocasionando conflicto en

el paciente. Hablar pausado, con dicción y entonación neutrales, puede ayudarnos a comunicarnos mejor (3).

Los estudios han demostrado que la comunicación efectiva aumenta la satisfacción tanto del médico como del paciente, disminuye el estrés ocasionado por el trabajo, aumenta la exactitud diagnóstica, mejora la adherencia al plan de tratamiento, regula las emociones de los pacientes, facilita la comprensión de la información médica y disminuye la recurrencia en la solicitud de atención médica (12).

Dentro de las quejas más frecuentes de los pacientes es los médicos no les escuchan, y sienten que solo son una enfermedad por resolver, por lo que para ser un buen médico no basta con tener los conocimientos, sino que también es necesario saber escuchar. Ofrecer una entrevista centralizada en el paciente, no en su enfermedad (14). Los pacientes valoran que el médico se muestre interesado, empático y comprensible, y que transmita confianza al evaluar su padecimiento. Escuchar y generar un diálogo de retroalimentación ayuda a comprender mejor el problema del paciente y a tomar mejores decisiones de tratamiento. En ocasiones, prestar atención a las emociones del paciente puede ayudar tanto como un diagnóstico médico (24). Facilitar la expresión del malestar emocional, mostrando empatía, atención y aceptación, es una habilidad que el médico debe desarrollar; sin embargo, debe estar preparado para manejar sus propios límites, detectando y derivando situaciones emocionales complejas. Los factores que más influyen en la satisfacción de los pacientes en la consulta médica recibida, son la comunicación entre médico y paciente, así como el tiempo de espera para recibirla (25).

La consulta médica es la atención solicitada a un profesional médico titulado para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite por algún problema, molestia o enfermedad de la persona entrevistada. El medio para lograr lo anterior en dicha consulta es la “entrevista médica”. La entrevista médica no debe centrarse en la enfermedad, sino en el paciente como persona (26). En la entrevista se deben lograr tres objetivos básicos la recopilación de información, la construcción de una relación saludable entre el médico y el paciente, y la educación del paciente. Los pacientes deben sentirse con la capacidad de hablar sin interrupción, siempre y cuando se siga un camino que proporcione información relevante. Según el modelo de Balint, se necesita dar al paciente la oportunidad de comunicar lo que desea, lo cual ha demostrado mejorar la adherencia y los resultados (19).

Asimismo, los médicos evitan la discusión del impacto emocional y social de los problemas de los pacientes porque les angustia no poder manejarlos o no tienen el tiempo suficiente para hacerlo. Por otra parte, los médicos refieren que reciben de los pacientes un mal trato a causa de sus construcciones sociales y expectativas irreales en cuanto a su recuperación y las obligaciones del clínico, desconociendo que en ocasiones el sistema de salud no brinda las herramientas y suministros necesarios para prestar un buen servicio (16). El desinterés

del médico al no atender la parte emocional del paciente le ocasiona angustia y contribuye a que el paciente no aporte los datos necesarios, y en consecuencia se elaborará una historia clínica incompleta, que puede llevar al planteamiento de un diagnóstico diferencial inadecuado, retrasando su recuperación (20).

A lo largo de la práctica profesional, el médico se encuentra en un universo de pacientes con una amplia diversidad de personalidades y necesidades, las cuales determinan su comportamiento; pueden ser desde pacientes alegres y amables hasta aquellos que cursan con un trastorno depresivo. En ocasiones, será el familiar o acompañante quien manifieste su carácter, y en general se mostrarán desconfiados y llenos de dudas. Es importante que el clínico tenga una buena comunicación y relación con los familiares y cuidadores, especialmente con los responsables de pacientes geriátricos y pediátricos (12). La mayoría reunirá información para comprobar que el médico ha acertado en su diagnóstico, por lo que se recomienda que el médico explique de manera clara y concisa la naturaleza de la enfermedad, y en los casos en que el diagnóstico lo amerite, es conveniente sugerir buscar una segunda opinión para que el familiar aumente la confianza de un diagnóstico certero (6).

Existen diversos problemas para la comunicación efectiva entre el médico y el paciente. Además de los que se han mencionado con anterioridad, están el exceso de trabajo, la baja remuneración y las denuncias éticas y legales por parte del paciente y sus familiares, que causan cambios significativos en el establecimiento de una buena comunicación entre el binomio médico-paciente. Igualmente, los idiomas y las diferencias culturales ocasionan una brecha en el intercambio de información (20).

La medicina familiar es una especialidad basada en el modelo biopsicosocial en donde la esfera biológica, psicológica y social están directamente relacionadas con el estado de salud de los individuos. Por lo anterior su adecuada intervención como profesional de la salud en estos tres aspectos determina el impacto que generará en la salud de sus pacientes, pero para ello el médico debe contar con las herramientas necesarias para lograrlo, siendo la comunicación la llave que abre la puerta para la implementación de todas las demás competencias clínicas adquiridas en su formación (23). A partir del modelo biopsicosocial, diversos países se han preocupado por desarrollar lineamientos que sirvan de guía para realizar acciones educativas en torno a la comunicación médico paciente. De esta manera, uno de los primeros trabajos fue el Consenso de Toronto, el cual buscó identificar las características de una buena comunicación médico paciente, la intención era efficientar la consulta, incrementar la satisfacción del usuario, evitar demandas, lograr el apego al tratamiento con mejores resultados en su condición de salud, así como, promover el mejor funcionamiento del sistema de salud (25).

Frente a la necesidad de que el profesional médico adquiera y desarrolle habilidades comunicacionales surgió este nuevo concepto “competencia comunicativa”, entendiendo

por ésta última a la habilidad que posee el médico de comunicar bien, de ser entendido y entender a los demás, de saber estructurar este proceso para establecer las relaciones sociales con sus pacientes. La competencia comunicativa es una habilidad aprendida sujeta a ser evaluada, con el fin de determinar su impacto en la satisfacción del paciente que recibió la atención médica. En los años 70, las competencias clínicas básicas de un médico incluían solamente tres elementos: conocimiento clínico y técnico, examen físico y resolución de los problemas médicos. Las habilidades comunicacionales estaban ausentes de esta lista (24). La mayoría de los médicos consideraban que la comunicación era una

habilidad innata, propia del profesional, que no se podía aprender y, por lo tanto, no requería enseñanza. Los primeros intentos de introducir la enseñanza de la comunicación en la malla curricular de las escuelas de medicina fueron rechazados por la mayoría de los profesores clínicos (25). Mucho ha cambiado desde entonces. En 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) dio un giro a lo que se venía enseñando hasta ese momento, publicando un informe especial sobre comunicación médico paciente, en el cual concluyó que toda escuela de medicina debería realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes. Los informes más recientes, elaborados por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de los Estados Unidos (22), exigen que las escuelas de medicina, para ser acreditadas, enseñen las habilidades comunicacionales de manera formal y sujeta a evaluación tanto en sus programas de pregrado como de posgrado. Actualmente, la competencia comunicativa del médico es considerada como una de las competencias básicas de la educación médica. Se debe entender cómo se construye y qué factores intervienen en la satisfacción o insatisfacción del paciente ante esta competencia comunicativa y cuáles son sus consecuencias a partir de las experiencias de los participantes en el encuentro clínico. Estudiar este complejo proceso requiere varias perspectivas, incluyendo aquellas que permitan explorar de forma abierta cómo médicos y pacientes perciben, interpretan, experimentan y construyen la realidad y en qué contexto ocurre, como hacen los estudios cualitativos (26). En diversos trabajos se ve qué conceptos se han mostrado importantes en la percepción de la satisfacción desde un punto de vista cualitativo, como son el hecho de compartir la información con el médico, la capacidad de escucha de este o la toma de decisiones compartidas. Otros aspectos valorados por los pacientes respecto a la comunicación con sus médicos de familia fueron la calidad humana, el trato personal (que incluye la escucha y la actitud), la accesibilidad personal y la capacidad de resolución de problemas de salud. Entre las circunstancias que los pacientes valoran de forma negativa en la comunicación con el médico, están la falta de escucha, la prisa y el trato distante. Respecto a las características asociadas con una mayor satisfacción en la atención médica recibida, son la edad tardía y el poseer sólo estudios primarios, pues se han relacionado con una mejor satisfacción con la atención médica recibida. (21). Indiscutiblemente comunicar a un nivel de competencia profesional envuelve un conjunto de habilidades complejas e interrelacionadas y aprenderlas, mantenerlas y mejorarlas es una tarea de toda una vida. También en 1999, se reunieron en Kalamazoo, Michigan, 21 líderes de educación médica con el objetivo de delimitar un conjunto coherente de elementos

esenciales de la comunicación médico-paciente para facilitar su desarrollo, implementación y evaluación, así como para desarrollar estándares específicos en este dominio. El grupo identificó siete fases esenciales de la tarea de la comunicación: Construir la relación médico paciente, abrir la discusión, obtener información, comprender la perspectiva del paciente, compartir información, llegar a un acuerdo sobre los problemas y planes, y efectuar el cierre (24).

En el año 2008, se publicó el Consenso Británico de comunicación médico-paciente, el cual proporcionó recomendaciones presuntamente aplicables en cualquier parte del mundo e incluyó competencias de difícil medición como el profesionalismo y la integridad. En esta propuesta un componente clave fue el respeto, que constituye el elemento central que direcciona no sólo a la comunicación, sino a todas las áreas de la medicina (25).

Se propone el modelo tridimensional de la comunicación médico paciente, de acuerdo a este modelo se consideran tres dimensiones (o niveles) que se presentan juntamente en el transcurso del acto médico: la biomédica, la emocional y la referida a la identidad cultural. Para lograr una unión genuina entre el paciente y el médico, éste último requiere adiestramiento y práctica en cada entrevista médica. La dimensión biomédica consiste en todas aquellas expectativas que tiene el paciente en la entrevista médica, como el de ser informado sobre su condición de salud y el tratamiento a seguir, qué y por qué está sucediéndole, así como la opinión de su médico. El encuentro busca opciones que favorezcan cambios de comportamiento y disminuir riesgos para la salud del paciente. La dimensión emocional, es la facultad para empatizar con las experiencias y los sentimientos de otra persona aunado a la capacidad de comunicar este entendimiento hacia el paciente. Se pretende analizar el papel de la participación de las emociones en la comunicación durante la entrevista para generar empatía; los pacientes buscan del médico apoyo emocional y social, además de la resolución de su problema de salud. La dimensión de la identidad cultural, intenta fundamentar la comunicación a partir del discernimiento de las experiencias vivenciales del paciente. Lo anterior puede conseguirse sólo si el médico facilita la libre expresión del paciente, en donde éste último revele sus ideas y considere su recorrido por la vida y proyectos a futuro (26).

Existe una relación entre la comunicación clínica efectiva, la satisfacción del paciente, y la adherencia terapéutica, así como con el alivio de la sintomatología con ciertos resultados psicológicos. En el Consenso Europeo de 2012, las recomendaciones para el currículo se plantean bajo tres categorías principales: aspectos claves de comunicación enfocados a la construcción de la relación e intercambio de información con pacientes, habilidades observables y técnicas de comunicación, y tareas especiales de comunicación enfocadas a situaciones desafiantes, así como la comunicación de equipo (15).

Hoy en día el sistema de salud al estar sobresaturado enfrenta al personal médico a grandes retos, tales como la imposición de tiempos de atención más breves (19). A menor duración de las consultas, menor posibilidad de que el paciente haga preguntas o exprese sus



opiniones o dudas; menor oportunidad de recibir y retroalimentar información de diagnóstico y tratamiento; menos consejos preventivos; peor satisfacción del paciente y del médico; generando un aumento de la repetición de visitas de los enfermos ante la no resolución de sus motivos de consulta (28). Sin embargo cuando las habilidades comunicacionales son adecuadas, mejora la calidad de la consulta, optimizando tanto la estructura como el tiempo de la misma. (15).

Los médicos necesitamos, además de conocimiento y experiencia médica, aprender a establecer una comunicación efectiva, asertiva y empática con el paciente. La comunicación efectiva mejora significativamente los resultados; es decir, genera un mejor apego terapéutico y una mayor satisfacción del paciente. La asertividad nos permite hablarle con calma desde diferentes puntos de vista y llegar a un mejor entendimiento mutuo, y al ser empáticos le hacemos sentir que nos duele lo que a él le pasa, que compartimos su sufrimiento y que juntos saldremos adelante (23).

Las competencias comunicativas en la relación médico-paciente deben ser enseñadas en las escuelas de salud o instituciones de salud, con estrategias que potencien las aptitudes innatas e influyan positivamente en el aprendizaje pasivo que se va dando por la observación del ejemplo dado por los profesores o médicos capacitados (18). La adquisición de este tipo de competencias por parte de los estudiantes de medicina es un tema que ha sido abordado de manera sistemática y formal por escuelas de medicina en países de primer mundo, haciendo explícita su enseñanza en sus planes de estudio de pregrado y posgrado (8). Lo anterior representa todo un reto para las escuelas de medicina de Latinoamérica. En el ámbito académico se han generado modelos estructurales para la enseñanza de las habilidades comunicativas, entre las que se incluyen «SEGUE Marco de trabajo para la enseñanza y asesoramiento de habilidades comunicativas (Framework for Teaching and Assessing Communication Skills) (16), la Guía observacional de Calgary-Cambridge (Calgary-Cambridge Observation Guide) (22) o el «spikes» para la comunicación de malas noticias; y se han creado asociaciones científicas específicas como la Academia americana de comunicación en el cuidado de la salud (American Academy on Communication in Healthcare) o la Asociación europea para la comunicación en el cuidado de la salud (European Association for Communication in Healthcare). (24). En el ejercicio de la medicina se deben aplicar los cuatro principios bioéticos: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. La entrevista médica no está exenta y debe regirse por los mismos, permitiendo un involucro profundo, con participación bilateral, por lo que el médico debe mostrar interés y empatía por el paciente, aprender a escucharlo y mejorar su lenguaje paraverbal (25).

El presente trabajo busca evaluar la competencia comunicativa del médico mediante la Guía observacional de Calgary-Cambridge (22). Con este instrumento se busca mostrar

los principales hallazgos sobre habilidades comunicacionales efectivas del médico en una entrevista médica estructurada. Las habilidades comunicacionales del médico son conductas e instrumentos técnicos aplicados en la entrevista, para la ejecución de tareas específicas

que permitirán al profesional médico obtener la información útil para integrar un diagnóstico y establecer un plan de tratamiento (26), así como favorecerán la interacción médico-paciente (modelo bidireccional), donde el paciente podrá participar activamente bajo la guía del médico (22).

El objetivo general de la Guía observacional de Calgary-Cambridge (GCC), es correlacionar la calidad del proceso comunicativo y la satisfacción del paciente y de esta manera propiciar adherencia terapéutica (22).

La GCC establece un marco estructural general de la consulta médica y de manera simultánea busca erigir la relación médico-paciente (15). La guía divide la entrevista médica en cinco etapas:

1. Inicio de la sesión (preparación, estableciendo el contacto inicial e identificando los motivos de consulta)
2. Recopilación de información (exploración de problemas, comprendiendo la perspectiva del paciente)
3. Examen físico
4. Explicación y Plan de Acción (proveyendo el tipo y cantidad adecuada de información, ayudando a la comprensión del problema, incorporando la perspectiva del paciente, opciones de explicación y planes de acción)
5. Cerrar sesión (hacer resumen final, acordar los pasos a seguir, establecer planes de contingencia, chequeo final).

La Guía Calgary Cambridge cuenta con 70 items. Se creó el Global Consultation Rating Scale (GCRS) o Escala Global de Evaluación de Consulta (adaptación de la Guía Calgary-Cambridge a Latinoamérica), que evalúa todos los momentos de la entrevista clínica según 12 dominios. Los dominios evaluados son (8):

- Inicio de la sesión: Saluda al paciente, se presenta e introduce la naturaleza de la entrevista, demuestra interés y respeto, se interesa por la comodidad física del paciente, utiliza una pregunta inicial apropiada.
- Identificación del problema: Escucha atentamente, minimiza las interrupciones y da libertad al paciente; invita al paciente a contar sus problemas desde que comenzaron hasta la fecha; hace chequeos y auscultaciones para evaluar otros problemas y agenda cita.
- Exploración del problema: Usa preguntas abiertas y cerradas, pasando apropiadamente de una a otra; facilita las respuestas verbales y no verbales del paciente, por ejemplo con silencios, repeticiones, paráfrasis; recoge y responde a señales verbales y no verbales (lenguaje corporal, habla, expresión facial); aclara explicaciones vagas o que necesitan ser ampliadas; resume regularmente lo dicho e invita al paciente a corregir su interpretación o a dar mayor información; utiliza un lenguaje claro y de fácil comprensión (evita la jerga técnica).

– Perspectiva del paciente: Asume activamente la perspectiva del paciente (ideas, inquietudes, expectativas, sentimientos, efectos sobre su vida); responde apropiada y sensiblemente al paciente y explora aún más su perspectiva.

– Comunicación no verbal: Adopta un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual, posturas, posiciones, movimientos, expresiones.

– Desarrollo de una buena relación: Reconoce los puntos de vista y sentimientos del paciente, no emite juicios de valor; recurre a la empatía para comunicar su apreciación de

los sentimientos o de la situación del paciente; brinda apoyo: expresa su preocupación, su comprensión, su voluntad de ayudar.

– Facilitación de estructura: Avanza de una sección a otra, recurriendo a conectores lógicos, incluye la justificación de la siguiente sección; estructura la entrevista en secuencias lógicas, toma en cuenta el tiempo, mantiene la entrevista centrada en el tema.

– Facilitación de la cantidad correcta y del tipo adecuado de información: Segmenta, evalúa, se vale de la respuesta del paciente para guiarle en los siguientes pasos; evalúa el punto de partida del paciente (es bueno si adapta su explicación); descubre qué otra información ayudaría al paciente; busca y aborda las necesidades de información del paciente.

– Ayuda a la comprensión y recuerdo preciso: Organiza la explicación (es bueno se recurre a correctores lógicos/resume); comprueba que el paciente entiende (es bueno si le pide al paciente reestructurar la información facilitada); utiliza un lenguaje claro, evita la jerga técnica y el lenguaje confuso.

– Adopción de la perspectiva del paciente: Relaciona sus explicaciones con el cuadro clínico del paciente; alienta al paciente a dar sus impresiones, sentimientos e ideas propias (es bueno si responde bien); asimila y responde a señales no verbales y verbales encubiertas del paciente.

– Planificación y toma de decisiones en común: Explora las opciones manejables con el paciente; involucra al paciente en la toma de decisiones (es bueno si manifiesta el deseo de participar); negocia apropiadamente un plan de acción mutuamente aceptable.

– Cierre de la sesión: Acuerda con el paciente los próximos pasos, redes de seguridad; resume brevemente la sesión, aclara el plan de atención médica; verificación final de que el paciente está de acuerdo y se siente conforme con el plan de acción.

Considerando que la Guía Calgary-Cambridge modificada valora la competencia comunicativa del médico durante la entrevista médica de forma cualitativa, ya que cada ítem se califica como efectuado/no efectuado, con el fin de obtener resultados cuantitativos de este instrumento, para este trabajo se calificará según la escala de Likert que va de 0: no realizado, 1: regularmente realizado y 2: bien realizado.

La escala de Likert es un método de investigación que utiliza una escala de calificación para conocer el nivel de satisfacción de un servicio recibido o acción realizada.

Al buscar información que proporcione una forma adecuada de calificar este instrumento, existe poca documentación entre la que se encontró una publicación (22), que señala que para considerar la competencia comunicativa del médico como eficiente, este debe cumplir con la realización de por lo menos el 80% de los ítems contenidos en la Guía Calgary Cambridge modificada (Anexo 1).

De acuerdo con lo anterior, para esta investigación, se propone interpretar los resultados de la competencia comunicativa como competente o aún no competente, según el siguiente cuadro.

<b>Competencia comunicativa del médico</b>	<b>Score</b>
Competente	54-68
Aún no competente	<54

Asociar la competencia comunicativa del médico con la satisfacción del paciente de la consulta recibida también es el objetivo del presente trabajo. Por lo anterior también se usó la Encuesta anónima para conocer la satisfacción del paciente con comunicación del médico-paciente (ACoMPa).

La Encuesta Anónima para conocer comunicación del médico y el paciente, es un cuestionario ya validado, simplificado y adecuado. Se realizó la redacción definitiva con 14 ítems. Para estimar la Adecuación de la ACoMPa se enfocó en los comportamientos del médico, y no solo la satisfacción del paciente con la atención en general. Las variables que dependían del comportamiento del médico: 1-Cordialidad. 2-Fue escuchado/a. 3-Compresión/Empatía. 4-Confianza. 5-Lenguaje no verbal/paraverbal. 6-Explicaciones sobre salud/enfermedad. 7-Explicaciones sobre Procedimientos (ex. complementarios/tratamientos) 8-Rol (29).

La percepción del paciente de la consulta médica recibida, se midió con la escala de Likert: completamente satisfecho (5), satisfecho (4), neutral (3), insatisfecho (2) y completamente insatisfecho (1)(29).

		<b>ACoMPa</b>				
<b>Variable dependiente del comportamiento del médico</b>	<b>Itemsu</b>	1	2	3	4	5
Cordialidad	¿Considera que el trato que recibió del médico fué cordial?					
Fue escuchado	¿Fue escuchada(o) por el médico durante la entrevista?					
Empatía	¿Se sintió comprendido por el médico?					
Confianza	¿El médico le transmitió confianza?					
CNV	¿Cómo diría que fue el lenguaje gestual del médico?					
Explicaciones	¿Entendió bien la explicación sobre su salud?					
Explicaciones	¿Entendió la explicación sobre estudios y tratamiento?					
Empatía	¿Siente que el médico le ayudó a decidir mejor?					
Confianza	¿Aceptó lo que debe hacer?					
Explicaciones	Al preguntar sobre opciones ¿Atendió su pedido?					
CNV	¿Entendió la letra del médico?					
Cordialidad	¿Se sintió respetada(o) por el médico?					
Empatía	¿Sintió concordancia entre usted y el médico?					
	¿Cuál fue su satisfacción de la consulta en general?					

Dado que los autores no dan una forma de calificación específica, para este trabajo se propone calificarlo de la siguiente manera:

<b>Satisfacción del paciente de la comunicación médico-paciente</b>	<b>Score</b>
Satisfecho	56-80
Regularmente satisfecho	44-55
Insatisfecho	<44

La satisfacción del paciente es el sentimiento de bienestar o placer una vez recibida la consulta médica, debido a que el paciente considera que fueron cubiertas sus expectativas. El evaluarla entra en el ámbito de la subjetividad del paciente. Medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es importante porque está aceptado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas, terapéuticas para mejorar su salud y reduce el número de quejas (29).

Dentro de las ventajas que nos aporta el conocer la satisfacción de los pacientes, es alertar al profesional médico sobre preocupaciones, necesidades y percepciones de los usuarios acerca de la atención recibida, pero también son útiles para diseñar programas de planificación, evaluación e identificación de áreas de mejora (27).

En términos generales se dice que hay estrategias que fomentan la comunicación efectiva del médico (28)

- Es indispensable que el profesional de la salud se presente con una vestimenta apropiada y una esmerada higiene. La primera impresión es crucial para construir una buena relación.
- Respetar la confidencialidad del paciente y mantener su privacidad.
- Saludar al paciente, al mismo tiempo que se presenta formalmente.

- Saludar al paciente por su nombre; ser el primero en saludar.
- Sentarse frente al paciente, de preferencia a la misma altura. Hacer que el paciente se sienta cómodo.
- Establecer contacto visual constante con el paciente. El contacto visual indica que el oyente está comprometido.
- Mostrar interés en lo que el paciente y el familiar (acompañante) dicen, según su lenguaje verbal, no verbal y paraverbal.
- El médico debe estar alerta sobre sus expresiones no verbales y paraverbales, es decir, su lenguaje corporal.
- Evitar usar lenguaje médico (técnico-científico); usar un vocabulario acorde con las necesidades sociales y culturales del paciente y su familia.
- Asentir con la cabeza puede convencer al paciente de que usted ha comprendido su problema.
- No interrumpir al paciente cuando esté expresando algo. Permitir el tiempo suficiente para que responda una pregunta.
- Demostrar constantemente interés por el paciente. Nunca juzgarle.
- Brindar información sobre todo lo que el paciente o el familiar deseen saber. Al realizar un procedimiento médico, informar al paciente o al familiar de en qué consiste.
- Mencionar siempre el curso y el pronóstico de la enfermedad, así como su tratamiento.
- Preguntar al paciente si le gustaría agregar algo más, o si tiene dudas.
- Hacer un resumen de la entrevista médica, brevemente, para verificar la propia comprensión.
- Motivar al paciente para asegurar la adherencia del tratamiento, clarificar el plan de tratamiento.

Cinco principios que rigen la “comunicación efectiva”:

1. Asegura una interacción en vez de una transmisión directa o simplemente entrega de información (venga ella del médico o del paciente). Hay intercambio y “feedback” (retroalimentación); hay oportunidades para intercambiar preguntas y respuestas, clarificaciones, etc. Para establecer un terreno en común, mutuamente entendido, se requiere interacción (Moore).
2. Reduce la incertidumbre innecesaria. La incertidumbre distrae la atención e interfiere con la precisión, la eficiencia y la relación. Podemos, por ejemplo, reducir la incertidumbre

sobre cómo el médico va a llevar a cabo la entrevista, sobre las expectativas que el paciente tiene de la visita al doctor, sobre la manera en que el equipo de salud trabaja. (Moore)

3. Requiere planificación, basada en los “outcomes” o resultados que se pretende conseguir. La efectividad sólo se puede determinar en el contexto de los resultados que el médico y/o el paciente estén tratando de alcanzar.

4. Demuestra dinamismo, el médico debe reaccionar frente a la conducta del paciente, volviendo al concepto de “Frisbee”. Implica flexibilidad y requiere que el médico desarrolle un repertorio de habilidades que le permitan aproximarse en forma diferente a los distintos pacientes o bien al mismo paciente, pero en diferentes circunstancias.

5. Sigue un modelo helicoidal más que lineal. Si se quiere lograr una comprensión completa y precisa, se tiene que volver nuevamente sobre la información y quizás una vez más, de una manera helicoidal, subiendo cada vez por la espiral a un nivel de comprensión diferente. La repetición, la reiteración, el feedback, son elementos esenciales de una comunicación efectiva.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía México cuenta con 305,418 médicos generales y especialistas (familiares y no familiares). De cada 100 médicos, 68 laboran para Instituciones, 29 para empresas y 3 en el sector informal. Todos con un nivel académico mínimo de licenciatura o más, como diplomados, especialización médica, maestría, doctorados etc. Quienes durante nuestra formación académica debimos cumplir con la malla curricular de nuestras respectivas universidades, adquiriendo las competencias necesarias que demanda nuestra profesión; nos hemos visto envueltos los últimos años en un incremento acelerado de demandas y quejas según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Lo que ha llevado a muchos médicos a practicar la llamada medicina defensiva, es decir a no tomar decisiones de riesgo por miedo a las reclamaciones, sometiendo al paciente a multitud de pruebas y referencias, muchas de ellas innecesarias como medio de protección con el fin de salvaguardar su integridad profesional.

Partiendo del precepto de competencia profesional (competencias clínicas y comunicativas) con el que egresamos todos los médicos de las universidades y considerando que hoy en día se cuenta con mayores recursos tecnológicos que nos permiten establecer diagnósticos certeros y tratamiento oportuno que mejoran el pronóstico, así como la oportunidad de educación continua al alcance de todos los profesionales médicos, en donde se esperaría mejores resultados y cumplimiento de las expectativas de los pacientes, ya que los médicos hoy en día contamos con un curriculum que respalda nuestra competencia; es entonces que nace la inquietud con respecto al incremento de la insatisfacción manifestada por los pacientes, siendo según la CONAMED dentro de las principales causas la deficiente comunicación con el médico. Los pacientes se quejan que no se le esclarecen dudas sobre su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Todo lo anterior compromete el bienestar del paciente, la actividad laboral y económica de nosotros como médicos y la estabilidad de los servicios de salud en México. Lo cual hace pensar a quien escribe estas líneas, que los médicos cuentan con competencia técnico-científica, no así competencia comunicativa. Por lo anterior surge la siguiente interrogante:

¿Qué asociación existe entre la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente con la consulta médica recibida?



## 5. JUSTIFICACIÓN

Partiendo del modelo de atención vigente en México, se sabe que el 85% del total de servicios otorgados corresponde al primer nivel de atención, seguido de 12% de las atenciones que se otorgan en el segundo nivel (hospitales generales) en tanto que 3% provienen del tercer nivel de atención (u hospitales de alta especialidad). Considerando exclusivamente las inconformidades originadas en los servicios prestados por las unidades del primer nivel de atención (centros de salud, unidades de medicina familiar, principalmente) se observa que 90 de cada cien quejas tuvieron lugar en el sector público, en tanto que el 10% restante se originó en el sector privado.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través de la Dirección General de Difusión e Investigación se ha dado a la tarea de emprender un proyecto de análisis de información estadística sobre la queja médica, estableciendo que de las instituciones públicas involucradas en la ocurrencia de incidentes que han dado origen a la presentación de quejas, destaca en particular el IMSS por su alta frecuencia con 1,484 casos (73.3%) siendo en parte esperable por reflejar la más alta cobertura en el país. Sigue en importancia el ISSSTE con 275 quejas (13.6% del total) y con solo 38 quejas (1.9%) la Secretaría de Salud (SSA) y las Secretarías Estatales de Salud (SESA). Durante el periodo del 2002 al 2017 analizado los tres principales motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas en el primer nivel de atención se refieren a los problemas con el diagnóstico (31.5%), con el tratamiento médico (25.5%) y con la relación establecida entre el médico y el paciente (21.7%). Motivos estrechamente relacionados con la comunicación médico-paciente.

Los laudos constituyen una modalidad de conclusión de la queja, son el resultado obtenido al término del proceso arbitral. Pueden concluir de manera absolutoria, en las que se absuelve al prestador del servicio de las pretensiones solicitadas por el usuario si durante el procedimiento arbitral no se logra identificar elementos constitutivos de mala práctica y/o una relación de causalidad entre la atención médica brindada y el daño y/o perjuicio presentado en el usuario, o de manera condenatoria, en donde se demuestra la existencia de una práctica y una relación de causalidad entre el servicio médico brindado y el daño y/o perjuicio sufrido, por lo que se condena al prestador de servicios al cumplimiento de las pretensiones mencionadas por el usuario.

La mayor cantidad de laudos emitidos tuvieron relación con el ISSSTE con 16 laudos (69.6%), de los cuales seis fueron condenatorios.

Tanto el término «competencia» como el de «comunicación» han sido ampliamente conceptualizados y estudiados desde diversas perspectivas, y en medicina hoy en día se acepta que la comunicación es una dimensión importante de la competencia profesional del médico. En un sentido amplio, la competencia comunicativa implica aspectos lingüísticos, psicológicos y sociológicos, y debe entenderse como la capacidad de saber qué decir, a quién, cuándo, cómo decirlo y cuándo callar, e implica el uso de habilidades y estilos específicos en consonancia con las características y exigencias de los participantes y contextos donde tiene lugar la comunicación.

El uso de adecuadas competencias comunicativas le permite al médico obtener mejor información del paciente, favoreciendo diagnósticos acertados y una mayor adherencia a los tratamientos, se reducen problemas legales, situaciones de estrés y ansiedad, y se logra una mejor satisfacción tanto para el médico por la labor realizada como para el paciente por la atención recibida. Todo lo anterior invita a determinar si la competencia comunicativa médica es determinante para lograr satisfacción del paciente por la consulta médica recibida.

La queja médica representa la inconformidad del usuario de los servicios de salud por una acción u omisión del prestador de los servicios. El usuario de los servicios de salud durante el proceso que transcurre desde el diagnóstico de un problema, hasta su tratamiento y eventual recuperación, puede percibir que la atención recibida no fue del todo satisfactoria, detectando real o potencialmente una amenaza a su estado de salud. Estos actos que no en pocos casos incluyen omisiones, pueden originar daños que desemboquen en la presentación de la queja médica por parte del usuario. En este sentido, es importante partir de que el paciente constituye el elemento más vulnerable del Sistema de Salud, ya que su posición lo condiciona a requerir ayuda de un profesional que restablezca su salud, lo que inevitablemente lo convierte en el protagonista central del acto médico, quien percibe en su plenitud, y a lo largo de todo el proceso médico, todos aquellos actos y/o procesos en los cuales pueden ocurrir fallos, inclusive desde aquellas de carácter administrativo hasta las vinculadas con la relación médico paciente, pasando por los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Por otra parte, los servicios otorgados en el primer nivel de atención, constituyen en muchas ocasiones, el primer contacto, y probablemente el más importante para el paciente que requiere de los servicios médicos prestados, cuyo resultado se verá reflejado en el mejoramiento o deterioro de su salud; en contraste, un mal diagnóstico repercutirá en su vida, y en el desarrollo natural de su padecimiento; siendo que, una inadecuada atención inicial puede ser el principio de malos resultados y repercusiones irreversibles. Debemos contextualizar, además que “las quejas en el ámbito de la salud, no son solo un problema médico, sino que representan un problema social, mediante el cual los usuarios expresan expectativas no cumplidas (insatisfacción) por el sistema de salud”.

Una manera indirecta de conocer el desempeño de la institución médica es por medio de la evaluación documental del acto médico que dio origen a la presentación de la queja, ya que es a través de dicha evaluación que puede conocerse la forma en que se realiza la práctica médica dentro de las instituciones; y aunque el desempeño institucional involucra más factores, en cierta medida, es el reflejo del desempeño de los prestadores de la atención, además de que las quejas médicas representan altos costos para las Instituciones de Salud. Por lo anterior el análisis de la relación entre la competencia comunicativa del médico, implícita en todo el proceso de la atención médica y la percepción del paciente acerca de la calidad de la consulta médica; en donde está involucrada la satisfacción o insatisfacción del mismo, es trascendental para establecer acciones que mejoren la calidad de servicios de salud que ofrece el Sistema de Salud Mexicano.

## 6. OBJETIVOS

### General

Determinar la asociación que existe entre la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente con la consulta médica recibida.

### Específicos

Determinar la anterior influencia de acuerdo con:

#### Médico:

- Sexo
- Edad
- Turno
- Especialidad
- Años de práctica (menos de 5 años, más de 5 años)

#### Paciente:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Atención médica (primera vez o subsecuente)

## **7. HIPÓTESIS**

Si el médico posee competencia comunicativa, entonces la percepción del paciente acerca de la consulta médica será satisfactoria.

## 8. METODOLOGÍA

### TIPOS DE ESTUDIO

- Observacional debido a que no se realizará ninguna intervención que modifique el fenómeno estudiado, descriptivo pues solo se describirá las características de las variables estudiadas, prospectivo porque se recabarán datos obtenidos a partir del diseño de la investigación y transversal, porque las mediciones de las variables se harán en una ocasión.

### POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

- La población está conformada por derechohabientes pertenecientes a la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del I.S.S.S.T.E y médicos que otorgan consulta médica en dicha unidad. Durante el periodo comprendido de Abril a Junio del 2023.

### CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### INCLUSIÓN

- Pacientes derechohabientes adscritos a la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero del I.S.S.S.T.E.
- De ambos sexos.
- Mayores de 18 años.
- Que sepa leer y escribir.
- Con función neurológica, auditiva y visual conservada.
- Pacientes que soliciten consulta médica independiente a su estado de salud.

## EXCLUSIÓN

- Pacientes no derechohabientes.
- Menores de 18 años.
- Analfabetas.
- Discapacidad neurológica, auditiva y visual
- Pacientes que soliciten atención administrativa.
- Pacientes que requieran atención urgente

## ELIMINACIÓN

- Pacientes que pierdan derechohabiencia.
- Pacientes que cambien de un domicilio no adscrito a la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero.
- Menores de 18 años.
- Pacientes analfabetas
- Pacientes que hablen un idioma distinto al español.
- Pacientes con alguna discapacidad sensorial (visual y auditiva).

## TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Médicos: no habrá muestreo, se estudiará a todo el universo de médicos que otorga consulta médica.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA POBLACIONAL PARA LOS PACIENTES

- Muestra no probabilística (conveniencia).
- Tamaño de la muestra según: precisión o nivel de error, nivel de confianza y variabilidad.

$$n = \frac{Z^2 \cdot o^2 \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 o^2}$$

n= es el tamaño de la muestra poblacional a obtener

N= es el tamaño de la población total

o= desviación estándar de la población 0.5

Z= Niveles de confianza 95% (1.96)

e= límite aceptable de error muestral 5% (0.5)

Con estos datos se obtiene una muestra de 204 pacientes, a evaluar .

## VARIABLES DE ESTUDIO

	Nombre de la variable	Concepto de la variable	Operacionalización de la variable (cómo se va a medir)	Tipo de variable	Nivel de medición de la variable
MÉDICO	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la actualidad de la persona	Años cumplidos	Cuantitativa	Discontinua
	Sexo	Genero	Hombre/mujer	Cualitativa	Nominal
	Habilidad comunicativa	Capacidad y facilidad de comunicarse con el paciente	presente/ausente	Cualitativa	Nominal
	Competencia comunicativa	Conocimientos, actitudes, habilidades de comunicar, evaluados a través de la Guía de Calgary-Cambridge modificada.	Competente/aun no competente	Cualitativa	Ordinal
	Categoría laboral	Tipo de contratación	Base/Interinato/Residente	Cualitativa	Nominal
	Especialidad	Especialidad del médico consultante	Familiar/pediatra/ginecoobstetra	Cualitativa	Nominal
	Consulta médica	Consulta a un profesional médico titulado para diagnóstico, examen, tratamiento, seguimiento, consejo o cualquier otro trámite por algún problema, molestia o enfermedad de la persona entrevistada.	Presente/ausente	Cualitativa	Nominal
	Años de práctica médica	Tiempo expresado en años de ejercer la medicina	Mayor de 5 años/ Menor de 5 años	Cuantitativa	Discontinua
	Aliño personal	Aseo, buen orden en la limpieza de cosas y lugares y en el atuendo del	Bueno/regular/malo	Cualitativa	Ordinal

		médico.			
	Actitud	Disposición a comunicarse y empatizar	Buena/mala	Cualitativa	Ordinal
	Conocimiento de la comunicación	Conocer las bases de la comunicación entre el médico y el paciente.	Adecuado/inadecuado	Cualitativa	Ordinal
PACIENTE	Paciente	Tipo de derechohabencia	Derechohabiente/no derechohabiente	Cualitativa	Nominal
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la actualidad de la persona	Años cumplidos	Cuantitativa	Discontinua
	Sexo	Genero	Hombre/mujer	Cualitativa	Nominal
	Turno	Horario laboral del médico y atención del paciente.	Matutino/vespertino	Cualitativa	Nominal
	Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona con la posición económica y social individual y/o familiar.	Alta/Media-alta/media/Media-baja/Baja-alta/Baja-baja	Cualitativa	Ordinal
	Ocupación	Actividad	Empleado/desempleado/estudiante	Cualitativa	Nominal
	Condiciones de la enfermedad	Se refiere a la severidad, instalación y progresión de la enfermedad.	Aguda/crónica Leve/moderada/severa	Cualitativa	Ordinal
	Estado de salud	Situación del individuo, que expresa ausencia o presencia de enfermedad.	Sano/enfermo	Cualitativa	Nominal
	Elección o no del médico	Libertad del paciente para escoger a su médico	Si/no	Cualitativa	Nominal
	Tipo de consulta	Atención médica impartida en relación a la unidad médica, servicio, turno y patología.	Primera vez/subsecuente	Cualitativa	Nominal
	Satisfacción de la consulta médica	Sentimiento de bienestar del paciente cuando ha sido cubierta su necesidad	Muy satisfecho/medianamente satisfecho/ poco satisfecho	Cualitativa	Ordinal



## MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

El proceso para la obtención de información sobre la competencia comunicativa del médico, se realizó a través de la Guía de Calgary-Cambridge modificada GCC-GCRS para Latinoamérica y la satisfacción del paciente con la consulta recibida, con la encuesta anónima de comunicación médico-paciente ACoMPa.

A los médicos se les aplicará la GCC durante el transcurso de la consulta médica, tanto el turno matutino como vespertino, es decir durante su jornada laboral. La investigadora la aplicará sin interrupciones durante la entrevista médica.

A los pacientes se les aplicará la encuesta ACoMPa, al término de la consulta médica en la sala de espera. La propia investigadora hará la encuesta.

La aplicación del instrumento a los médicos se realizará en cada consulta que otorgue durante las primeras tres horas de su jornada laboral, tanto con médicos del turno matutino como del vespertino. Se calcula aplicar el instrumento 12 veces al mismo médico por turno.

Al término de cada consulta, se acompañará al paciente a la sala de espera y se le explicará brevemente el objetivo de la investigación y si consiente en participar, se le aplicará la encuesta ACoMPa. El tiempo calculado para ello es de 5 minutos; tiempo en el cual el siguiente paciente, que ya ingresó al consultorio con el médico, está siendo abordado por personal de enfermería para la toma de signos vitales, de tal manera que permitirá a la investigadora responsable incorporarse a la evaluación del médico en su siguiente consulta.

### CRONOGRAMA DE TESIS

ELEMENTOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	FECHA	OBSERVACIONES
Título	16 de Febrero al 28 de Febrero del 2023 (13 días)	
Índice general	02 de junio al 05 de Junio del 2023 (4 días)	Pendiente una vez estructurado cada apartado.
Marco teórico	16 de Febrero al 31 de Marzo del 2023 (44 días)	
Planteamiento del problema	16 de Febrero al 28 de Febrero del 2023 (13 días)	
Justificación	8 de Marzo al 15 de Marzo del 2023 (8 días)	
Objetivos	15 de Marzo al 22 de Marzo del 2023 (8 días)	Generales y específicos
Hipótesis	15 de Marzo al 22 de Marzo del 2023 (8 días)	
Metodología 1	22 de Marzo al 29 de Marzo del 2023 (8 días)	Tipo de estudio, población, lugar y tipo de estudio, tipo de muestra y tamaño de la muestra, criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.
Metodología 2	23 de Marzo al 28 de Abril del 2023 (37 días)	Información a recolectar, método para captar la información, consideraciones éticas.
Resultados	29 de Mayo al 12 de Julio del 2023 (45 días)	Análisis estadístico, tablas, cuadros y gráficas.
Discusión	15 de Julio al 22 de Julio del 2023 (8 días)	Análisis clínico de los resultados
Conclusiones	22 de Julio al 29 de Julio del 2023 (8 días)	Sugerencias o recomendaciones del investigador.
Referencias bibliográficas y anexos	29 de Julio al 05 de Agosto 2023 (8 días)	
Término de tesis	07 de Agosto del 2023	Tesis impresa 11 de Agosto del 2023

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud Artículo 17, este trabajo se clasifica dentro de la categoría I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Y de acuerdo a la Declaración de Helsinki promulgada por La Asociación Médica Mundial (AMM) como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, se han tomado las precauciones pertinentes en todos los participantes en la investigación con el fin de resguardar su intimidad personal y confidencialidad de su información personal. Además de que otorgaron de forma voluntaria su consentimiento informado.

Al médico se le preguntará si está interesado en conocer sus resultados de su evaluación de su competencia comunicativa. Y como grupo de médicos se propondrá a los directivos sesiones de capacitación en competencia comunicativa médica. Al paciente insatisfecho se le ofrecerá que, con base en la información obtenida, se buscará capacitar al médico y otras estrategias específicas para mejorar la calidad de la comunicación durante la consulta médica.

## PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto con siete médicos y siete pacientes. Se encontró lo siguiente: Con los médicos en general se obtuvo una buena disposición para participar en la investigación y aceptar la presencia del evaluador (investigadora responsable) durante todo el tiempo que duró la consulta médica. De esta prueba piloto dos adscritos, con categoría de médico general, no aceptaron participar; uno argumentó que no estaba interesado y otro que no se sentía cómodo con la presencia de un observador durante la consulta.

Como parte de los hallazgos se detectó la necesidad de ajustar la forma de calificar algunos ítems de la guía Calgary-Cambridge modificada: en la dimensión de inicio de la sesión, el ítem del saludo solamente se calificará en términos de si lo realiza o no lo realiza, lo mismo ocurre con el ítem de presentación del médico. Para todos los demás ítems no se encontró dificultad para su calificación de acuerdo a la escala de Likert antes descrita.

Al explicarles a los pacientes que la finalidad de esta investigación será mejorar la comunicación médico-paciente y como consecuencia mejorar la calidad de la atención médica que reciben, hubo buena disponibilidad para ser parte de ella, así como interés en conocer los resultados.

Durante la aplicación de la encuesta ACoMPa a los pacientes, no se tuvo dificultad en la comprensión de los ítems por parte del paciente. Cabe mencionar acerca del ítem sobre la legibilidad de la letra del médico que, al realizar las recetas médicas, éstas no siempre son escritas por el médico evaluado, sino por médicos en formación que tiene a su cargo. El tiempo que tomó la aplicación de este instrumento no fue mayor de 5 minutos.

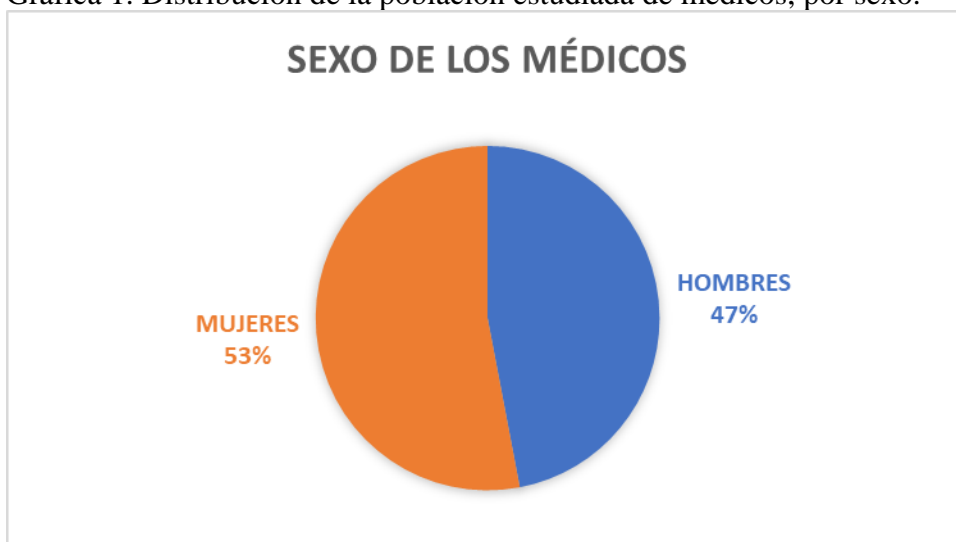
## RESULTADOS

### Descripción de la muestra (médicos).

Se incluyeron 17 médicos que reunieron los criterios de selección y firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Como se puede observar en la gráfica 1, la mayor cantidad de médicos estudiados, corresponde al sexo femenino, con el 53%.

Gráfica 1. Distribución de la población estudiada de médicos, por sexo.



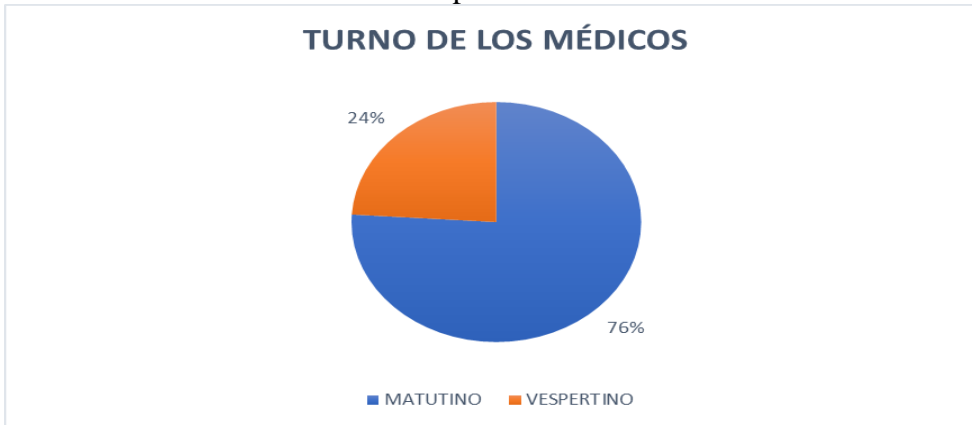
En la tabla 1, se observa que la mayoría de los médicos se encuentran en el rango de edad de 51 a 60, lo que corresponde al 35%.

Tabla. 1 edad de los médicos por rangos de edad

EDAD	MÉDICOS	PORCENTAJE
21-30 años	1	6%
31-40 años	4	24%
41-50 años	5	29%
51-60 años	6	35%
61-70 años	1	6%

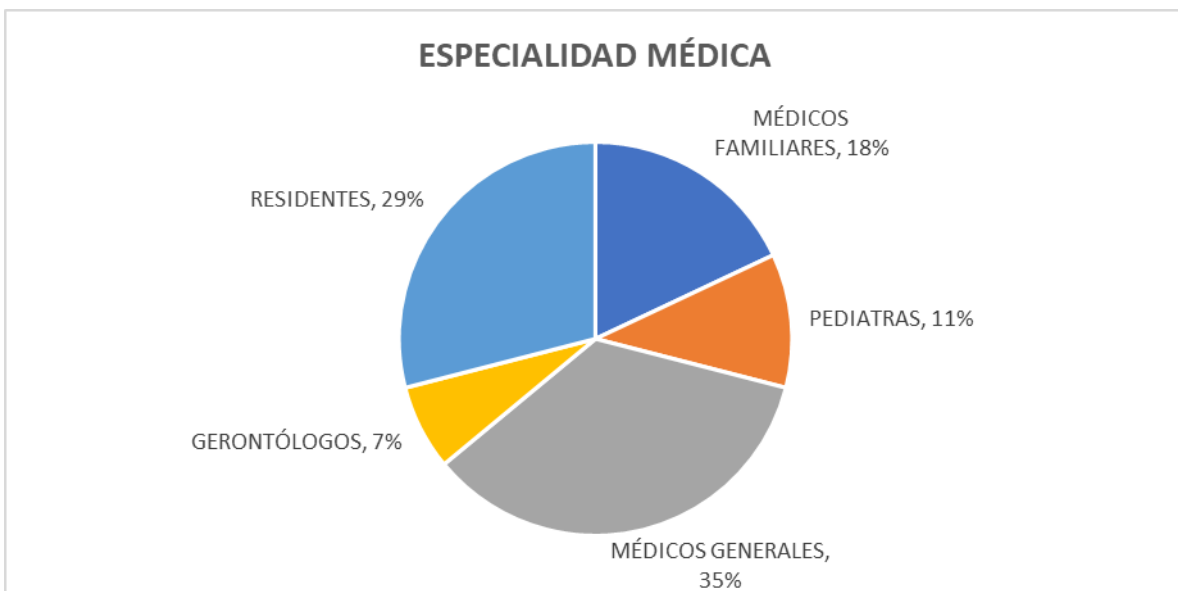
El 76% de los médicos evaluados, pertenecen al turno matutino (gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución de médicos por turno



La proporción por especialidad de médicos evaluados en este estudio, que otorgan consulta de medicina familiar se muestra en la gráfica 3. En su mayoría son médicos generales con un 35%.

Gráfica 3. Proporción de médicos estudiados por especialidad.



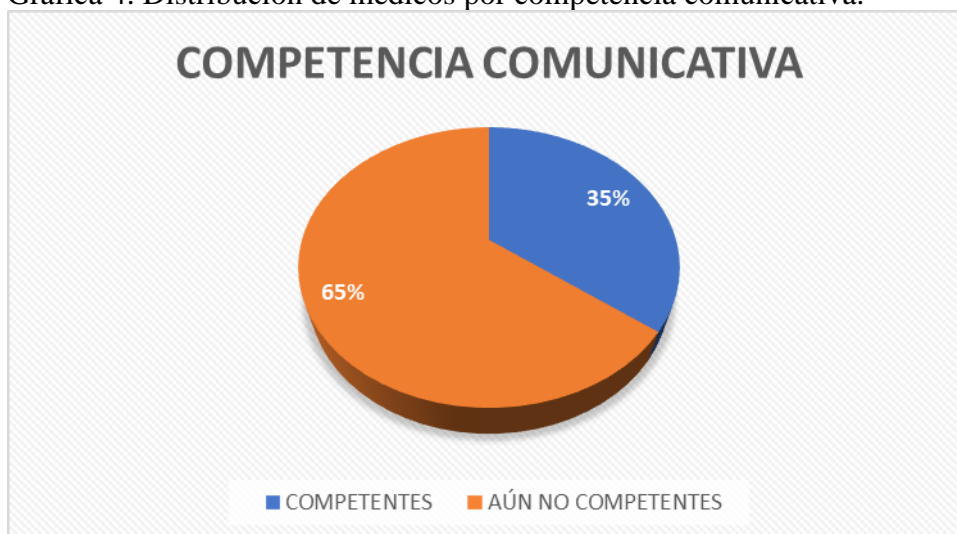
Los médicos estudiados en gran medida tienen más de 5 años de práctica médica, lo que corresponde al 82% de ellos (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de médicos por años de práctica médica.

AÑOS DE PRÁCTICA	MÉDICOS	PORCENTAJE
> 5 años	14	82%
< 5 años	3	18%

Del universo de médicos evaluados en este estudio, el 35% de ellos fueron calificados como competentes (gráfica 4).

Grafica 4. Distribución de médicos por competencia comunicativa.



### Descripción de la muestra de pacientes

Del cien por ciento de la muestra estudiada que corresponde a 204 pacientes, el 59% fueron mujeres y el 41% hombres, según lo muestra la tabla 3.

Tabla 3. Distribución de pacientes estudiados por sexo

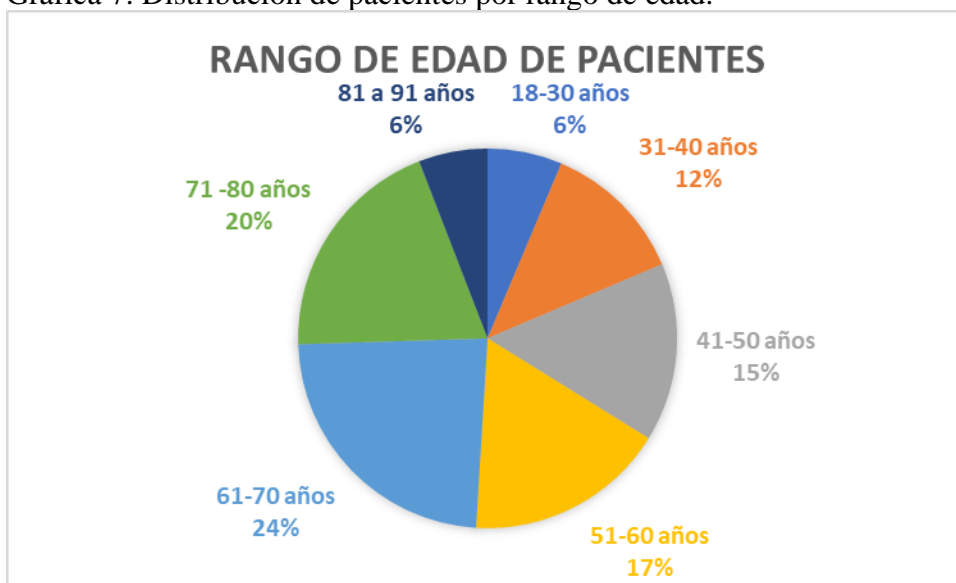
SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
HOMBRES	84	41%
MUJERES	120	59%
TOTAL	204	100%

El rango de edad al que pertenecían la mayoría de los pacientes estudiados, es de 61 a 70 años que corresponde al 24% y en su minoría los rangos de edad de 18 a 30 y mayores de 81 años, según lo muestran la tabla 4 y la gráfica 6.

Tabla 4. Distribución de pacientes por rango de edad

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
18-30 años	13	6%
31-40 años	25	12%
41-50 años	31	15%
51-60 años	35	17%
61-70 años	48	24%
71 -80 años	40	20%
81 a 91 años	12	6%

Gráfica 7. Distribución de pacientes por rango de edad.

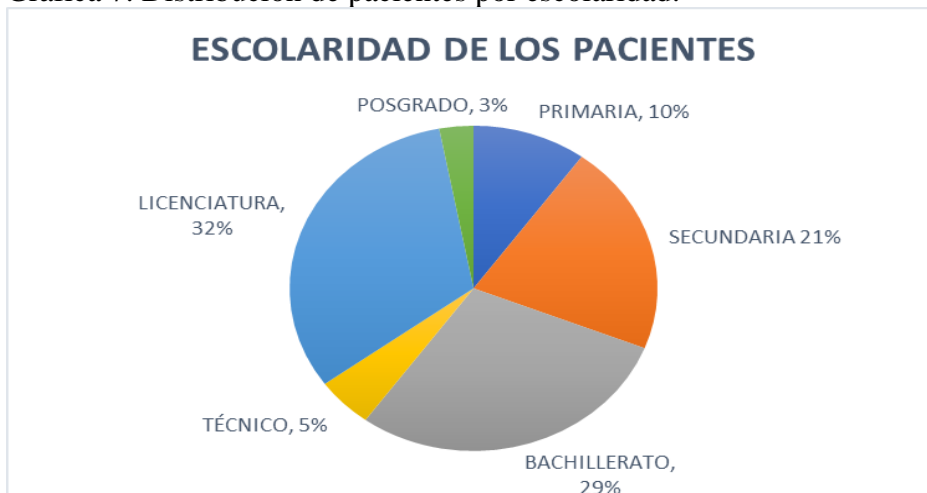


El nivel académico de los pacientes estudiados sobrepasa la educación básica en su mayoría, siendo la licenciatura predominante como lo muestra la tabla 5 y la gráfica 7.

Tabla 5. Distribución de pacientes por escolaridad.

ESCOLARIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
PRIMARIA	21	10%
SECUNDARIA	43	21%
BACHILLERATO	58	29%
TÉCNICO	9	5%
LICENCIATURA	68	32%
POSGRADO	5	3%

Gráfica 7. Distribución de pacientes por escolaridad.

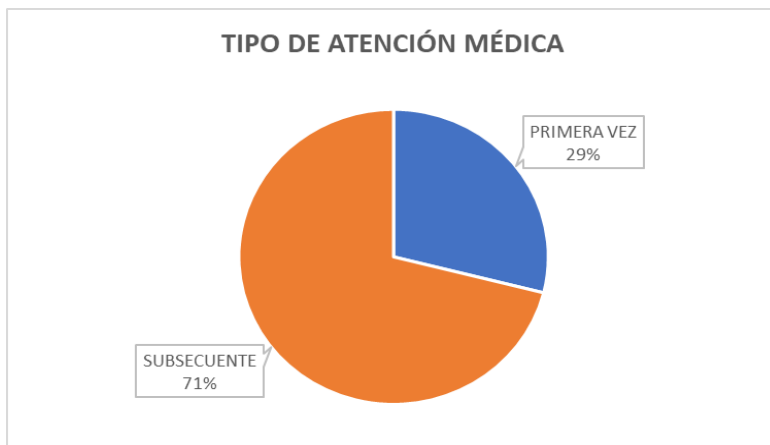


La tabla 6 muestra la ocupación de los pacientes estudiados, encontrando que el 52% de ellos son laboralmente activos.

OCUPACIÓN	PACIENTES	PORCENTAJE
ABOGADO	5	2.5%
ADMINISTRATIVO	42	20%
AL HOGAR	49	25%
ARQUITECTO	1	0.5%
CARPINTERO	1	0.5%
COCINERO	1	0.5%
COMERCIANTE	2	1%
CONTADOR	4	2%
COSTURERA	1	0.5%
DOCENTE	23	12%
ENFERMERA	3	1.5%
ESTUDIANTE	6	3%
INGENIERO	3	1.5%
INTENDENCIA	2	1%
JARDINERO	1	0.5%
JUBILADO	30	15%
MANTENIMIENTO	5	2%
MECÁNICO	1	0.5%
MESERA	1	0.5%
PENSIONADO	10	5%
PLOMERO	1	0.5%
POLICÍA	9	4%
PSICOLOGO	1	0.5%
VETERINARIO	1	0.5%

El tipo de atención otorgada a los pacientes que participaron en este estudio, es predominantemente subsecuente, lo que corresponde al 71%, según lo muestra la gráfica 8.

Gráfica 8. Distribución de población estudiada de acuerdo al tipo de atención médica.



De la población estudiada el 78% corresponde a patologías crónicas, según lo muestra la tabla 7.

Tabla 7. Distribución de pacientes estudiados, por tipo de padecimiento.

TIPO DE PADECIMIENTO	PACIENTES	PORCENTAJE
AGUDO	45	22%
CRÓNICO	159	78%

La satisfacción final de los pacientes con la consulta otorgada por parte de los médicos estudiados, se muestra en la tabla 8. El 6% de los pacientes están insatisfechos, el 82% regularmente satisfechos y el restante, satisfechos.

Tabla 8. Satisfacción final de los pacientes estudiados

GRADO DE SATISFACCIÓN	PORCENTAJE
SATISFECHOS	12%
REGULARMENTE SATISFECHOS	82%
INSATISFECHOS	6.00%

### Cruce de variables

Acerca de la competencia comunicativa del médico por sexo, se observa que son competentes el 35.29% y de este porcentaje la mitad corresponde a mujeres y el otro a hombres (tabla 9). Con un valor de p de 0.317, no estadísticamente significativo.

Tabla 9. Competencia comunicativa del médico por sexo

		AUN NO COMPETENTE	Porcentaje %	SI COMPETENTE	Porcentaje %	Totales	p
Sexo	Femenino	6	35.29	3	17.64	9	.317
	Masculino	5	29.41	3	18.65	8	
Total		11	64.70	6	35.29	17	



La tabla 10, muestra que la competencia comunicativa del médico está asociada a la satisfacción del paciente con la consulta médica recibida. Con un valor de p de 0.000, si estadísticamente significativa.

Tabla 10. Competencia del médico y satisfacción del paciente.

		%		%		%		p	
		INSATISFECHO	PACIENTE REGULARMENTE SATISFECHO	PACIENTE SATISFECHO	TOTALES				
CFINAL	AUN NO COMPETENTE	1	6	10	59	0	0	11	.000
	SI COMPETENTE	0	0	4	24	2	12	6	
Total		1	6	14	82	2	12	17	

Por especialidad se observa que los médicos familiares son quienes tienen un mayor porcentaje de competencia comunicativa, con un 18 % (tabla 11). Con un valor de p de 0.000, estadísticamente significativa.

Tabla 11. Competencia comunicativa del médico según su especialidad

	GERONTOLOGO	MÉDICO GENERAL	MÉDICO FAMILIAR	PEDIATRA	RESIDENTE		p
AUN NO COMPETENTE	0	6 (35%)	0	1 (6%)	4 (24%)	11 (65%)	0.000
SI COMPETENTE	1 (6%)	0	3 (18%)	1 (6%)	1 (6%)	6 (35%)	
TOTAL	1 (6%)	6 (35%)	3 (18%)	2 (12%)	5 (29%)	17 (100%)	

Los años de práctica médica, no son directamente proporcionales a la competencia comunicativa médica (tabla 12). De 14 médicos con más de 5 años de práctica médica, 9 de ellos, aun no son comunicativamente competentes. Con una p de 0.473, no estadísticamente significativa.

Tabla 12. Competencia comunicativa del médico, según años de práctica.

		AUN NO COMPETENTE	SI COMPET	TOTALES	p
AÑOSPRACT	<5	2 (12%)	1 (6%)	3 (18%)	0.473
	>5	9 (53%)	5 (29%)	14 (82%)	
Total		11 (65%)	6 (35%)	17 (100%)	

La satisfacción del paciente está directamente relacionada con la competencia comunicativa médica, lo que corresponde al 35%, según lo muestra la tabla 13. Con una p de 0.000, si estadísticamente significativa.

Tabla 13. Satisfacción del paciente con la consulta médica recibida de acuerdo a la competencia comunicativa del médico.

		AUN NO COMPETENTE	SI COMPETENTE	TOTAL	p
SATISFACCIÓN FINAL	INSATISFECHO	1 (6%)	0	1 (6%)	0.000
	PACIENTE REGULARMENTE SATISFECHO	10 (59%)	4 (23%)	14 (82%)	
	PACIENTE SATISFECHO	0	2 (12%)	2 (12%)	
Total		11 (65%)	6 (35%)	17(100%)	

De acuerdo a la tabla 14, la satisfacción del paciente, si tiene relación con el sexo femenino de los médicos, lo que corresponde al 53%. Con una P de 0.001, si estadísticamente significativo.

Tabla 14. Satisfacción del paciente y sexo del médico.

		PACIENTE INSATISFECHO	PACIENTE REGULARMENTE SATISFECHO	PACIENTE SATISFECHO	TOTAL	p
Sexo	Femenino	0	8 (47%)	1 (6%)	9 (53%)	0.001
	Masculino	1 (6%)	6 (35%)	1 (6%)	8 (47%)	
Total		1 (6%)	14 (82%)	2 (12%)	17 (100%)	

La escolaridad del paciente no está asociada a la satisfacción del paciente. Con una P de 0.196, no estadísticamente significativa, según lo muestra la tabla 15.

Tabla 15. Satisfacción del paciente con su médico, según su nivel de escolaridad

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	ESCOLARIDAD						Total	P
	BACHILLERATO	LICENCIATURA	POSGRADO	PRIMARIA	SECUNDARIA	TÉCNICO		
INSATISFACHO	2 (1%)	4 (2%)	0	2 (1%)	4 (2%)	0	12 (6%)	0.196
REGULARMENTE SATISFECHO	49 (24%)	54 (26%)	4 (2%)	16 (7.5%)	38 (19%)	7 (3%)	168 (82%)	
SATISFECHO	7 (3%)	10 (5%)	1 (0.5%)	3 (1.5%)	1 (0.5%)	2 (1%)	24 (12%)	
	58 (28%)	68 (33%)	5 (2.5%)	21 (10%)	43 (21.5%)	9 (5%)	204 (100%)	

Como se ve en la tabla 16, los pacientes con atención subsecuente se encuentran más satisfechos que insatisfechos, con un porcentaje y valor de P de 0.007, lo cual si es estadísticamente significativo a favor del paciente subsecuente.

Tabla 16. Satisfacción del paciente y tipo de atención de primera vez o subsecuente

	PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	Totales	p
INSATISFECHOS	7 (3%)	5 (2%)	12 (6%)	0.007
REGULARMENTE SATISFECHOS	50 (25%)	118 (58%)	168 (82%)	
SATISFECHOS	2 (1%)	22 (11%)	24 (12%)	
Total	59 (29%)	145 (71%)	204(100%)	

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La competencia comunicativa del médico, considerada como la variable más importante de este estudio, es uno de los mejores indicadores de satisfacción de los pacientes que se han examinado las últimas décadas, ya que a través de ella el médico propicia la interacción entre él y su paciente (bidireccionalidad) (13), permitiendo así la obtención de información necesaria para establecer un diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como la oportunidad de hacer partícipe al paciente en el cuidado de su salud, mediante el empoderamiento del mismo, con el fin de que el paciente adquiera un rol activo en la gestión de su propia salud, usando en todo momento una de las herramientas fundamentales que todo médico debe poseer, la comunicación efectiva. Lo antes mencionado mejora la satisfacción del paciente, pues la competencia comunicativa del médico implica saber comunicarse, la habilidad para hacerlo y la actitud (15), teniendo como fin, proporcionar al paciente la información necesaria sobre su estado de salud o patología, estrategias para mejorar su salud, conductas de riesgo, así como opciones que estén a su alcance, con el fin de preservar su salud y de esa manera propiciar que el paciente actúe en consecuencia del conocimiento otorgado por su médico (26).

Los resultados obtenidos en este estudio, según lo antes descrito revelan que los médicos comunicativamente competentes propician satisfacción en los pacientes que reciben la consulta, según lo muestra la tabla 10, encontrándose diferencia significativa ( $p= 0.000$ ), tal y como lo muestra Fonseca (27) en su artículo de habilidades comunicacionales y la satisfacción del paciente en los servicios de consulta externa. A diferencia de los resultados obtenidos por otros autores, quienes mencionan que al menos un 40% de los pacientes se sintieron satisfechos de la consulta recibida cuando el médico poseía habilidades comunicacionales, en este estudio se obtuvo que el 35% de la población médica estudiada, satisfizo las expectativas comunicacionales de sus pacientes ( $p=0.000$ , tabla 13), además de considerar que el sexo femenino del médico influyó en la satisfacción de los pacientes ( $p=0.001$ , tabla 14), así como el tipo de atención subsecuente recibida por estos ( $p=0.007$ , tabla 16)(28).

De acuerdo a lo antes descrito y a la relación entre las variables más relevantes estudiadas, se obtiene que la competencia comunicativa del médico está estrechamente asociada a la satisfacción del paciente, en una relación directamente proporcional, como se observa en la tabla 13 (32). Es importante destacar que los médicos participantes, calificados como competentes por el evaluador y quienes satisficieron las expectativas comunicacionales de sus pacientes, son médicos con posgrado en especialidades médicas basadas en el modelo biopsicosocial como la medicina familiar y gerontología. Especialidades médicas que contemplan en su plan de estudios, aspectos humanísticos dentro de los cuales se encuentra la comunicación médico-paciente.

Por otra parte, se esperaba que la competencia comunicativa fuera mayor en los médicos con más años de práctica médica (33), sin embargo, no se halló relación entre el número de años de práctica médica y la competencia comunicativa ( $p=0.473$ , tabla 12), ni significancia estadística entre la competencia comunicativa y el sexo del médico, así como satisfacción del paciente con su nivel de escolaridad (34).

Acorde a los resultados, es relevante considerar que la calidad de la consulta recibida por los pacientes está supeditada a la satisfacción del paciente y esta a su vez a la competencia comunicativa del médico, por lo anterior es necesario llevar a cabo acciones que optimicen la competencia comunicativa del personal médico mediante educación continua que promueva la adquisición de habilidades comunicacionales durante la formación académica a nivel licenciatura del médico, así como médicos recién egresados en vísperas de integrarse al ámbito laboral y operativos en instituciones de salud. Todo lo anterior con el fin de mejorar la calidad de atención otorgada por las Instituciones de salud, velar por la seguridad del paciente en el proceso salud-enfermedad y reconciliar el profesionalismo médico con la relación médico- paciente.

Las limitantes durante la realización de esta investigación fueron la poca experiencia del evaluador con los instrumentos elegidos, la validez de los instrumentos, el tamaño de la muestra, pues si bien es cierto que se abarcó a la mayoría de los médicos de la clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE, la muestra fue pequeña.

## CONCLUSIONES

La pregunta que dio origen a este estudio fue la siguiente:

¿Qué asociación existe entre la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente con la consulta médica recibida?

De acuerdo a los resultados obtenidos, se responde que la competencia comunicativa del médico sí esta asociada a la satisfacción del paciente con la consulta recibida (tabla 10). Lográndose dar respuesta al objetivo general y específicos. Por lo anterior la autora de este trabajo considera que es prioritario diseñar estrategias dirigidas a desarrollar la competencia comunicativa de los médicos, a través de educación continua a los médicos, mediante sesiones de comunicación en salud, así como talleres que sensibilicen al profesional médico en su impacto positivo en la seguridad del paciente, ejercicio profesional del médico y calidad de los servicios de salud Institucionales.

Las propuestas con los pacientes van dirigidas a satisfacer las expectativas comunicacionales entre los pacientes y médicos.

Como parte de las observaciones realizadas durante la realización de este trabajo, se observó que aunque no tiene relación con el fenómeno comunicativo médico-paciente. Se recibieron comentarios de los pacientes, atribuyendo su mayor insatisfacción a aspectos administrativos, no relacionados a la consulta médica. Por lo que se propone optimizar los recursos humanos y materiales para el trabajo en equipo, mediante eficientar el sistema de archivo electrónico y su acceso al mismo por parte de los servicios involucrados en la atención médica, tales como: archivo, vigencias, farmacia, trabajo social, medicina preventiva, nutrición, psicología, gerontología, MIDE, Rayos X, epidemiología etc.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bezanilla J; Miranda A. La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en psicología*. México: PEI, Revista semestral. 2014; 2 (29):58-73.
2. Álvarez G. *Orientación familiar y acción tutorial*. 2ª. Edición. Editorial Sanz y Torres. 2003. Pags.320.
3. Fedor S. Gómez J. La comunicación. *Salus* [en línea]. Universidad de Carabobo, Venezuela. 2023.20 (3), 5-6 . ISSN: 1316-7138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3759495>
4. Simkin, H; Becerra G. El proceso de socialización: Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Cienc. docencia tecnol.* [en línea]. 2013, 3(15). Disponible en: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-17162013000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000200005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-1716.
5. Sevilla H. 2010.El papel humanizante del médico. Interpretación filosófica de la labor antropológica-social del profesional de la medicina. *Rev Med, IMSS*. Guadalajara, México. 2010; 48(1):87-90.
6. Uribe H, La función social del médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. México. 1982; 25(4).
7. Domínguez, Rafael; Ramírez Zoila. Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. *Revista Médica Herediana*, vol. 33, núm. 1, pp. 35-40, 2022.
8. Rodríguez A. *Relación médico-paciente*. 1a. Edición, Editorial Ciencias Médicas. La Habana 2008; Pags 116
9. Goic G. Ética en la relación médico paciente. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. Chile. Programa Regional de Bioética para América Latina y el caribe. 1995; 1 (80-92). ISSN 0717 – 2370.
10. Martín F. Del Cura G.Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia. *Atención Primaria*. 2010; 42(4):196–205.
11. Gajardo A, Lavados C. (2010). El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. *Persona Y Bioética*, 2010;14(1).
12. Louro B. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2003, vol.29, n.1 pp.48-51. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-3466.
13. Bravo L., Jurado M. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2019; 48 (2):471-486.
14. Sánchez A, Contreras O. La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Rev Cub Med Mil*.2014; 43(4):528-533.
15. Moore P; Gómez K. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Rev. méd. Chile* [online]. 2010; 138 (8), pp.1047-1054. Disponible: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800016>.
16. Makoul G, Krupat E. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2017; 67(3):333-42.
17. Myerholtz L, Simons L, Felix S, Nguyen T, Brennan J, Rivera-Tovar A, et al. Using the communication assessment tool in family medicine residency programs. *Fam Med*. 2010 Sep;42(8):567-73.
18. Pérez V. El Laboratorio Clínico en el sistema asistencial. *Semergen* [en línea]; España 2011; 37(3):111—112. [Consulta 02 de Marzo del 2023]. ISSN: 1138-3593. <https://doi.org/10.1016/j.semerng.2011.02.006>.

19. Outomuro D, Mariel A. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Med Chile* 2013; 141: 361-366.
20. Davanzo H. Estudio clínico inicial: (Primera entrevista). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2000; 38(1), 44-50. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000100007>
21. Marín T; Valverde A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención primaria*. España. 2013; 45(1), 46-53.
22. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*; 2012; 44(6):358-365.
23. De la Victoria R. Comunicación en la relación médico- paciente. *Instituto de Bioética / UCA - Vida y Ética*. Argentina. 2021; 22 (2). 2-18.
24. González T; Hernández G. Satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta externa de medicina preventiva. *Rev Calid Asist*; España, 2019; 25(2):83-89.
25. Estévez A, Fernando A. Comunicación efectiva en salud: evaluación de una experiencia docente en estudiantes de medicina de Cuenca, Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, 2021; (52), 85-104.
26. Mendoza Y, Barría M. La comunicación en salud y la necesidad de integración interdisciplinaria. *Revista Cubana de información en Ciencias de la Salud* 2021; 32 (3): e 1692.
27. Fonseca A, Marcial O. Habilidades comunicacionales y la satisfacción del paciente en los servicios de consulta externa. *Revista de Salud Pública*. Méxic .2020; 1:72-81 marzo.
28. Vega HC. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. México. 2020; 58(2):197-201 <http://revistamedica.imss.gob.mx>.
29. Sosa R. Percepción del paciente de la comunicación médica. Libro de artículos científicos en Salud. 2020; 4(1): 121-126
30. Armijo S; Behrens C. Validación de la versión en español de un instrumento de evaluación de la comunicación centrada en el paciente en OSCE. *Educación Médica*. 2020; 22, 193-198.
31. Fonseca A, Ostos M. Habilidades comunicacionales y la satisfacción del paciente en los servicios de consulta externa. *Revista de Salud Pública*. (XXIV) Perú 2020; 1:72-81 marzo.
32. March J. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*. 2015; 30(1); 1-3.
33. Urtasun M, Janer M. Habilidades comunicacionales del médico. Experiencia en el departamento de Medicina de un hospital pediátrico. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*, 2021 agosto 23; 78 (3):270-275.
34. Banegas J. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el centro de diagnóstico integral “Los Arales”. Hospital General Docente, Santiago Cuba. *MEDISAN* 2014; 18(7):942.



## Anexos

### ESCALA GLOBAL DE EVALUACIÓN DE COMPETENCIA COMUNICATIVA DEL MÉDICO DURANTE LA CONSULTA (ADAPTACIÓN DE LA GUÍA CALGARY-CAMBRIDGE A LATINOAMÉRICA CCG-GCRS)

Dimensiones	Indicador	Bien realizado (2)	Regularmente realizado (1)	No realizado (0)
INICIO DE LA SESIÓN	Saluda al paciente			
	Se presenta			
	Demuestra interés y respeto por el paciente y hace que se sienta cómodo			
	Usa una pregunta abierta apropiada			
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	Escucha atentamente, minimiza las interrupciones y da libertad al paciente			
	Invita al paciente a contar sus problemas desde que comenzaron hasta la fecha			
	Hace chequeo y auscultación para evaluar mayores problemas y agendar cita			
EXPLORACIÓN DEL PROBLEMA	Usa preguntas abiertas y cerradas			
	Facilita las respuestas verbales y no verbales del paciente			
	Recoge y responde a señales verbales y no verbales del paciente			
	Reduce o amplía explicaciones vagas			
	Resume lo dicho por el paciente e invita al paciente a dar más información			
	Utiliza un lenguaje claro y de fácil comprensión			
PERSPECTIVA DEL PACIENTE	Asume activamente la perspectiva del paciente (ideas, inquietudes, expectativas, sentimientos etc).			
	Responde apropiada y sensiblemente al paciente			
COMUNICACIÓN NO VERBAL	Adopta un comportamiento no verbal adecuado: contacto visual, posturas, posiciones, movimientos, expresiones.			
DESARROLLO DE BUENA RELACIÓN	Reconoce los puntos de vista y sentimientos del paciente			
	Recurre a la empatía para comunicar la apreciación de los sentimientos			
	Brinda apoyo: expresa su preocupación, su comprensión, su voluntad de ayudar			
FACILITACIÓN DE ESTRUCTURA	Estructura la entrevista en secuencias lógicas, toma en cuenta el tiempo			
CANTIDAD Y TIPO ADECUADO DE INFORMACIÓN	Segmenta, evalúa, se vale de la respuesta del paciente para guiarle en los próximos pasos			
AYUDA A LA COMPRESIÓN Y RECUERDOS PRECISOS	Proporciona otra información que ayudará al paciente			
	Organiza la explicación			
	Comprueba que el paciente entiende			
ADOPCIÓN DE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE	Utiliza un lenguaje claro, evita jerga técnica y lenguaje confuso			
	Relaciona sus explicaciones con el cuadro clínico del paciente			
	Alienta al paciente a dar sus impresiones y sentimientos			
PLANIFICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES EN COMÚN	Asimila y responde a señales no verbales encubiertas del paciente			
	Negocia apropiadamente un plan de acción mutuamente aceptable			
CIERRE DE LA SESIÓN	Involucra al paciente en la toma de decisiones			
	Acuerda con el paciente los próximos pasos			
	Le proporciona redes de seguridad			
	Resume brevemente la sesión y aclara el plan de atención médica			
	Verificación final de que el paciente está de acuerdo y esta conforme con el plan de acción			

**INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON  
LA COMUNICACIÓN DURANTE LA CONSULTA MÉDICA**

		<b>ACoMPa</b>				
<b>Variable dependiente del comportamiento del médico</b>	<b>Itemsu</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Cordialidad	¿Considera que el trato que recibió del médico fué cordial?					
Fue escuchado	¿Fue escuchada(o) por el médico durante la entrevista?					
Empatía	¿Se sintió comprendido por el médico?					
Confianza	¿El médico le transmitió confianza?					
CNV	¿Cómo diría que fue el lenguaje gestual del médico?					
Explicaciones	¿Entendió bien la explicación sobre su salud?					
Explicaciones	¿Entendió la explicación sobre estudios y tratamiento?					
Empatía	¿Siente que el médico le ayudó a decidir mejor?					
Confianza	¿Aceptó lo que debe hacer?					
Explicaciones	Al preguntar sobre opciones ¿Atendió su pedido?					
CNV	¿Entendió la letra del médico?					
Cordialidad	¿Se sintió respetada(o) por el médico?					
Empatía	¿Sintió concordancia entre usted y el médico?					
	¿Cuál fue su satisfacción de la consulta en general?					



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR  
DRA. PAOLA GUADALUPE BERNAL RENAUD



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento, es proveer de una explicación sobre la naturaleza del estudio a los participantes que accedan a formar parte de él. La investigación es conducida por Paola Guadalupe Bernal Renaud, residente de tercer año del Postgrado de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, su objetivo es evaluar la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente con la consulta médica recibida. Se solicitará la participación de los residentes de tercer año de la especialidad en medicina familiar y médicos adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE que otorguen consulta médica, de ambos turnos (matutino y vespertino). La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para propósitos fuera de los de esta investigación. Las entrevistas serán codificadas usando un número de identificación, y por lo tanto, serán anónimas en la publicación de resultados. Una vez transcritas y evaluadas las entrevistas, se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en alguna forma. Anticipadamente agradezco su participación.

-----

-----

Acepto participar voluntariamente en la investigación conducida por Paola Guadalupe Bernal Renaud. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente de la consulta médica recibida. Me ha explicado que como investigadora usará un instrumento de evaluación previamente diseñado y validado, llenado por ella durante la consulta médica otorgada; asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos, su anonimato y su uso únicamente con fines académicos acordes a los propósitos del estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto implique perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Paola Guadalupe Bernal Renaud al teléfono 5512401974. Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio una vez que haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono anteriormente mencionado.

**Nombre del Participante (letra imprenta) y firma del Participante**

**Fecha**



**ISSSTE**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**  
POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR  
DRA. PAOLA GUADALUPE BERNAL RENAUD



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de esta ficha de consentimiento, es proveer de una explicación sobre la naturaleza del estudio a los participantes que accedan a formar parte de él. La investigación es conducida por Paola Guadalupe Bernal Renaud, residente de tercer año del Postgrado de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, su objetivo es evaluar la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente con la consulta médica recibida. Se solicitará la participación de los derechohabientes del ISSSTE adscritos a la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero que reciban consulta médica, de ambos turnos (matutino y vespertino). La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para propósitos fuera de los de esta investigación. Las entrevistas serán codificadas usando un número de identificación, y por lo tanto, serán anónimas en la publicación de resultados. Una vez transcritas y evaluadas las entrevistas, se destruirán. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en alguna forma. Anticipadamente agradezco su participación.

-----  
-----  
Acepto participar voluntariamente en la investigación conducida por Paola Guadalupe Bernal Renaud. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar la competencia comunicativa del médico y la satisfacción del paciente de la consulta médica recibida. Me ha explicado que como investigadora usará un instrumento de evaluación previamente diseñado y validado, llenado por ella durante la consulta médica otorgada; asegurando la confidencialidad de los datos obtenidos, su anonimato y su uso únicamente con fines académicos acordes a los propósitos del estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto implique perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Paola Guadalupe Bernal Renaud al teléfono 5512401974. Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio una vez que haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono anteriormente mencionado.

**Nombre del Participante (letra imprenta) y firma del Participante**

**Fecha**