



HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1 IMSS
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO
FAMILIAR EN LA ATENCIÓN PRENATAL DE LA UMF-11 IMSS
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

TESIS

PRESENTADA POR
Alejandra García Medina

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

ASESOR:

Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes

AGUASCALIENTES, AGS., ENERO DEL 2020



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ALEJANDRA GRACÍA MEDINA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:
**“EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN
LA ATENCIÓN PRENATAL DE LA UMF-11 IMSS DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

Número de Registro: **R-2019-101-020** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Alejandra García Medina asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE:

Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes



UNIVERSIDAD AUTONOMA
DE AGUASCALIENTES



AGUASCALIENTES, AGS. A ENERO 2020

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. ALEJANDRA GARCÍA MEDINA

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA ATENCIÓN PRENATAL DE LA UMF-11 IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2019-101-020** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Alejandra Garcia Medina asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

Carlos Alberto Prado Aguilar

Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

ALEJANDRA GARCÍA MEDINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“EVALUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA ATENCIÓN PRENATAL DE LA UMF- 11 IMSS DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., a 13 de Febrero de 2020.

DR. JORGE PRIETO MACÍAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser guía en mi vida.

A mi abue, por la calidez de cada abrazo y palabra de aliento para seguir adelante.

A mi mamá, por su apoyo incondicional para lograr mis metas.

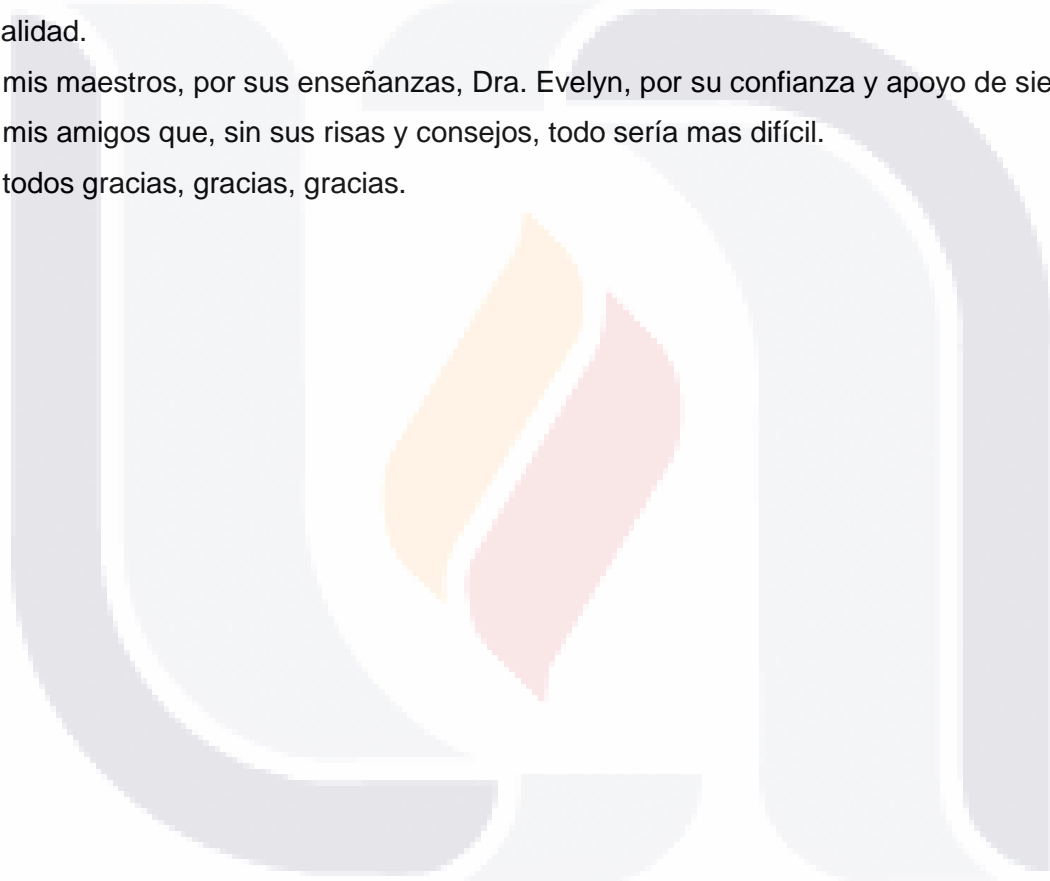
A mi esposo, por su inmenso amor y confianza que cada día me fortalece y me hace ser una mejor persona.

A mi asesora, Dra. Estrella, por su conocimiento, paciencia y guía para hacer esto una realidad.

A mis maestros, por sus enseñanzas, Dra. Evelyn, por su confianza y apoyo de siempre.

A mis amigos que, sin sus risas y consejos, todo sería mas difícil.

A todos gracias, gracias, gracias.



ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	2
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Teoría general de los sistemas	8
2.2 Teoría de la comunicación	9
2.3 Teoría de la evaluación de Miller	10
2.4 Modelos de comunicación.....	11
2.4.1 Modelo de comunicación de Shannon y Weaver	11
2.4.2 Modelo de comunicación de Hymes (SPEAKING).....	12
2.5 Modelo de evaluación	14
2.5.1 Pirámide de Miller.....	14
2.6 Metodología observacional	15
2.7 Instrumento CICAA	15
2.8 Relación de las variables	16
3. MARCO CONCEPTUAL.....	17
3.1 Evaluación	17
3.2 Comunicación	17
3.3 Atención prenatal.....	19
4. JUSTIFICACIÓN	20
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
5.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.....	22
5.2 Descripción del panorama del Estado de Salud.....	22
5.3 Descripción del panorama del Sistema de atención en Salud.....	23
5.4 Descripción de la Naturaleza del problema.....	24
5.5 Descripción de la distribución del problema	25
5.6 Descripción de la gravedad del problema	26
5.7 Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema.....	27
5.8 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible no es el suficiente para solucionar el problema.....	27
5.9 Estudios relacionados con el problema.....	28

5.10 Descripción del tipo de información que se espera obtener	28
5.11 Lista de conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema. ...	29
5.12 Pregunta de investigación.....	29
6. OBJETIVOS.....	30
6.1 Objetivo general.....	30
6.2 Objetivos específicos.....	30
7. MATERIAL Y MÉTODOS	31
7.1 Diseño metodológico	31
7.2 Criterios de selección.....	31
7.3 Tipo de estudio	32
7.4 Universo y muestra.....	32
7.5 Definición y operacionalización de variables.....	32
7.6 Plan y técnica de recolección de datos.	32
7.7 Técnica de recolección	33
7.8 Logística	33
7.9 Instrumento de medición.....	34
7.9.1 Descripción del instrumento	34
7.10 Análisis factorial.....	35
7.11 Estandarización y recolección de la información.....	35
7.12 Procesamiento y análisis de datos.....	35
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36
9. RESULTADOS.....	37
10. CONCLUSIONES.....	64
11. DISCUSIÓN	66
12. PLAN PRESUPUESTAL	67
12.1 Hoja de gastos.....	67
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	68
14. BIBLIOGRAFÍA	69
15. ANEXOS	72
Anexo 1. Carta de consentimiento informado	72
Anexo 2. Escala CICA. Modelo estándar.....	73
Anexo 3. Operacionalización de las variables.....	77
Anexo 4. Manual Operacional.....	86

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Edad de los médicos por tipo de contratación.....	37
Cuadro 2. Edad de los médicos género.....	38
Cuadro 3. Estado civil de los médicos.....	38
Cuadro 4. Semanas de gestación por tipo de consulta.....	39
Cuadro 5. Edad de los pacientes.....	39
Cuadro 6. Ítem 1 ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?.....	40
Cuadro 7 Ítem 2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	41
Cuadro 8. Ítem 3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortes y amable durante la entrevista?	42
Cuadro 9.Ítem 4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?.....	42
Cuadro 10. Ítem 5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?	43
Cuadro 11.Ítem 6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?	44
Cuadro 12. Ítem 7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	44
Cuadro 13 Ítem 8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?.....	45
Cuadro 14. Ítem 9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?	45
Cuadro 15. Ítem 10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?	46
Cuadro 16. Ítem 11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?.....	46
Cuadro 17. Ítem 12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?	47
Cuadro 18. Ítem 13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?	47
Cuadro 19. Ítem 14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?	48
Cuadro 20. Ítem 15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	48

Cuadro 21. Ítem 16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente? 49

Cuadro 22. Ítem 17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente? 49

Cuadro 23. Ítem 18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar? 50

Cuadro 24. Ítem 19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda? 50

Cuadro 25. Ítem 20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente? 51

Cuadro 26. Ítem 21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente? 51

Cuadro 27. Ítem 22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso? 52

Cuadro 28. Ítem 23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente? 52

Cuadro 29. Ítem 24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara? 53

Cuadro 30. Ítem 25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo? 53

Cuadro 31. Ítem 26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas? 54

Cuadro 32. Ítem 27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente? 54

Cuadro 33. . Ítem 28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada? 55

Cuadro 34. . Ítem 29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir? 55

Cuadro 35. . Puntajes obtenidos de la escala de comunicación 56

Cuadro 36. Distribución de los puntajes de la dimensión de CONECTAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar 58

Cuadro 37. Distribución de los puntajes de la dimensión de IDENTIFICAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar..... 59

Cuadro 38. Distribución de los puntajes de la dimensión de ACORDAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar 60

Cuadro 39. Distribución de los puntajes de la dimensión de AYUDAR A ACTUAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar 61

Cuadro 40. Distribución de los puntajes de la escala completa en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar 63

Cuadro 41. GastosTIDA 67

Cuadro 42. Cronograma de actividades 68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los ítems 34

Tabla 2. Factores de análisis 35

Tabla 3. Dimensiones de ítems 35

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Cochrane 2

Figura 2. Fuente de ruido 12

Figura 3. Vértice de la pirámide hacer 14

ACRÓNIMOS

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

CICAA: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

GPC: Guía de Práctica Clínica.



RESUMEN

ANTECEDENTES: El Médico Familiar (MF) tiene un enfoque integral para el individuo y su familia. La atención prenatal implica una serie de acontecimientos, donde se emplea el arte de la comunicación, así como el apego al tratamiento y poder construir un apoyo. Promover la comunicación efectiva e identificar sus componentes, tomando en cuenta una adaptación de la escala CICAA (por sus siglas: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar), instrumento validado con un alfa de Cronbach del 0.94, que consta de 29 ítems en 4 niveles.

OBJETIVO: Evaluar la comunicación clínica del MF en la atención prenatal de la UMF-11 IMSS Delegación Aguascalientes. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó estudio observacional descriptivo, transversal, con una muestra por conveniencia a 35 médicos familiares de la UMF-11, ambos turnos, aplicando la escala CICAA, en el transcurso de Diciembre - Enero 2020, en las consultas de atención prenatal. Se describen frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa SPSS versión 21, posteriormente se utilizó la base de datos de Excel para elaboración de gráficas de frecuencias.

RESULTADOS: Se encontró que el puntaje de comunicación clínica del médico familiar es de 43.55, lo que se considera buena, de los cuales, las dimensiones de identificar y comprender obtuvieron un puntaje del 20.7, argumentando que se cumple con las habilidades. La dimensión de acordar obtuvo un puntaje de 10.62, el cual fue mayor cuando la paciente no acudió acompañada. Por último, la dimensión de ayuda a actuar se encontró regular, con un puntaje de 2.83 y 4 puntos máximos.

CONCLUSIONES: Los médicos familiares de la UMF-11 IMSS Delegación Aguascalientes cuentan con las habilidades de comunicación necesarias para implementar estrategias que mejoren los puntos críticos con el fin de fortalecer cada dimensión y mejorar no solo la atención clínica, si no la opinión de la paciente. **PALABRAS CLAVE:** Comunicación clínica, Atención prenatal, Médico familiar.

ABSTRACT

BACKGROUND: The Family Physician (MF) has a comprehensive approach for the individual and his family. Prenatal care involves a series of events, where the art of communication is used, as well as the attachment to treatment and to build support. Promote effective communication and identify its components, taking into account an adaptation of the CICAA scale (for its acronym: Connect, Identify and Understand, Agree and Help), an instrument validated with a Cronbach's alpha of 0.94, consisting of 29 items in 4 levels **OBJECTIVE:** To evaluate the clinical communication of the MF in the prenatal care of the UMF-11 IMSS Delegation Aguascalientes. **MATERIALS AND METHODS:** A descriptive, cross-sectional observational study was conducted with a sample for convenience to 35 family doctors of the UMF-11, both shifts, applying the CICAA scale, in the course of December - January 2020, in prenatal care consultations . Absolute and relative frequencies are described for the variables in categorical scales, mean and standard deviation for variables in continuous scales, using the SPSS version 21 program, later the Excel database was used to prepare frequency graphs. **RESULTS:** It was found that the clinical communication score of the family doctor is 43.55, which is considered good, of which, the dimensions of identifying and understanding obtained a score of 20.7, arguing that the skills are met. The agreed dimension obtained a score of 10.62, which was higher when the patient was not accompanied. Finally, the dimension of help to act was found to be regular, with a score of 2.83 and 4 maximum points. **CONCLUSIONS:** The Family Physician of the UMF-11 IMSS Delegation Aguascalientes have the necessary communication skills to implement strategies that improve the critical points in order to strengthen each dimension and improve not only clinical care, but also the opinion of the patient . **KEY WORDS:** Clinical communication, Prenatal care, Family Physician.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la formación como médicos hemos tenido en claro lo que significa la relación médico- paciente, que parte de esto implica tener una comunicación clínica asertiva y efectiva, y que es parte de las habilidades que forman nuestra competencia como médicos. Más aún en el perfil del Médico Familiar, que su prioridad es la Atención Primaria. Sin embargo, hemos hecho a un lado la importancia de esto, y se ha olvidado la importancia de su evaluación y continua capacitación.

Dentro de las competencias básicas del Médico familiar, se encuentran de manera más significativa el manejo en un 30%, que incluye el plan diagnóstico y terapéutico, seguido de esto el desarrollo profesional con las habilidades de formación e investigación en un 20% y en tercer plano la comunicación con un 10%, más significativo que las habilidades técnicas y la atención a la familia ⁽¹⁾.

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

La comunicación clínica incluye la formación en entrevista clínica y el desarrollo de habilidades en comunicación, las cuales son específicas, observables y se pueden evaluar por medio de instrumentos específicos para cada nivel de conocimiento, por medio de modelos de evaluación como la Pirámide de Miller.

El instrumento que evalúa la comunicación clínica es la Escala CICAA (por sus siglas: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar), instrumento validado con un alfa de Cronbach del 0.94(3), en España, que consta de 29 ítems en 4 niveles. Este instrumento fue diseñado como una herramienta para evaluar la interacción comunicativa, diseñando un cuestionario de carácter multidimensional, tipo rating, con una escala evaluativa, con respuestas tipo Likert de cuatro grados y 29 ítems, siguiendo un modelo teórico de entrevista centrada en el paciente por tareas.

1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una búsqueda sistemática para determinar el estado de arte del conocimiento en los buscadores de BVS y PubMed, utilizando los siguientes descriptores: médico de familia (Physicians family), habilidades de comunicación (Communication skills), control prenatal (Maternity care), así como descriptores sinónimos de acuerdo a la BVS: Mujer embarazada, embarazo y atención primaria. De acuerdo a esta búsqueda se encontraron los resultados que se registran en el cuadro de Cochrane... así como búsqueda de la información en bola de nieve.

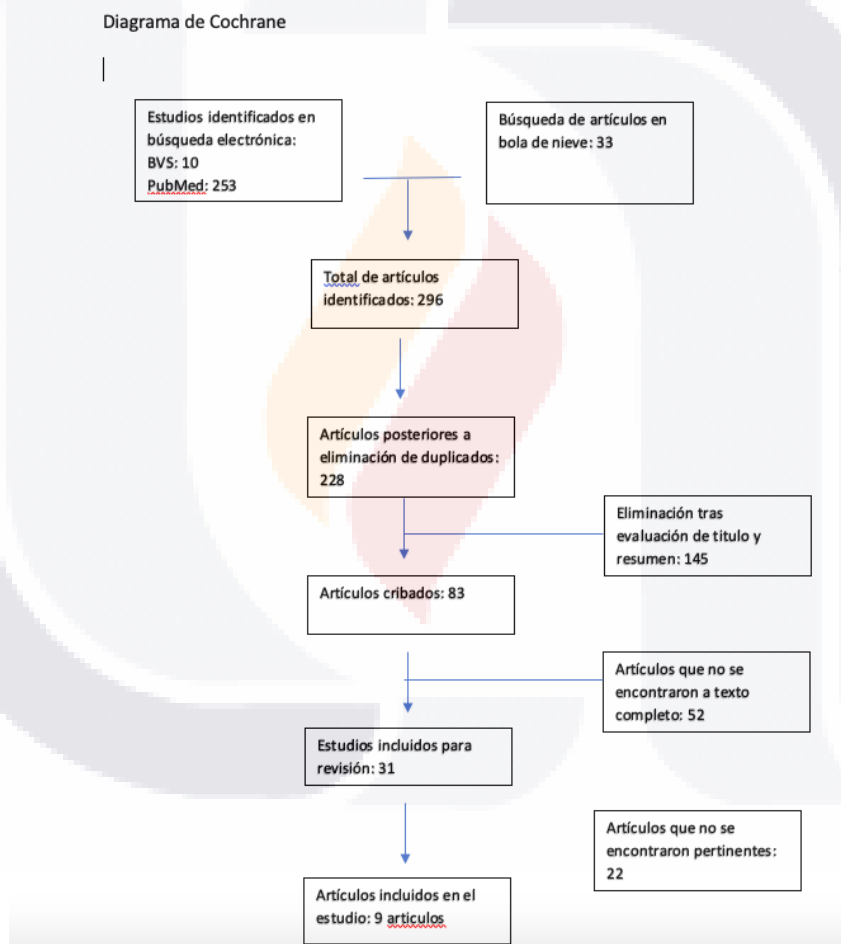


Figura 1. Diagrama de Cochrane

Mora A. Stewart (1984) ... Realizaron un estudio descriptivo, observacional, donde se evaluaron a 140 médicos familiares, en 24 consultorios, mediante grabación de las interacciones médico-paciente, con 274 pacientes de enfermedades crónicas y agudas,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para valorar la satisfacción y la atención. Los resultados obtenidos fueron una diferencia significativa ($p= 0.04$) en los tipos de interacción del médico-paciente y su proporción de pacientes conformes. Coincidiendo en que las entrevistas con un comportamiento centrado en el paciente mostraron el mejor resultado posible (69%), con resultados positivos en cuanto a cumplimiento del tratamiento (54%) y la satisfacción del paciente (84%). Se llega a la conclusión que una buena comunicación, donde el médico involucre al paciente a su plan de tratamiento, se refleja en un buen apego y comprensión de su enfermedad.⁽²⁾

Paul Little (2001)... Se realizó un estudio observacional, en una población urbana de 24100 habitantes, donde se aplicó un cuestionario (escala de Likert) antes de la consulta en atención primaria, sobre lo que esperaban del médico, agrupándolo en 5 categorías, y después contestaron un cuestionario posterior a la atención médica, evaluando el estilo de consulta. Los resultados de los 865 pacientes que participaron, respondieron que desean una buena comunicación (45%), asociación (32%) y promoción de la salud (25%). Se concluye que la mayoría de los pacientes desean un enfoque centrado en el paciente, y se domine al menos la comunicación, asociación y promoción de la salud hacia los pacientes, teniendo médicos más sensibles a las personas que sean más vulnerables.⁽³⁾

A Van den Brink- Muinen (2003) ... Se realizó un estudio descriptivo, observacional, donde se evaluaron las diferencias de comunicación entre los médicos y sus pacientes entre países europeos, entre ellos Países bajos, España, El Reino Unido, Bélgica, Alemania y Suiza. Con un universo de 190 médicos y un total de 2825 pacientes (15 pacientes por médico), realizando una recolección de datos por medio de la observación directa de las consultas y videograbaciones. Posteriormente se analizaron los datos y se comparó la comunicación clínica entre los diferentes países. Los resultados que se obtuvieron fueron diferencias en cuanto a la edad de los médicos (edad promedio 46 años), la carga de trabajo (mayor en Alemania en un 97%), mientras que la capacidad de comprensión en la consulta mostro mayor resultado en Reino Unido (56%), en cuanto a la edad del médico, se mostró una plática más social con los médicos de mayor edad, pero mayor apertura de los pacientes hacia los médicos más jóvenes (menores de 40 años). Se relacionó una mala salud entre las conversaciones más biomédicas que psicosocial. En conclusión, los médicos mostraron interés en aumentar sus conocimientos y practicar

habilidades en comunicación, ya que si se mostró una influencia en la comunicación médico- paciente ⁽⁴⁾.

D. Ramírez- Puerta (2006) ... Se realizó un estudio descriptivo trasversal, con metodología de evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO) para evaluar la competencia clínica y habilidades de comunicación en médicos de familia. Se realizó en 14 comunidades autónomas, mediante un comité de prueba conformado por 15 médicos de familia, en un escenario de 15 diferentes situaciones de la Atención Primaria. Los resultados obtenidos variaron significativamente entre las comunidades, obteniendo un mayor puntaje en las habilidades de comunicación (80.1% de la puntuación ideal), seguida de las habilidades técnicas (70%), y el puntaje más bajo se obtuvo en la atención familiar con un 45.5%. Se obtuvo una puntuación global de satisfacción del 8.18. En conclusión, se obtuvo un análisis del déficit formativo y las áreas de mejora de los médicos familiares, que se deben orientar a la formación individual de los profesionales ⁽⁵⁾.

E. Rider (2006) ... Se realizó un estudio descriptivo, en Reino Unido, donde se evaluaron las habilidades interpersonales y de comunicación en la atención médica. Con una muestra de 16 expertos en educación clínica, quienes evaluaron la comunicación clínica mediante diferentes estrategias, que fue la observación directa, retroalimentación en video y autoevaluación con diarios y narrativa de trabajos. Los resultados fueron el análisis de las habilidades en comunicación creando 20 sus competencias agrupadas en 4 subgrupos, los cuales son aprendizaje basado en la web, examen clínico y estructurado, habilidades de escucha eficaces y reflexión de equipo. De esta forma se inició la creación de una caja de herramientas para ampliar las competencias en comunicación. Se concluye que debe investigarse más sobre las competencias en comunicación que se aprenden y se usan de manera efectiva, realizando mediciones prospectivas de resultados objetivos ⁽⁶⁾.

M. Hernández (2013) ... Se realizó un estudio descriptivo en la Universidad de Baja California, México. Donde se describe la comunicación entre médico y paciente presentando diversos enfoques que se desarrollan en la consulta clínica. Se describe que tanto médico como paciente, aunque estén en contacto por primera vez, tienen ya un acervo previo de conocimientos, actitudes y nociones sociales, lingüísticas y culturales que los llevan, por una parte, a inferir datos del contexto, y por otra, a hacer una

interpretación de estos. Se describen cuatro categorías que se deben cumplir en la consulta clínica: la cantidad (ser preciso y breve), calidad (evitar la ambigüedad), relación (pertinente) y modo (amable y cordial). Define que la retroalimentación es el conjunto de reacciones que emite un receptor a la actuación del emisor, llamado también homeostasis. Esto se considera uno de los principios fundamentales de la comunicación.⁽⁷⁾

F. Valverde Bolívar (2016) ... Realizaron un estudio observacional y descriptivo en 4 provincias de febrero 2011- mayo 2012, para dar a conocer el perfil comunicacional de los médicos de familia, en un universo de 119 médicos de familia, entre ellos residentes de 4º año y tutores, realizando 436 grabaciones en video validas, utilizando el instrumento CICAA que mide la comunicación y establece el perfil del entrevistador. Los resultados con respecto a la edad de los profesionales, los jóvenes tuvieron un uso más adecuado del lenguaje y fueron mejores en la verificación de información ($p= 0.001$), en los centros urbanos hubo un mejor uso del lenguaje no verbal (92.4%) y se exploró el ambiente familiar en un 26.7%, observándose una diferencia del 40% entre las unidades, incluyendo el uso de lenguaje no verbal apropiado en un 75% y 100% ($p=0.001$), con cierre de entrevista apropiado en el 87% y 96% ($p= 0.048$), la exploración del estado de ánimo entre el 18% y 37.5% ($p=0.044$) y asegura los compromisos del plan de acción (47% y 86%, $p= 0.001$). Las variables que predicen una mejor comunicación con el paciente son el tipo de profesional, duración de las consultas y la edad de los médicos. Se llega a la conclusión de mejorar la empatía, la exploración de la esfera psicosocial y la toma de decisiones compartida⁽⁸⁾.

Coxon K. (2017) ... Se realizó una revisión sistemática de métodos mixtos, incluyendo estudios que informaron sobre intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación entre el personal de atención de maternidad y las mujeres sanas durante el trabajo de parto, de acuerdo a los lineamientos de los artículos de Reporte Preferidos para Revisiones Sistemáticas y meta análisis (PRISMA), incluyendo estudios de investigación primaria de 1996-2017, publicados en revistas científicas, estudios de literatura gris y tesis doctorales. Como resultados, se identificaron 37,9173 artículos, quedando 8161 después de exclusión y evaluando 366 resúmenes con títulos relevantes, de los cuales se recuperaron 13 para evaluar en texto completo, de los cuales 11 fueron excluidos. Solo dos artículos cumplieron los criterios de elegibilidad, el cual es un ensayo controlado aleatorizado de

Siria y un subanálisis de un ensayo controlado aleatorio de Reino Unido. El primer artículo evalúa un paquete de capacitación diseñado a fortalecer las habilidades de comunicación de los médicos residentes en cuatro hospitales de maternidad en Damasco, teniendo como resultado la satisfacción de las mujeres con las habilidades interpersonales y de comunicación de los médicos, utilizando la escala de satisfacción de la entrevista médica (MISS-21) con una puntuación de 3.23 (SD 0.72) en el grupo control y una media del 95%. Se incluyó una evaluación del taller de capacitación (n:137) donde el 97% recomendaría el taller. El segundo estudio exploró los efectos del entrenamiento de los médicos en la percepción de pacientes, durante emergencias obstétricas simuladas, evaluando la calidad en la atención en relación con comunicación ($p=0.005$), seguridad ($p<0.001$) y respeto ($p=0.007$) mediante la escala de Likert de cinco puntos. Se concluye que hay escasez de evidencia sobre intervenciones para informar la comunicación efectiva entre el personal de atención de maternidad y las mujeres sanas embarazadas, por lo que se necesita una investigación para definir lo que una intervención de comunicación efectiva significa para las mujeres y sus familias.⁽⁹⁾

Rogers HL. (2018) ... Se realizó un estudio analítico, evaluando un universo de 207 médicos de prácticas comunitarias en Ohio y Virginia, entre ellos, 150 médicos familiares, examinando características de comunicación como hablar con claridad, alentar a hablar, compromiso, amigable, sinceridad, animado y expresivo en un total de 367 entrevistas con pacientes no estandarizados, entre ellos 94 hombres caucásicos (25.4%), 92 mujeres caucásicas (25.1%), 87 hombres afroamericanos (23.75) y 94 mujeres afroamericanas (25.6%). Los elementos de comunicación fueron codificados por observadores entrenados y se calificaron como apropiados los códigos como 1: recomendación para colonoscopia y 2: derivación a gastroenterólogo. Dentro de las 367 visitas, se obtuvieron 141 resultados clínicos apropiados (38%) de los cuales se mostró un resultado de calificaciones significativamente más altas en el habla sincera que las de resultados no apropiados /5.4 vs 5.2, $t_1.82$, $p= 0.03$), la raza del paciente no se asoció con el resultado, sin embargo los pacientes de género femenino tuvieron menos probabilidades de tener un resultado apropiado en la consulta ($p= 0.033$). Se concluye que hay sesgos en la asistencia sanitaria a pacientes mujeres, y las intervenciones en comunicación han identificado beneficios como a reducción de costos médicos y frecuencia de admisiones y cirugías, faltando así programas estandarizados en la investigación de esta área.⁽¹⁰⁾

E. Aguilar (2018) ... Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el estado de México en 2017, con una muestra a conveniencia de 36 médicos generales y especialistas, para investigar las habilidades comunicativas propuestas por Rodríguez Collar, las cuales se dividen en tres categorías que son: habilidades para expresar, habilidades para observar y escuchar, y habilidades para establecer una relación empática. Se aplicó un instrumento a los 36 médicos, dentro de los cuales participaron siete médicos familiares, 18 médicos generales, cuatro pediatras y el resto ginecólogos, psiquiatras y otorrinolaringólogos. Los resultados obtenidos fueron que el 69% de los médicos cuentan con habilidades para expresar. Mientras que, en las habilidades para observar y escuchar, solo el 56% de los médicos escuchan con atención al paciente, y en lo que respecta al rubro de relación empática, el 31% de los médicos explora los aspectos psicosociales del paciente, y sólo el 19% tiene un acercamiento afectivo. En este estudio se discute la falta de estudios en México relacionados a las habilidades comunicativas que permitan ser un referente al estudio. Se concluye que los médicos muestran un desempeño favorable en las habilidades de expresarse, pero con un desempeño inadecuado en las habilidades de observar, escuchar y ser empático; así que debido a que hay pocos estudios en el ámbito, es necesario realizar más para identificar el nivel en que los médicos conocen y manejan las habilidades comunicativas ⁽¹¹⁾.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría general de los sistemas

La teoría general de los sistemas aparece como una meta teoría, constituyendo un mecanismo entre las ciencias naturales y sociales, y ser un instrumento básico para la formación y preparación de científicos ⁽¹²⁾.

Esta teoría se fundamenta en tres premisas básicas que son: los sistemas existen dentro de sistemas; los sistemas son abiertos y las funciones de un sistema dependen de su estructura. Se define como sistema a un conjunto organizado de cosas o partes interactuantes que se relacionan para formar un todo unitario y complejo.

Debido a su descripción en fenómenos complejos, es útil esta teoría en fenómenos de comunicación, ya que es un sistema complejo.

Los conceptos básicos de esta teoría son: el ambiente, que son las condiciones que influyen sobre el comportamiento de un sistema; atributo que se entiende por características y propiedades estructurales o funcionales que van a dar características a los componentes de un sistema. La cibernética, abarca los procesos de control y comunicación o retroalimentación. Circularidad, se refiere a los procesos de autoacusación como concepto cibernético. La complejidad, indica la cantidad de elementos de un sistema, así como los estados posibles que se pueden producir, como su variabilidad y variedad. El conglomerado es la suma de los componentes igual al todo. En cuanto a elemento, se refiere a las partes que constituyen el sistema; mientras que la energía, es la que se incorpora a un sistema. Hablando de entropía, se refiere a la máxima desorganización y homogeneización con el ambiente. Los sistemas deben mantener un estado de equilibrio y estructura entre sus componentes. La información, es uno de los más importantes componentes de los sistemas complejos. Entre otros puntos menciona la variabilidad, que indica el máximo de relaciones posibles, y la variedad, que es el número de elementos discretos en un sistema ⁽¹²⁾.

2.2 Teoría de la comunicación

La teoría de la comunicación fue propuesta por primera vez por Aristóteles, sosteniendo la teoría de que todo ser vivo es capaz de comunicar, ya que ésta comunicación se realiza por medio de movimientos, sonidos, gestos, lenguaje verbal y no verbal, etc. Se menciona como un medio necesario para la supervivencia otorgando poder de transmitir pensamientos, sentimientos, necesidades y todo tipo de información relevante para los seres vivos ⁽¹³⁾.

De acuerdo al modelo de comunicación de Aristóteles el emisor juega un papel fundamental en la comunicación ya que es el único que se encarga completamente de que la comunicación de un mensaje sea efectiva.

La teoría de la comunicación universal define a la comunicación como un proceso de codificación y transformación de la información entre el emisor y el receptor, decodificando el mensaje que se transmite ⁽¹⁴⁾.

La teoría de la comunicación clásica (Marianne Dainton) señala que la comunicación es el proceso que permite el paso de información de un emisor a un receptor. Esta información es un mensaje codificado que debe ser decodificado por el receptor una vez lo recibe. Los elementos de la comunicación son: emisor, mensaje, codificación, canal, decodificación, retroalimentación y el contexto. ⁽¹⁵⁾

La teoría de la acción comunicativa, es explicada por J. Habermas ⁽¹⁶⁾, mencionando que los actos comunicativos se constituyen por los actos del habla y propone que al lenguaje como una acción y el acto lingüístico como la unidad básica de comunicación; esto se traduce en que el acto lingüístico tiene una doble dimensión, que es el uso cognitivo y el comunicativo del lenguaje. De este modo, Habermas sugiere la necesidad de alcanzar una pragmática universal, refiriéndose como un conocimiento sobre la lingüística capaz de integrar los subsistemas universales y validados ciencia del lenguaje basada en estructuras universalizadas y válidas en cualquier contexto comunicativo como el horizonte de los sujetos. Este autor hace una clasificación sobre los elementos pragmáticos de cada tipo de acción, dividiéndolos en: acción estratégica, conversación, acción regulada por normas y la acción dramaturgica. De esta teoría se derivan diferentes

dimensiones que han sido estudiadas por otros autores como la semántica intencionalita, la semántica formal y la pragmática ⁽¹⁷⁾.

2.3 Teoría de la evaluación de Miller

La formación orientada a la adquisición de competencias, es uno de los puntos con mayor relevancia en materia de la evaluación educativa, ya que evaluar adecuadamente la adquisición y dominio de competencias requiere procedimientos e instrumentos que resulten ajustados a lo que se quiere evaluar.

Una de las estrategias más reconocidas en el ámbito de la medicina es la teoría de evaluación aportada por George E. Miller, quien en 1990 propuso un escenario para valorar la competencia clínica, situando cuatro niveles diferentes a manera de pirámide, donde en el nivel más bajo se encuentra el conocimiento (saber) que se refiere a los conocimientos teóricos que el profesional debe dominar en su práctica profesional. Seguido de la competencia, que es el saber cómo, en este nivel se usan los saberes teóricos con los que se cuentan para ponerlos en práctica en un contexto en particular. La interpretación que se refiere a mostrar cómo, es decir, la demostración de los hechos, sin llegar a ser la práctica profesional directa, que no sitúa en el último nivel o cúspide de la pirámide. La acción que es lo que ocurre en la práctica médica (el hacer) esto ante una situación real ⁽¹⁸⁾.

Esta gráfica representación de resultados del aprendizaje en estratos diferenciados permite comprender de manera muy clara la validez de los sistemas de evaluación que han de ir asociados a cada grado de progresión en la adquisición de la competencia. Si se quiere trascender de ese nivel y se declara el propósito de evaluar las conductas y desempeño en que se materializa una competencia, no hay modo de evitar la observación y valoración de la práctica como procedimiento de evaluación.

Existen varios instrumentos de evaluación relacionados a cada nivel, por ejemplo, en el primer nivel o del saber, se pueden utilizar pruebas escritas u orales que permitan valorar la capacidad de comunicación y habilidades interactivas de ciertos temas. Así como en el segundo nivel (saber cómo) se pueden utilizar pruebas de ensayo, donde se evalúa el proceso de razonamiento y síntesis de la información.

En cuanto a los instrumentos relacionados al tercer nivel (demuestra cómo), se utilizan pruebas de desempeño, donde se demuestra la capacidad de integrar y aplicar las competencias adquiridas.

Por último, la evaluación del cuarto nivel (hacer), se realiza por medio de la observación en un entorno real, realizando una evaluación por medio de instrumentos de registro, como listas de cotejo, o escalas de evaluación específicas para una competencia ⁽¹⁹⁾.

2.4 Modelos de comunicación

2.4.1 Modelo de comunicación de Shannon y Weaver

Es un modelo técnico de la comunicación, desarrollado después de la segunda guerra mundial, para mejorar las telecomunicaciones, basando en un proceso lineal y unidireccional.

Definen la comunicación como la transmisión de información en un mensaje entre dos instancias (receptor y emisor) por medio de un canal en un contexto que afecta a la transmisión.

Los componentes de este modelo son: la fuente, que representa el origen de la información; el emisor quien es el que codifica el mensaje; el canal se refiere al medio por el cual se va a transmitir el mensaje; el receptor es quien decodifica el mensaje al destinatario, quien es el público objetivo ⁽²⁰⁾.

Este modelo permite analizar cada elemento de la comunicación por separado y de manera más sencilla. En el siguiente esquema (Figura No. 1) podemos ver la estructura de este modelo.

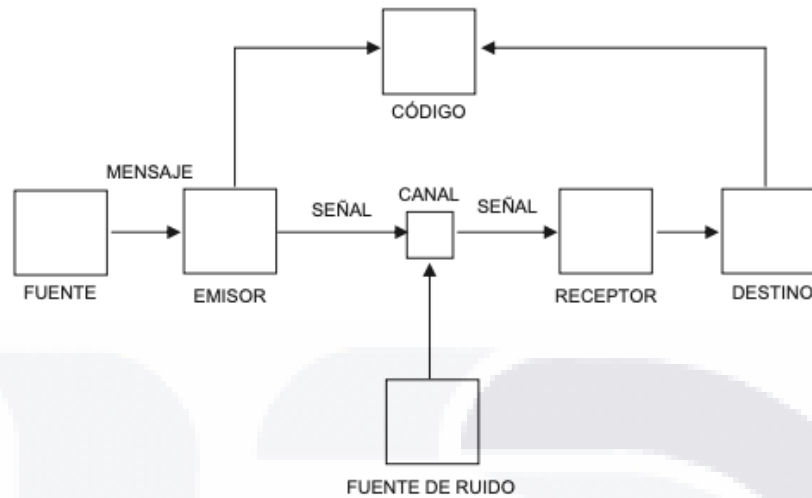


Figura 2. Fuente de ruido

2.4.2 Modelo de comunicación de Hymes (SPEAKING)

Es un modelo lingüístico, donde se proponen ocho distintos componentes que intervienen en la comunicación dentro de un contexto social.

Estas dimensiones son la situación, propuesta para la comunicación oral, en la que la interacción se realiza simultáneamente en ambas partes. Los participantes, entre los cuales se integran por los directos, el emisor y el destinatario. Las finalidades, que buscan concientizar el efecto del estrés y en cómo afecta la realidad cotidiana. Los actos se describen en el mensaje y estilo de expresión al comunicarse. El tono va a crear la atmósfera alrededor de nuestro lenguaje, es decir, la intención que se le quiere dar a la comunicación. En cuanto a los instrumentos, se refiere al papel de soporte de la comunicación, y las normas de interpretación, que hablan de cómo la comunicación se adapta al sistema de creencias de la comunidad. Por último, toma en cuenta el género, que se refiere al tipo de discurso con el que se va a comunicar. Este modelo da una visión más humana de la comunicación ⁽²¹⁾.

1. Modelo de las tres funciones del médico: que consiste en recolectar información, responder a las emociones de su paciente y educar e influenciar la conducta del paciente para su mejor manejo.

2. El modelo clínico centrado en el paciente: el cual presupone que la experiencia del enfermo se mueve cada vez más a niveles más abstractos, que se necesita comprender el significado de la enfermedad para el paciente y también sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos comunes del problema y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como la relación entre el sufrimiento y la vida del paciente. Dicho modelo implica primero considerar que cada paciente es único, en segundo lugar que el médico debe tener apertura hacia la expresión de sentimientos del paciente, a pesar de que algunos de ellos pueden resultar “conflictivos”, y en tercer lugar, considerar que se debe tener maestría y actitud mental en el proceso de escuchar, para captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como entender que el trato de persona a persona se basa en la confianza y el compromiso bilateral.

3. El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente: desarrollado desde la óptica de la terapia familiar y la teoría general de sistemas, considera tres principios: a) que la familia significa el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad, b) que deja de ser válida la ilusión de una diada en la atención médica, para convertirse en un triángulo terapéutico conformado por el médico, el paciente y la familia, en donde esta última es considerada como factor fundamental para obtener buenos resultados y c) que la mayoría de los desórdenes de salud son la resultante de una interacción compleja de múltiples factores y que el paciente se afecta a diferentes niveles y no solo en el biomédico.

4. El modelo del autoconocimiento del médico: el cual parte del supuesto de que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede otorgar más poder a sus encuentros clínicos, sin embargo, el autoconocimiento no deberá significarse en un fin en sí mismo, sino servir de medio para ser más acorde con la experiencia del paciente. Como podrá observarse, en todos los modelos se aprecia la importancia de interrelacionarse adecuadamente con el paciente, lo cual requiere una buena capacitación

del clínico en habilidades comunicativas para el mejor manejo de esos fenómenos identificados y que pueden suscitarse en su trabajo cotidiano con sus pacientes⁽⁷⁾.

2.5 Modelo de evaluación

2.5.1 Pirámide de Miller

La base de la pirámide ('saber') se relaciona básicamente con pruebas escritas sobre conocimientos abstractos, es decir, descontextualizados.

En el segundo nivel ('saber cómo') se realizan también pruebas escritas basadas en contextos clínicos, en casos concretos, y se pueden valorar competencias de razonamiento clínico y toma de decisiones.

El tercer nivel de la pirámide ('demostrar') se relaciona con las pruebas basadas en simulaciones, a este nivel se encuentran los maniqués, los pacientes simulados y las evaluaciones objetivas clínicas estructuradas (ECOEs). Las ECOEs suponen la combinación de diversos instrumentos para la evaluación de la competencia clínica.

El vértice de la pirámide ('hacer') incluye los instrumentos que permiten evaluar la práctica real, la 'evaluación de la práctica in vivo'. La observación (directa o video grabada), el portafolio, la evaluación de registros clínicos y la utilización de pacientes simulados ocultos son algunos de los más utilizados⁽²²⁾.

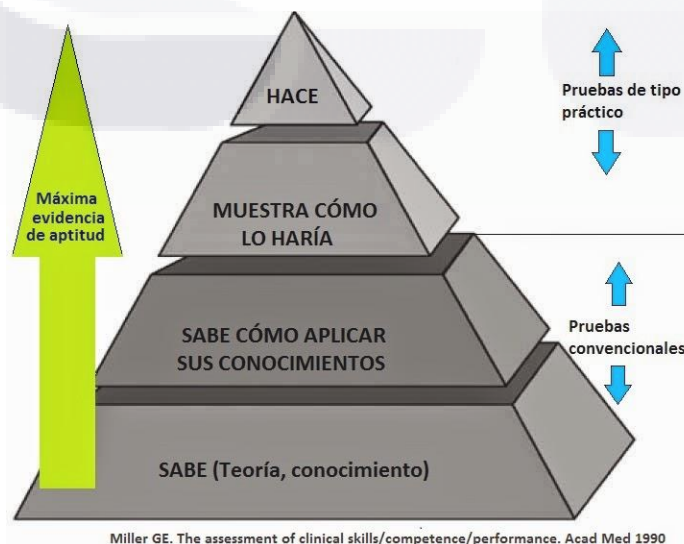


Figura 3. Vértice de la pirámide hacer

2.6 Metodología observacional

El método de observación pretende recoger el significado de una conducta, evitando su manipulación, a través del sistema de observación más adecuado. No existe manipulación (a diferencia de la metodología experimental y cuasi-experimental) de la conducta, pero sí control de las posibles variables extrañas que distorsionarían los datos. Con dicho control se pretende que la variable o variables independientes sean las únicas responsables directas de los valores de la o las variables dependientes.

Cuando llevamos a cabo un estudio con metodología observacional es necesario que el investigador complete las tres fases siguientes:

- Observar la conducta-foco u objeto del estudio, elaborando las correspondientes categorías de las conductas.
- Categorizar la conducta para poder ser medida mediante el sistema de códigos o categorías que se ha desarrollado en la fase anterior.
- Realizar el análisis de los datos registrados. ⁽²³⁾

2.7 Instrumento CICAA

En un estudio observacional de validación de un instrumento de medida, realizado en España en 2009 se explica que la valoración de la comunicación puede realizarse por un observador externo o por los implicados en la práctica clínica.

Existen varios instrumentos que valoran la comunicación clínica, los cuales muy pocos han sido validados, entre ellos, el más utilizado es el cuestionario GATHA, que cuenta con un check-list, el cual es objetivo y práctico, sin embargo, no valora la comunicación no verbal, y la participación del paciente en la consulta.

Por lo que se ha propuesto el uso del instrumento CICAA para valorar propiedades psicométricas como la dimensionalidad, la fiabilidad, concordancia y sensibilidad al cambio. Para el estudio se entrenaron a dos observadores por un experto, con una

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

muestra aleatorizada en atención médica primaria con una muestra de 31 profesionales de la salud.

La valoración del instrumento tiene un alfa de Cronbach del 0.94, por lo que cuenta con una fiabilidad y reproductibilidad adecuadas, el intervalo de confianza del 95% y valores kappa de los ítems <0.4 . La escala CICAA cuenta con cualidades aptas para valorar la comunicación clínica, ya que está fundamentada en un modelo teórico sólido, es multidimensional y ha demostrado su validez y fiabilidad. ⁽²⁴⁾

2.8 Relación de las variables

La comunicación clínica es una habilidad del médico familiar, que se puede describir mediante un modelo lingüístico, en el cual se transmite información durante la atención prenatal, por medio de un mensaje al receptor que en este caso son las mujeres embarazadas que acuden a atención prenatal. Mediante este proceso de comunicación se puede medir esta habilidad por medio del modelo de Miller, en su nivel del vértice de la pirámide, donde por medio del instrumento aplicado (CICAA), se conocerá el nivel de comunicación durante la consulta de atención prenatal, midiendo ésta práctica médica durante un escenario real mediante la observación directa de éste para tener un panorama descriptivo de la comunicación clínica de los médicos de familia.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Evaluación

La evaluación se puede entender de diversas maneras, dependiendo de las necesidades, propósitos u objetivos deseados, tales como: el control y la medición, el enjuiciamiento o de la validez del objetivo. Desde esta perspectiva se puede determinar en qué situaciones educativas es pertinente realizar una valoración, una medición o la combinación de ambas concepciones.

La evaluación debe incluir la verificación de los aprendizajes en conocimientos, habilidades y actitudes, ésta puede ser sumativa o formativa ⁽²⁵⁾. Esta se puede definir como el enjuiciamiento sistemático de la validez de un objeto.

La evaluación tiene diferentes funciones, como: realizar un diagnóstico, ser instructiva, educativa o auto formadora. Por ello los diferentes modelos de evaluación.

3.2 Comunicación

La palabra “comunicación” es definida por la Real Academia Española simplemente como “acción y efecto de comunicarse”. Esto es muy complejo, ya que la comunicación es una característica inherente de los seres humanos, que incluye el lenguaje, la relación, el contexto, y la experiencia⁽²⁵⁾. Es un proceso dinámico, que involucra varios elementos, como el progreso, cambios y comportamiento de los sistemas vivientes.

La OMS afirma que la “comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes. La comunicación para la salud está dirigida a mejorar el estado de salud de los individuos y las poblaciones”. Este organismo entiende la comunicación para la salud “como el estudio y la utilización de estrategias de comunicación interpersonal, organizacional y mediática destinadas a informar e influir en las decisiones individuales y colectivas propicias para la mejora de la salud”⁽²⁶⁾.

Si hablamos de comunicación clínica, esta incluye la formación en entrevista clínica y el desarrollo de habilidades en comunicación, las cuales son específicas, observables y se pueden evaluar por medio de instrumentos específicos para cada nivel de conocimiento, haciendo referencia al modelo de la Pirámide de Miller⁽²⁷⁾.

Es una competencia básica del médico familiar, la cual influye positiva o negativamente en ciertas áreas, desde la precisión del diagnóstico, como la satisfacción del paciente y su apego al tratamiento; además de mejorar el uso de los recursos en salud. Por ello la importancia de una buena y adecuada comunicación.

Las habilidades comunicacionales, son las conductas e instrumentos que se utilizan en la entrevista, durante la consulta médica, empleando varias técnicas, como negociación, de información y apoyo narrativo.

En el acto médico comunicamos en las cosas más sencillas, y depende de cómo se desarrolle esta, el impacto que vamos a tener en el diagnóstico y plan de tratamiento para nuestro paciente. Se puede relacionar positivamente con la calidad en la atención, satisfacción de los pacientes y adherencia al tratamiento.

5.3 Médico familiar

El médico familiar (MF) es el profesional responsable de proporcionar atención integral al paciente y su familia, en el contexto de la comunidad que forma parte ⁽²⁸⁾. Debe satisfacer un perfil en el que pueda desarrollar conocimientos, habilidades, actitudes y valores para llevar a cabo su disciplina.

La Medicina Familiar prepara especialistas con un perfil amplio de actividades para responder a los desafíos que debe encarar un profesional en el nivel primario de salud y, en consecuencia, los habilita para responder a funciones como: atención médica a niños, adultos, adolescentes y adultos mayores, de manera integral, tanto al individuo como su familia.

Se espera de un Médico Familiar, que cuente con una congruencia entre lo que se espera y deba realizar de manera competente, así como las estrategias que utiliza para cumplir el

objetivo y la manera en que serán evaluadas dichas competencias. Por lo que se dice que el perfil del MF es dinámico, y se adapta a los cambios ⁽²⁹⁾.

3.3 Atención prenatal

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico ⁽³⁰⁾.

La organización Mundial de la Salud considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

La atención centrada en la paciente y la familia es un enfoque para la planificación del parto y evaluación de la atención de la salud que se basa en el entendimiento que la familia juega un papel vital en asegurar la salud y el bienestar de pacientes de todas las edades. El objetivo final de la atención centrada en la paciente y la familia es crear alianzas entre los profesionales de la salud, las pacientes y sus familias que conduzcan a resultados y mejoren la calidad y la seguridad de la atención de la salud.

4. JUSTIFICACIÓN

En México, hay 48.7 millones de mujeres en edad reproductiva, dentro de las cuales, 32.7 millones son madres. Las mujeres mexicanas tienen su primer hijo en un promedio de los 21 años de edad, teniendo una alta tasa de embarazo adolescente. Estos factores ponen en riesgo la vida de las madres, poniendo la mortalidad materna como la principal causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva.

En el estado de Aguascalientes, la tasa de fecundidad se estima del 18.2% (a finales del 2015). Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha implementado estrategias para la reducción de muerte materna ⁽³¹⁾.

La atención prenatal contribuye a tener mejor calidad de vida a las familias, ya que se aseguran las mejores condiciones para la madre y su hijo. Por ello esta práctica se realiza con enfoque de riesgo y se deben evaluar las necesidades de cada mujer durante todo su control.

La comunicación clínica, es parte fundamental de las habilidades del médico en Atención Primaria, ya que se correlaciona positivamente con los resultados en la atención médica (32). Uno de los rubros en prevención más importante que se tienen en el primer nivel de atención, es la consulta prenatal, la cual inicia con la captación de la mujer embarazada, su atención durante el embarazo, detección de riesgo gestacional y su derivación oportuna a una atención especializada ⁽³⁰⁾. Debido a la alta demanda de asistencia en el control prenatal, es importante valorar que la comunicación clínica está siendo asertiva y efectiva.

Realizar una medición de la comunicación clínica, centrada en la atención prenatal, tiene un impacto positivo, ya que se determina el nivel de comunicación asertiva del médico hacia las pacientes embarazadas y se verifica que la información llegue de manera adecuada y asertiva a la paciente esperando que tenga un mejor apego al seguimiento de su embarazo, así como asegurar que el enfoque de riesgo sea adecuado y óptimo para evitar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Así mismo el médico familiar podrá llevar a cabo sus acciones de detección, prevención y educación de la paciente y su familia, previniendo riesgos y manteniendo el seguimiento adecuado.

Este estudio es viable, ya que se cuenta con un instrumento validado para medir la comunicación clínica, el cual se basa en un modelo confiable para dicha evaluación (Modelo Miller) y es de gran impacto por centrarse en la atención prenatal.



5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, es una institución de salud, que forma parte importante del desarrollo biopsicosocial de la población mexicana, en donde el primer nivel de atención es uno de los pilares de la atención médica. Cuenta con Unidades de Medicina Familiar en todo el país, concretamente en el estado de Aguascalientes, cuenta con un total de siete Unidades de Medicina Familiar urbanas, entre ellas la UMF 1, UMF 7, UMF 8, UMF 9, UMF 10, UMF 11 y UMF 12. Y cinco Unidades de Medicina Familiar Rurales, como la UMF 2, UMF 3, UMF 4, UMF 5 y UMF 6. En este nivel de atención se atiende al ochenta por ciento de la población derechohabiente, donde el médico familiar se encarga de la atención primaria.

En la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes, se cuenta con una plantilla de 35 médicos familiares adscritos a la consulta externa, programas como DiabetIMSS, Atención médica continua, jefes de clínica y de enseñanza en los turnos matutino y vespertino.

5.2 Descripción del panorama del Estado de Salud.

La comunicación clínica es una habilidad presente en los médicos, prioritariamente en la atención médica primaria, ya que en el primer nivel de atención se puede considerar como una herramienta para llevar a cabo el trabajo de médico familiar, ya que empatizar con el paciente marca la diferencia en el seguimiento del paciente y su enfermedad⁽⁷⁾.

Dentro del quehacer médico se encuentran tres métodos básicos que el médico familiar realiza durante la consulta, que es el interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios, siendo el primer punto el más importante y relevante para el diagnóstico y abordaje del problema(33). Además durante la atención prenatal es de suma importancia poder crear un vínculo con la paciente, para que la entrevista médica no solo sea una serie de preguntas, si no una anamnesis en la que se exterioricen emociones y

síntomas que nos orienten a un problema y lograr el mejor abordaje y prevención en esta etapa⁽³⁴⁾.

5.3 Descripción del panorama del Sistema de atención en Salud

En nuestro país, se registró una mortalidad perinatal de 14.9% por cada 1000 nacimientos en el año 1995, cifra que no ha disminuido notablemente en los últimos años, por lo que, en el IMSS, la atención prenatal es una de las diez principales causas de atención médica en el primer nivel.

Dentro del marco legal de la atención prenatal y el Sistema de Salud en México, se hace mención que se encuentra regulado por la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece en el artículo 4º, que toda persona tiene derecho a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

En base a La Ley General de Salud en su artículo 3º, se define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, se reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

Dentro del Plan Nacional de salud, es prioritario el indicador de mortalidad materna, por lo que se encuentra como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, contemplando estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria.

En el marco legal de México se cuenta con la Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-2016, en la cual se respetan los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y

reproductiva. Así pues, las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención pre-concepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales⁽³⁵⁾.

La guía de Práctica Clínica sobre el Control Prenatal con atención centrada en la paciente, actualización 2017, se basa en la atención prenatal centrada en la persona realizando intervenciones de calidad, seguras y sencillas, que ayuden a mantener un embarazo normal para disminuir la posibilidad de complicaciones y facilitar la detección temprana de patologías y el tratamiento de las mismas⁽³⁶⁾.

Dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 11, se cuenta con diez consultorios de medicina familiar y diez consultorios de API que la hacen única en el estado, dentro de los cuales se llevan a cabo las actividades establecidas en las diferentes normas y leyes antes mencionadas sobre atención prenatal.

5.4 Descripción de la Naturaleza del problema

El control prenatal es una herramienta de gran importancia en el primer nivel de atención debido a que es la manera de prevenir la mortalidad materna y fetal en nuestra población, así mismo de reducir los costos en el sistema de salud y mejorar la calidad de vida de las familias mexicanas.

Sin embargo, en nuestro país no se cuenta con los estudios suficientes sobre un panorama de la comunicación clínica en la atención médica, y es importante iniciar a realizar esta valoración en el primer nivel de atención, que es donde se ofrece una cobertura de servicio más amplia, sobre todo en un grupo de pacientes que requieren más atención como son las mujeres embarazadas.

Balaguerra (2017), afirma que la empatía de la paciente con el médico familiar es un factor importante para tener mejor adherencia al control prenatal, fomentando la asistencia a sus controles, siguiendo las instrucciones de autocuidado y datos de alarma durante el embarazo, así como mejorar la percepción de la calidad en la atención. Tanto que al evaluar a las pacientes, solo el 84% tuvo una percepción buena de la calidad en la atención, resultando la calidad en la atención como una de las variables con mayor

asociación al seguimiento de la atención prenatal, así mismo se evidenció la importancia de la empatía, humanismo y comunicación de los trabajadores de salud para generar adherencia al control prenatal⁽³⁷⁾.

En otros países como en España, se han realizado múltiples investigaciones sobre el impacto de la comunicación clínica, así como del papel que desempeña el médico familiar ante la consulta prenatal, tal como lo describe Arribas Mir (2011), en su artículo, donde evalúa la atención prenatal en diferentes comunidades españolas, y concluye que la satisfacción de las mujeres y sus resultados, es mayor con el médico de familia que con el obstetra. Por lo tanto hay evidencia que aumenta la cobertura del control del embarazo y la confianza con el médico del primer nivel de atención. Otros autores mencionan que existen barreras para lograr una buena comunicación con el paciente debido al tiempo de la consulta, además del desinterés de algunos médicos de familia, quienes en otras entidades son incentivados para mejorar la atención ⁽³⁸⁾.

Por lo tanto, en México es importante realizar más investigaciones sobre donde se evalúe la comunicación clínica por parte de los médicos, para mejorar la calidad en la atención y con ello evitar múltiples complicaciones y evitar desenlaces finales.

5.5 Descripción de la distribución del problema

De la población existente en el estado de Aguascalientes, el 60.8% se encuentra afiliada al IMSS, con una población usuaria de 819,383 derechohabientes, de los cuales se encuentran afiliados a la UMF No.11 un total de 66,917 derechohabientes, lo que corresponde al 7.7% de la población, con un incremento por año de 2.57%. La UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes, cuenta con diez consultorios de Medicina Familiar en los turnos matutino y vespertino, y diez consultorios de Medicina Preventiva a cargo de enfermeras con especialidad en medicina de familia, que la hacen única en el Estado.

A nivel delegacional, la pirámide de población tiene su base en el grupo etario de 5-14 años de edad, presentando un adelgazamiento de 15 a 24 años y repuntar al alza de los 25-39 años. Un total de 52.4% son mujeres, de las cuales el 47.62% se encuentra en edad reproductiva. Dentro de la población de la UMF 11, se encuentra una mayor prevalencia de pacientes en edades entre 25 a 29 años, lo cual se traduce en que es una

Unidad que aloja población joven en etapa productiva, compitiendo dentro de estas estudiantes y trabajadores en su mayoría, lo que implica un incremento en la población en edad reproductiva, así como los riesgos que estos conlleva; es por esto que la gestión de planes de atención a la salud debe reforzar el enfoque preventivo, control y planificación familiar, atención prenatal y control de niño sano.

La mortalidad materna ha sido tema de controversia en el país, y esto se refleja en los programas prioritarios que se implementan para la reducción de la tasa de mortalidad materna y perinatal, que hasta el año de 1995 se reportó una mortalidad perinatal de 14.9%, por cada 1000 nacimientos, persistiendo como una de las principales causas de atención médica en el primer nivel de atención.

La proporción elevada del grupo de edad de 15 a 19 años de edad, común en los países en desarrollo como México, es un factor para que persista la tasa de embarazo en este grupo etario, con una prevalencia del 14% a nivel nacional; mientras que el porcentaje de embarazos en adolescentes en la ciudad de Aguascalientes se encuentra en el 17.3%, las cuales son menores de 20 años, y se extrapola a la situación que se encuentra específicamente en la unidad No. 11, con un total de 570 consultas de embarazo adolescente.

Actualmente se encuentran 736 mujeres que cursan su embarazo en atención prenatal en la UMF No. 11 hasta el mes de agosto 2019. Llama la atención que en el grupo etario de 10-19 años de edad, el segundo motivo de consulta es la atención y control prenatal, con un total de 570 consultas, mientras que el en grupo de 20-59 años de edad, se encuentra en el quinto lugar de atención con un total de 4207 consultas registradas. Esto se traduce a que en la Unidad se cuenta con adolescentes embarazadas, las cuales requieren mayor atención y prevención de complicaciones.

5.6 Descripción de la gravedad del problema

Durante el año 2018 se recibieron 8 quejas en la unidad, donde el principal motivo fue el maltrato (6.75%), seguido de negativa (1.3%) y demora en la atención (1.1%). En cuanto a Satisfacción de la Salud, los resultados de la Encuesta (ENSAT) tuvo un resultado del 87% en el último año, considerando que el resultado en la atención médica de la unidad

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tuvo un descenso de un punto porcentual menor que el año anterior, lo que nos traduce, una oportunidad para valorar y fomentar la calidad de la atención, siendo de los principales motivos de atención el control prenatal, por lo que es importante hacer un diagnóstico evaluando la comunicación clínica de nuestros médicos familiares.

5.7 Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema

Una vez teniendo este panorama del problema, es importante identificar las áreas de oportunidad en las consultas de atención prenatal, como fomentar programas de apoyo a las mujeres embarazadas, mejorar las expectativas de las pacientes, ya que se debe llevar a cabo de manera sistemática para proporcionar una información homogénea y llegar a los mejores resultados de prevención, satisfacción y educación de nuestras usuarias embarazadas.

5.8 Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible no es el suficiente para solucionar el problema.

La Atención prenatal, es un tema prioritario a nivel nacional, en el cual se invierten recursos y se realizan programas para satisfacer las necesidades de las usuarias y prevenir en lo posible los daños que impactan a una familia que espera la llegada de un nuevo miembro. Por lo tanto, es importante tener un diagnóstico global desde sus bases, que es la atención médica, ya que se ha observado un descenso en la calidad de la atención. Como antecedente, se realizó un estudio transversal descriptivo, en el estado de México en 2017, con una muestra a conveniencia de 36 médicos generales y especialistas, para investigar las habilidades comunicativas propuestas por Rodríguez Collar, las cuales se dividen en tres categorías que son: habilidades para expresar, habilidades para observar y escuchar, y habilidades para establecer una relación empática. Se aplicó un instrumento a los 36 médicos, dentro de los cuales participaron siete médicos familiares, 18 médicos generales, cuatro pediatras y el resto ginecólogos, psiquiatras y otorrinolaringólogos. Los resultados obtenidos fueron que el 69% de los médicos cuentan con habilidades para expresar. Mientras que, en las habilidades para observar y escuchar, solo el 56% de los médicos escuchan con atención al paciente, y en

lo que respecta al rubro de relación empática, el 31% de los médicos explora los aspectos psicosociales del paciente, y sólo el 19% tiene un acercamiento afectivo. En este estudio se discute la falta de estudios en México relacionados a las habilidades comunicativas que permitan ser un referente al estudio.⁽¹¹⁾

5.9 Estudios relacionados con el problema

Se realizó un estudio transversal descriptivo, en el estado de México en 2017, con una muestra a conveniencia de 36 médicos generales y especialistas, para investigar las habilidades comunicativas propuestas por Rodríguez Collar, las cuales se dividen en tres categorías que son: habilidades para expresar, habilidades para observar y escuchar, y habilidades para establecer una relación empática. Los resultados obtenidos fueron que el 69% de los médicos cuentan con habilidades para expresar. Mientras que en las habilidades para observar y escuchar, solo el 56% de los médicos escuchan con atención al paciente, y en lo que respecta al rubro de relación empática, el 31% de los médicos explora los aspectos psicosociales del paciente, y sólo el 19% tiene un acercamiento afectivo. En este estudio se discute la falta de estudios en México relacionados a las habilidades comunicativas que permitan ser un referente al estudio. Se concluye que es necesario realizar más investigaciones para identificar el nivel en que los médicos conocen y manejan las habilidades comunicativas ⁽⁹⁾.

La atención prenatal con enfoque de riesgo, enfatiza en que lo más importante es la calidad de las consultas y no el número de ellas, ya que con estas metas es más sencillo llevar a cabo un embarazo normal, tener diagnósticos certeros y tratamiento más oportuno, por ello la importancia de priorizar la comunicación clínica en este escenario ⁽³⁹⁾.

5.10 Descripción del tipo de información que se espera obtener

El médico familiar (MF) tiene un enfoque integral para el individuo y su familia. El control prenatal implica una serie de acontecimientos, donde se emplea el arte de la comunicación, para que la paciente se sienta escuchada, así como el apego al tratamiento y poder construir un apoyo ⁽¹⁷⁾. Es por eso se debe promover la comunicación efectiva e identificar sus componentes ⁽¹⁸⁾, tomando en cuenta de la escala CICAA.

Es importante tener un diagnóstico de la comunicación clínica de los médicos familiares que se utiliza en el primer nivel de atención, y cuales con las áreas de oportunidad para mejorar, en cuanto a la respuesta del paciente, de igual manera, como influye la comunicación ante la respuesta favorable o no del paciente ante sus comorbilidades, apego al tratamiento y relación médico-paciente.

La información que se espera obtener es un diagnostico comunicacional sobre la atención medica en el control prenatal, por medio de una evaluación, para tener un panorama de ello y crear estrategias para fortalecer esta habilidad.

5.11 Lista de conceptos indispensables utilizados en el planteamiento del problema.

-Comunicación clínica: Incluye la formación en entrevista clínica y el desarrollo de habilidades en comunicación.

-Médico familiar: Es el profesional responsable de proporcionar atención integral al paciente y su familia, en el contexto de la comunidad que forma parte.

-Atención prenatal: Es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

5.12 Pregunta de investigación

¿Cómo es la comunicación clínica de los médicos familiares de la UMF 11 en la consulta prenatal?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- Describir la comunicación clínica de los médicos familiares en la Atención Prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes.

6.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a los sujetos de estudio (Médicos Familiares) de acuerdo con las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.
- Describir como se otorga la información en los médicos familiares en la atención prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes
- Conocer la conexión en los médicos familiares en la atención prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes
- Conocer cómo se identifican y comprenden los problemas en los médicos familiares en la atención prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes
- Conocer el acuerdo en los médicos familiares en la atención prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes
- Conocer la ayuda a actuar en los médicos familiares en la atención prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes
- Conocer el nivel de comunicación clínica en los médicos familiares en la atención prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño metodológico

Diseño de estudio

Estudio transversal, Descriptivo, Observacional.

Universo de Trabajo

Todos los Médicos Familiares de la UMF-11 IMSS Aguascalientes

Población de Estudio

Todos los Médicos Familiares de la UMF-11 IMSS Aguascalientes

Unidad de Observación

Médico Familiar de la UMF-11 IMSS Aguascalientes

Unidad de Análisis

Médico Familiar de la UMF-11 IMSS Aguascalientes

7.2 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Médico familiar adscrito a la UMF -11 IMSS Aguascalientes
- Ambos sexos
- Ambos turnos
- Que otorgue consulta de atención prenatal

Criterios de No Inclusión

- Médicos familiares adscritos a la Atención Médica continua.
- Médicos familiares que no hayan firmado la carta de consentimiento informado
- Médicos familiares en puestos administrativos
- Médicos familiares que no deseen participar en el estudio.

Criterios de Eliminación

- Instrumento que quede inconcluso por falta de la paciente a su consulta programada.

7.3 Tipo de estudio

Tipo de Muestreo

Por conveniencia.

7.4 Universo y muestra

Tamaño de la Muestra: No se requirió calcular el tamaño de la muestra, porque se tomó todo el universo de médicos familiares que labora en la UMF 11, Delegación Aguascalientes.

7.5 Definición y operacionalización de variables.

Variable de caracterización: Comunicación clínica

DEFINICION OPERACIONAL:

Este instrumento consta de 29 ítems divididos en cuatro categorías:

- 1.- De contenido: que hace referencia al significado semántico denotativo o connotativo, da una percepción subjetiva.
- 2.- De actos de habla o instrumentales: cómo reacciona la persona cuando se le dice o pregunta algo.
- 3.- De comunicación no verbal: interacción fuera de los canales estrictamente lingüísticos.
- 4.- De valoración afectiva: tono emocional de interacción.

7.6 Plan y técnica de recolección de datos.

Al obtener el folio de autorización R-2019-101-020 por parte del comité de investigación, se acudió a la UMF-11 IMSS Aguascalientes, para solicitar el permiso a la directora para llevar a cabo la investigación. Dando a conocer la información a los médicos familiares, sobre el proceso de la investigación, el cual se llevó a cabo mediante el uso de un

instrumento aplicado por el residente (tesista), al médico familiar cuando se encontraba en una consulta de control prenatal.

Dicho instrumento fue llenado previa autorización del médico y firma de consentimiento informado, así como la información sociodemográfica que se solicitó, durante el ejercicio médico, tomando el mismo tiempo de consulta, aproximadamente 15 minutos. Posterior a la adquisición de la información, el resultado se reserva para el análisis de datos y sólo se dió una retroalimentación al médico familiar que participó.

7.7 Técnica de recolección

- Se identificó el censo de embarazadas de la UMF-11 IMSS Aguascalientes.
- Se indagó sobre la programación de consulta para atención prenatal con la asistente de cada consultorio en ambos turnos.
- Se solicitó la autorización del médico y firma del consentimiento informado.
- El residente que aplicó el instrumento se presentó con la paciente y el médico familiar le indicó a la paciente que el residente será un observador.
- Se aplicó el instrumento mediante un observador, el cual es el residente (tesista) como estudio de sombra, durante la consulta de atención prenatal.
- El médico realizó su práctica médica en la consulta como lo acostumbre, mientras el observador (residente) registró cada uno de los pasos de acuerdo a como lo indica el manual operacional del instrumento.

7.8 Logística

Se informó sobre el proyecto de la investigación a los médicos familiares dando a conocer los objetivos y justificación del estudio, para que aquellos que aceptaran participar tengan acceso al cuestionario que se aplicará mediante un estudio de sombra durante la consulta de atención prenatal, así mismo, a los médicos que deseen participar en el estudio se les otorgará una carta de consentimiento informado para autorizar su participación en dicho estudio. El instrumento consta de un cuestionario tipo Likert que incluye cuatro niveles (Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar a actuar). La aplicación de este instrumento se llevó a cabo inmediatamente al finalizar la atención prenatal con la información obtenida durante el desarrollo de la consulta, por lo que el tiempo estimado no excedió de 15 minutos que están contemplados para la consulta.

7.9 Instrumento de medición

7.9.1 Descripción del instrumento

Es un instrumento de 29 ítems, en tres niveles, su valoración tiene un alfa de Cronbach del 0.94, por lo que cuenta con una fiabilidad y reproductibilidad adecuadas.

Escala CICAA (por sus siglas: Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar), instrumento validado con un alfa de Cronbach del 0.94(3), en España, que consta de 29 ítems en 4 niveles. El cual fue diseñado como una herramienta para evaluar la interacción comunicativa, diseñando un cuestionario de carácter multidimensional, tipo rating, con una escala evaluativa, con respuestas tipo Likert de tres categorías y 29 ítems, siguiendo un modelo teórico de entrevista centrada en el paciente por tareas (Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar)⁽²⁴⁾.

Esta clasificación se divide en cuatro dimensiones:

1. Conectar: de los ítems 1 al 6
2. Identificar y comprender: evaluado de los ítems del 7 al 20
3. y 4. Acordar y ayudar a actuar: de los ítems 21 al 29

estos ítems se evalúan a través de una escala tipo Likert de cuatro categorías de respuesta en cada variable a medir (pertinencia y relevancia).

Tabla 1. Clasificación de los ítems

Respuestas	Código	Pertinencia	Relevancia
NP	1	No pertinente	No relevante
0	2	Poco pertinente	No relevante
1	3	Pertinente	Relevante
2	4	Muy pertinente	Muy relevante

7.10 Análisis factorial

Tabla 2. Factores de análisis

Factores	Ítems
Esfera psicosocial	5, 10, 11,12,14,15,16,18,26
Información	21,22,23,24,28
Escucha activa	2,4,7,8,9,20
Toma de decisiones	6,25,29
Tratamiento del desacuerdo	27
Recibimiento	1

Tabla 3. Dimensiones de ítems

Dimensiones	Ítems
Conectar	1,2,3,4,5,6
Identificar	7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20
Acordar	21
Ayudar a actuar	,29

7.11 Estandarización y recolección de la información

Se realiza un manual operacional donde se describe cada una de las dimensiones e ítems que lo componen, explicando las posibles respuestas y como se lleva a cabo la evaluación de este instrumento, para la capacitación de los usuarios y estandarizar el procedimiento de la recolección de datos⁽⁴⁰⁾.

7.12 Procesamiento y análisis de datos

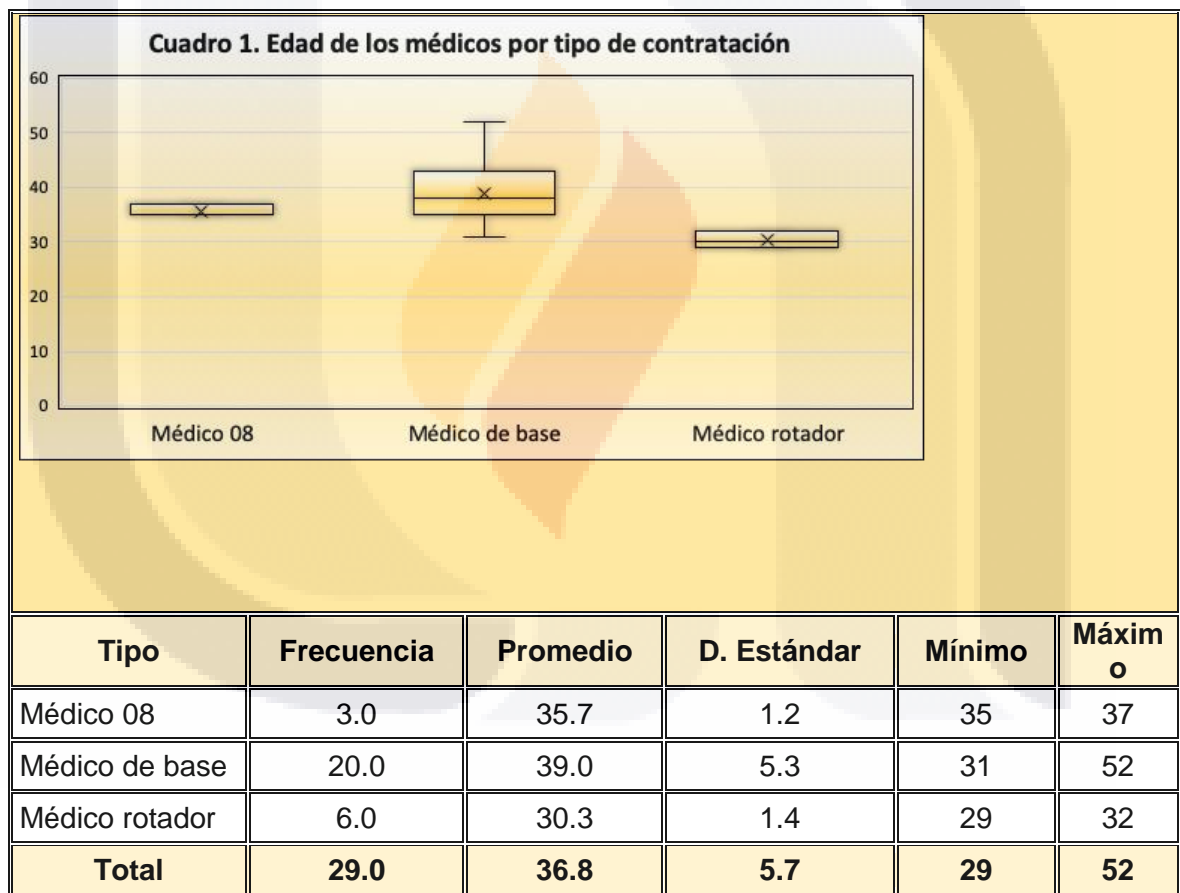
Se describen frecuencias absolutas y relativas para las variables en escalas categóricas, media y desviación estándar para variables en escalas continuas, utilizando el programa SPSS versión 21, posteriormente se utilizó la base de datos de Excel para elaboración de gráficas de frecuencias.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se sometió a evaluación y aprobación por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud. El estudio se apega a lo establecido en el título primero capítulo único, artículos 1ro al 5to, título segundo capítulo I, artículo 13, 16 y 23, título quinto capítulo único, artículo 98. Título sexto, capítulo único, artículo 113, 114, 115, 116, 118, 119 y 120 de la ley general de salud en la materia de investigación para la salud. Artículos 3, 7, 13, 17, los resultados obtenidos serán empleados con fines científicos. Así como a los puntos 1,2,14,20,25 y 27 de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 52 Asamblea General realizada en Edimburgo Escocia en octubre del año 2000. Se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Núremberg, la declaración de Helsinki y sus enmiendas, el informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos. Se incluye carta de consentimiento informado para el protocolo de investigación misma que le será entregada una copia a cada participante. No se considera haya un balance riesgo/beneficio negativo para la Institución al evaluar la comunicación clínica de los médicos familiares en la Atención Prenatal de la UMF-11, IMSS Delegación Aguascalientes. El procedimiento será una encuesta anónima para garantizar la confidencialidad de la información. El consentimiento informado lo solicitará el aplicador del cuestionario al momento de recabar los datos. La participación es totalmente voluntaria, no existiendo relación alguna entre los sujetos de investigación y los investigadores. Los participantes se seleccionaron sin hacer ningún tipo de discriminación en cuanto a género, raza, creencia, etc., la recolección de información se realizó dentro la misma Unidad de Medicina Familiar, intentando mantener la privacidad del sujeto de investigación, guardando en todo momento el anonimato del encuestado.

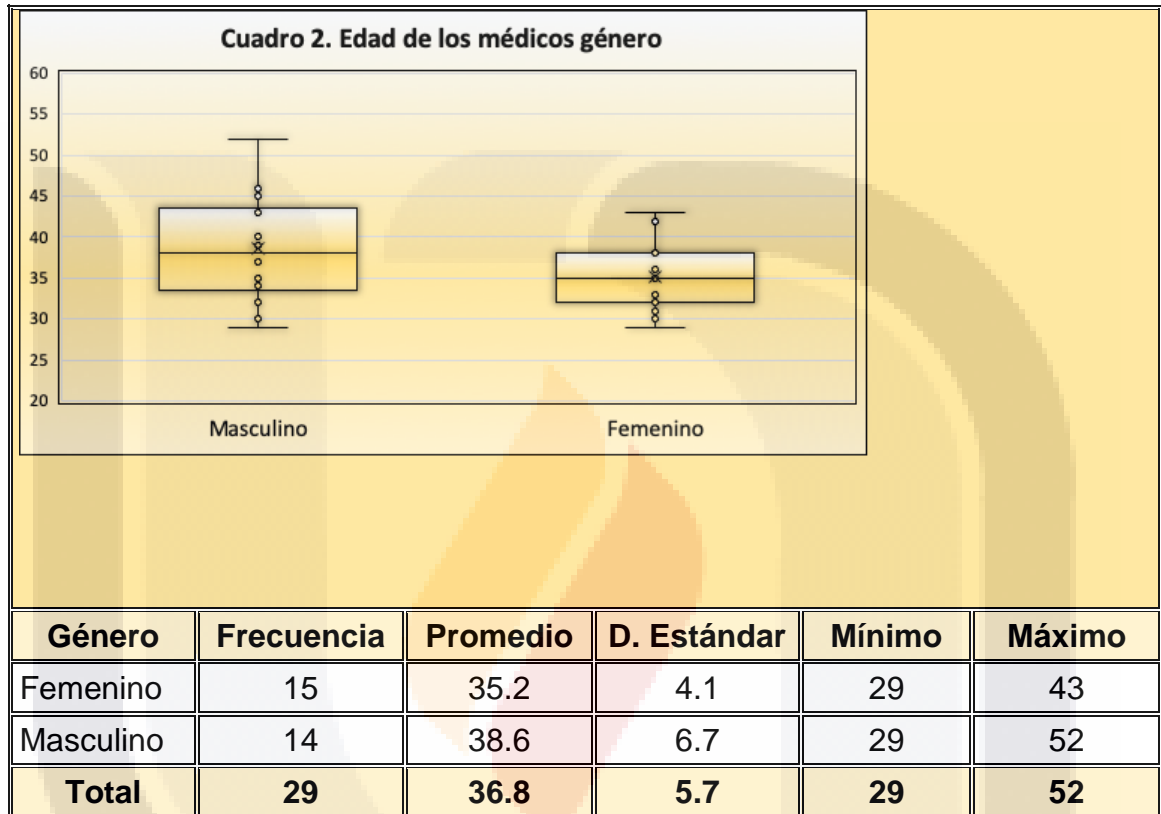
9. RESULTADOS

A continuación, se describen las características sociodemográficas de los médicos a quienes se evaluaron los diferentes tipos de comunicación clínica al momento de la consulta. El **cuadro 1** muestra la distribución de los médicos en torno a su tipo de contratación, en dónde se obtuvo que 20 de los 29 médicos evaluados fueron médicos de base, tres médicos son de tipo 08 y 6 fueron rotadores. Con respecto a la edad se obtuvo que tienen en promedio 36 años, con un mínimo de 29 y un máximo de 52. Los médicos con más edad en promedio fueron los de base con 39 años, seguidos de los médicos 08 con 35 años y los más jóvenes fueron los médicos rotadores con un promedio de 30 años.



Cuadro 1. Edad de los médicos por tipo de contratación

El **cuadro 2** muestra la distribución de la edad en torno al género, obteniendo que este en los médicos evaluados fue homogéneo siendo 15 del género femenino y 14 del género masculino, en dónde los médicos de género masculino tienen en promedio 38.6 años, con un mínimo de 29 y un máximo de 52 años; mientras que los médicos de género femenino tuvieron un promedio de edad de 35 años con un mínimo de 29 y un máximo de 43 años.



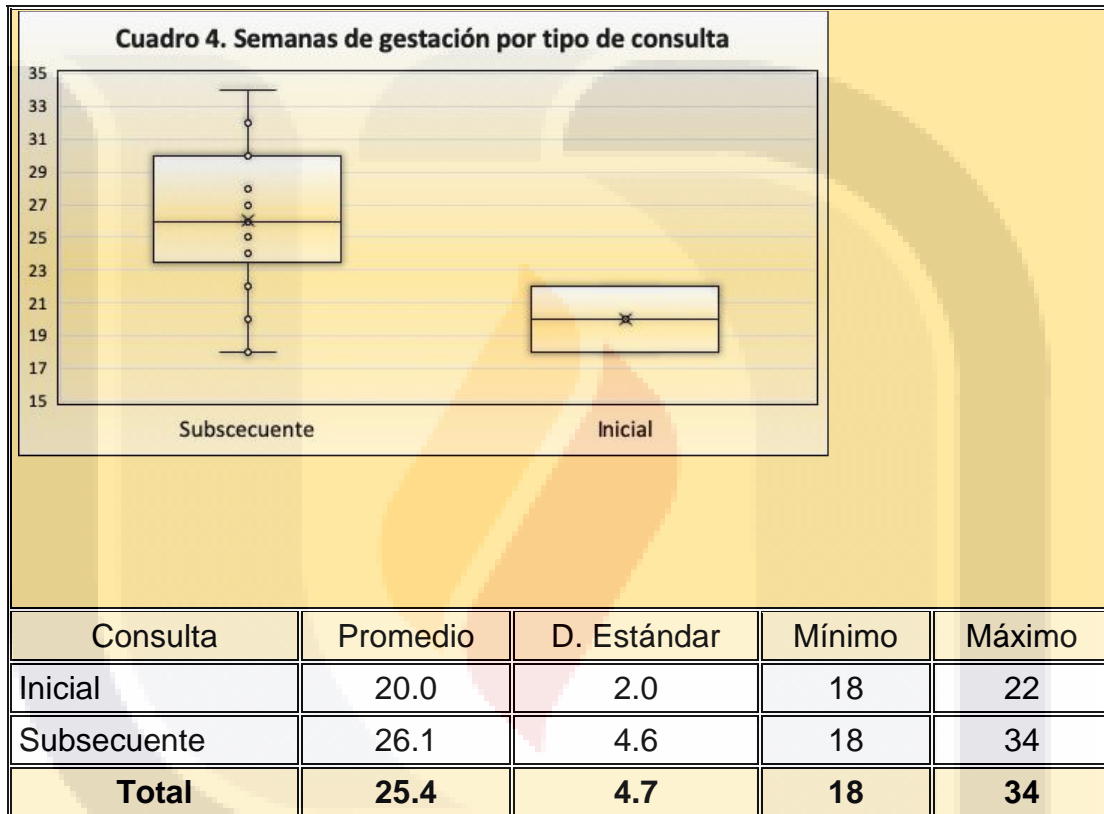
Cuadro 2. Edad de los médicos género

El **cuadro 3** describe la distribución de frecuencias de los médicos evaluados con respecto a su estado civil, obteniendo que el 58% están casados; el 27.6% son solteros y el 13% restante está en unión libre.

Cuadro 3. Estado civil de los médicos		
	Frecuencia	Porcentajes
Casado	17	58.6%
Soltero	8	27.6%
Unión libre	4	13.8%
Total	29	100.0%

Cuadro 3. Estado civil de los médicos

Los siguientes cuadros describen las características de las pacientes que acudieron a consulta de atención prenatal, mostrando en el **cuadro 4** la distribución de las semanas de gestación entorno al tipo de consulta en el momento de la evaluación, obteniendo que en las 29 pacientes en donde se evalúa la comunicación clínica en promedio acuden a las 25 semanas de gestación con una desviación estándar de 4.7 semanas. Con respecto a las consultas iniciales, las mujeres acudieron en promedio a las 20 semanas con un mínimo de 18 y un máximo de 22 semanas, con un mínimo de 18 y un máximo de 34.



Cuadro 4. Semanas de gestación por tipo de consulta

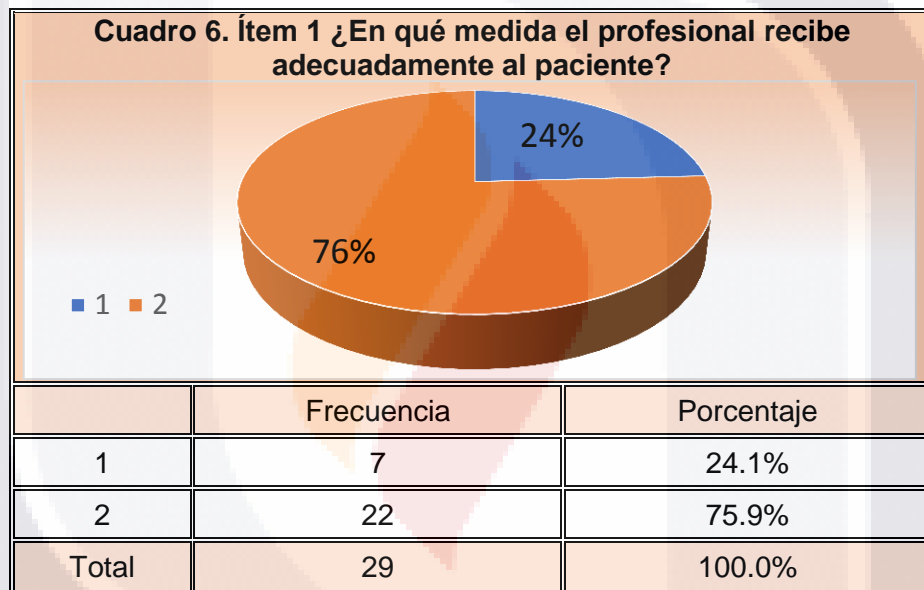
El **cuadro 5** muestra que las 29 mujeres en quienes se evalúa la comunicación clínica con su médico familiar tuvieron una edad promedio de 26 años con una desviación estándar de 2.8, un mínimo de 21 y un máximo de 33 años.

Cuadro 5. Edad de los pacientes			
Promedio	D. Estándar	Mínimo	Máximo
26.7	2.8	21	33

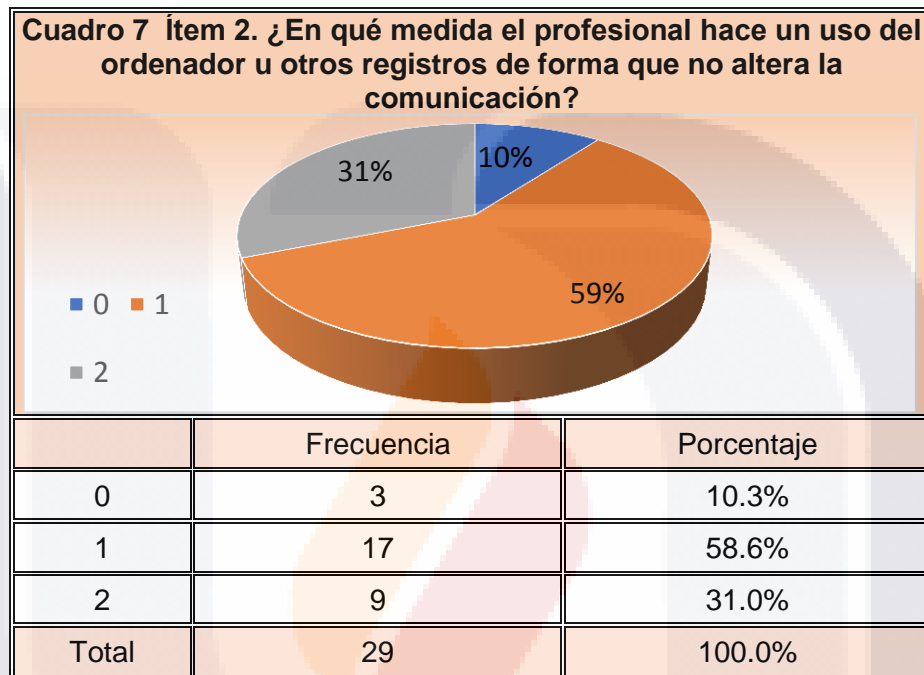
Cuadro 5. Edad de los pacientes

A continuación, se describen los ítems del instrumento con el que se evaluó la comunicación clínica en sus diferentes dimensiones, a partir de los criterios anteriormente descritos en el manual operacional y conforme a la codificación descrita.

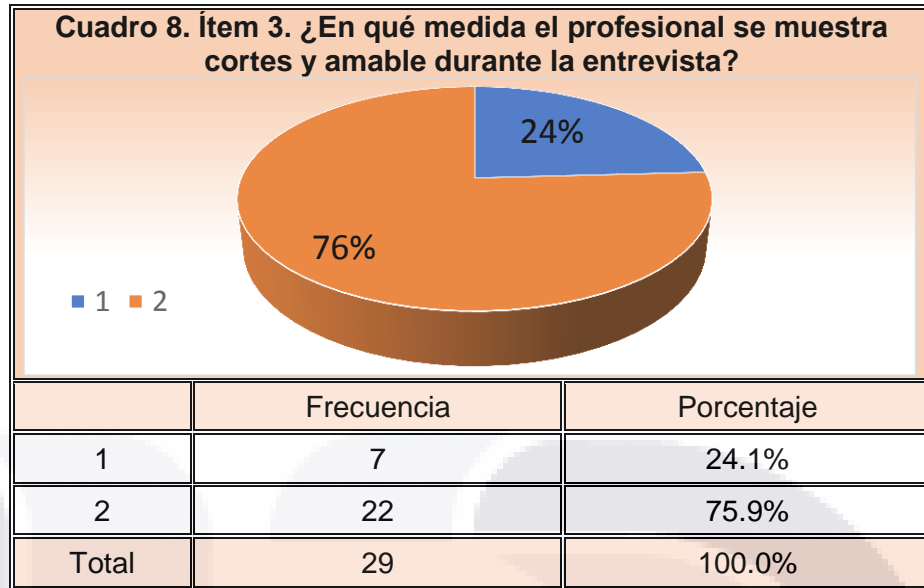
El **cuadro 6** muestra los resultados del ítem 1 que midió el grado en que el personal médico recibe adecuadamente al paciente, en torno a criterios verbales y no verbales como lo son el saludo, el contacto visual, llamar por el nombre al interlocutor, etc. Qué hablan de la calidez con la que se atiende el servicio. Se obtuvo que el 75% de los médicos evaluados cumplieron satisfactoriamente con este criterio, mientras que el 24% lo cumplió parcialmente.



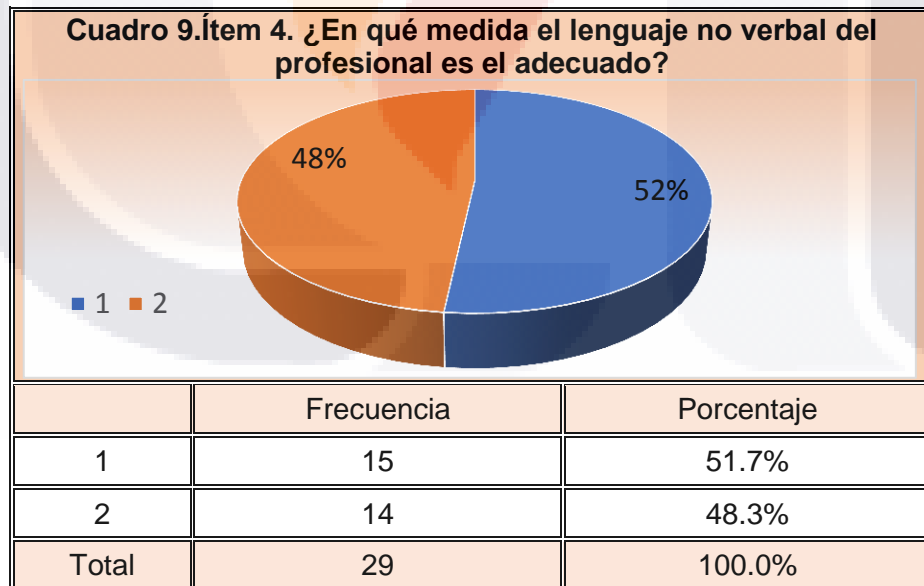
El **cuadro 7** muestra los resultados del ítem 2 en el que se evalúa en qué medida el profesional hace uso del ordenador u otros registros de forma en que no altera la comunicación, obteniendo que el 31% de los médicos evaluados revisaron los registros del expediente electrónico sin interrumpir la comunicación con el paciente, el 58% lo hicieron parcialmente, y el 10% tuvo que interrumpir la comunicación por completo para poder revisar el expediente electrónico, estando el paciente presente.



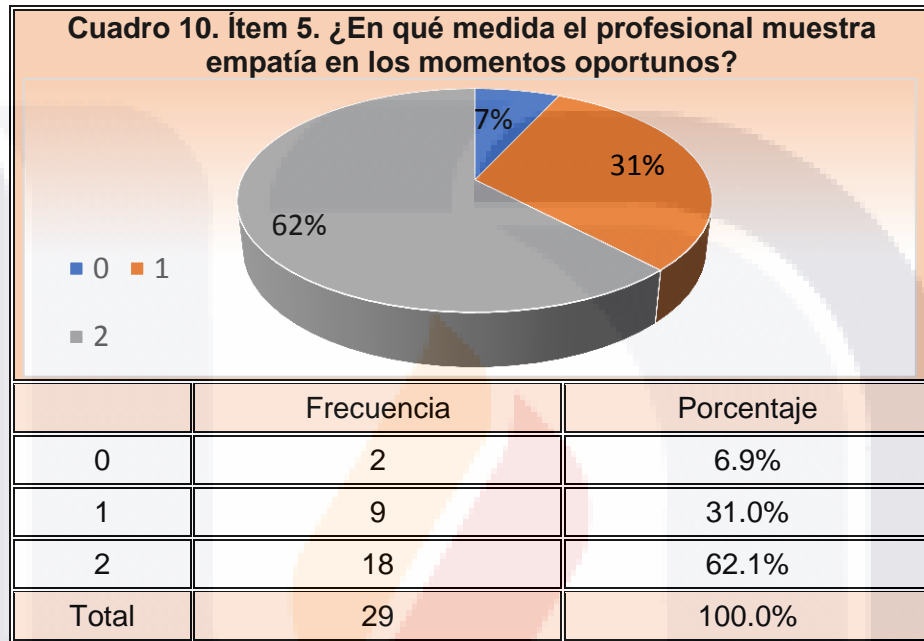
El **cuadro 8** muestra los resultados del ítem 3 que evalúa la medida en que el personal médico mostró cortesía y amabilidad durante la entrevista con el paciente, quedando clara la separación emocional entre lo cortés y lo correcto médicamente hablando. Se obtuvo que el 75% de los médicos evaluados cumplieron correctamente con este criterio, mientras que el 24% lo cumplió parcialmente.



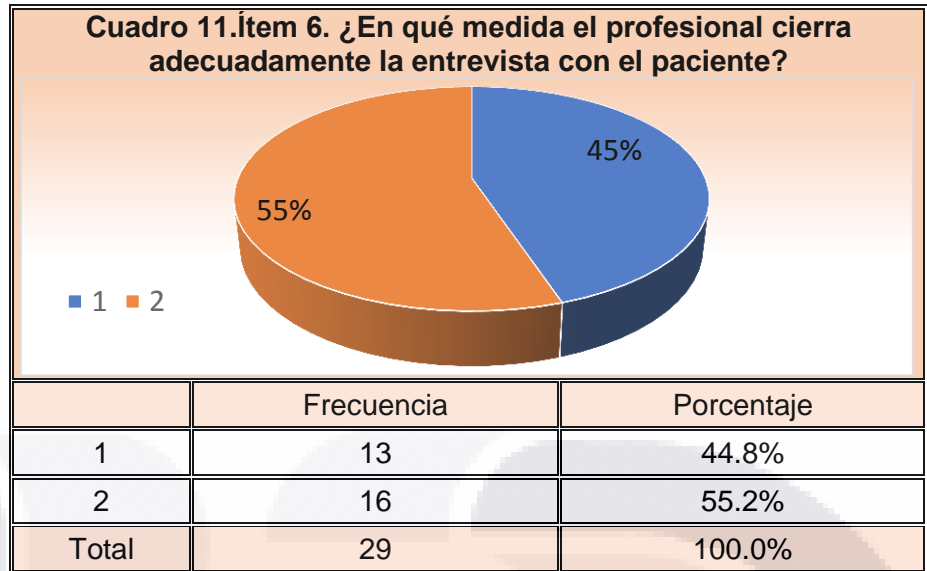
El **cuadro 9** muestra los resultados del ítem 4 que evalúa el lenguaje no verbal del personal médico en términos de formas corporales, vestimenta, indumentaria y expresiones faciales, sobre todo en momentos de más carga emocional en la entrevista. Obteniendo que el 48% de los médicos cumplieron satisfactoriamente con esta cualidad, mientras que el restante 52% lo cumplió de manera parcial.



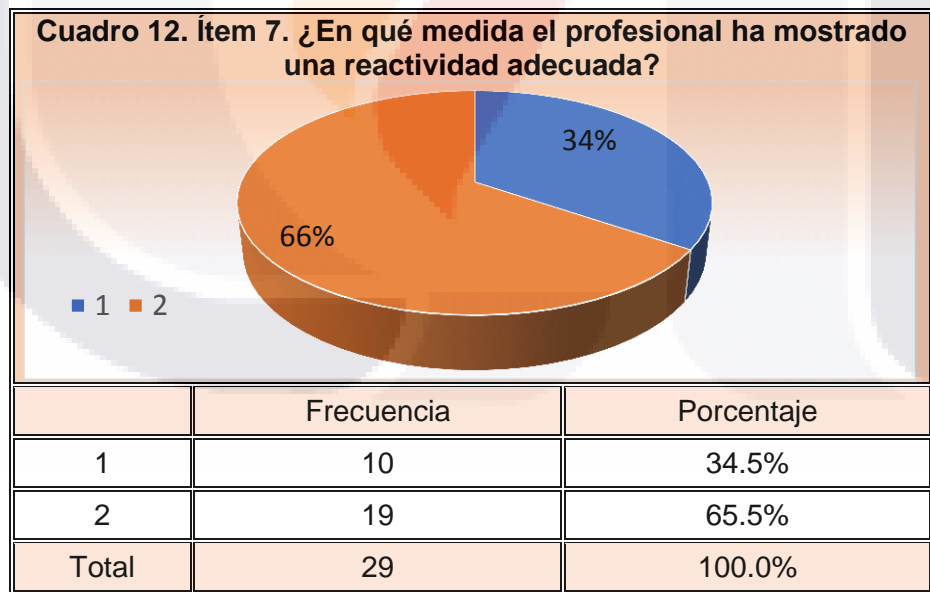
El **cuadro 10** muestra los resultados del ítem 5 que evalúa la medida en que el personal médico mostró empatía de manera verbal y no verbal para entender las emociones, sentimientos e ideas con respecto a un problema o al estado de ánimo del paciente en los momentos oportunos, mostrando que el 62% de los médicos cumplieron satisfactoriamente con esta cualidad, el 31% la cumplieron de manera parcial y el restante 7% no mostró empatía.



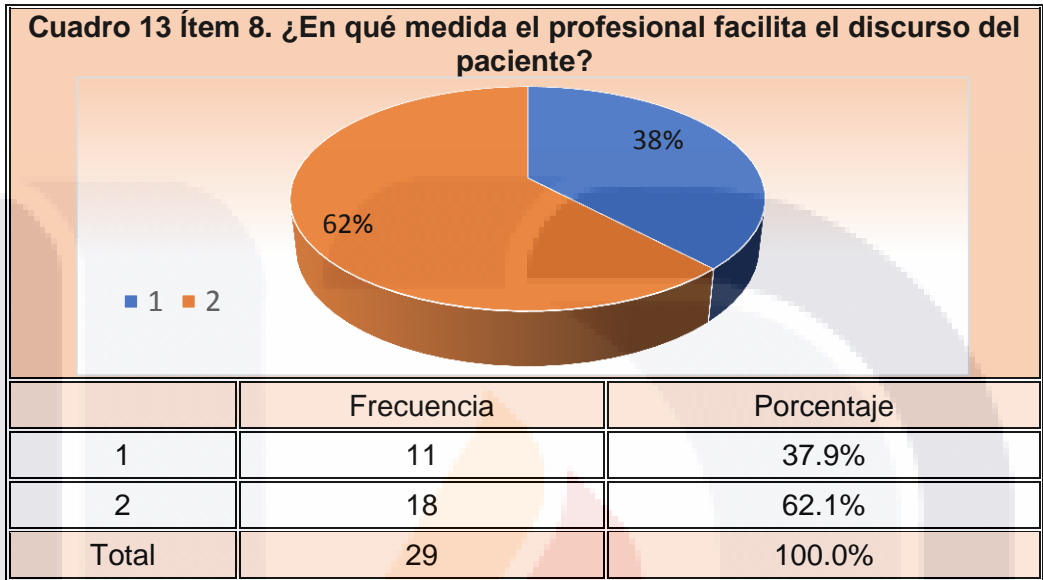
El **cuadro 11** se muestra la distribución de los resultados con respecto al ítem 6 que evalúa la manera en que el profesional de la salud termina adecuadamente la entrevista con el paciente, mostrando que el 55% de los médicos evaluados lograron concretar la entrevista de manera educada y profesional, mientras que el 44.8% cumplieron con este criterio de manera parcial.



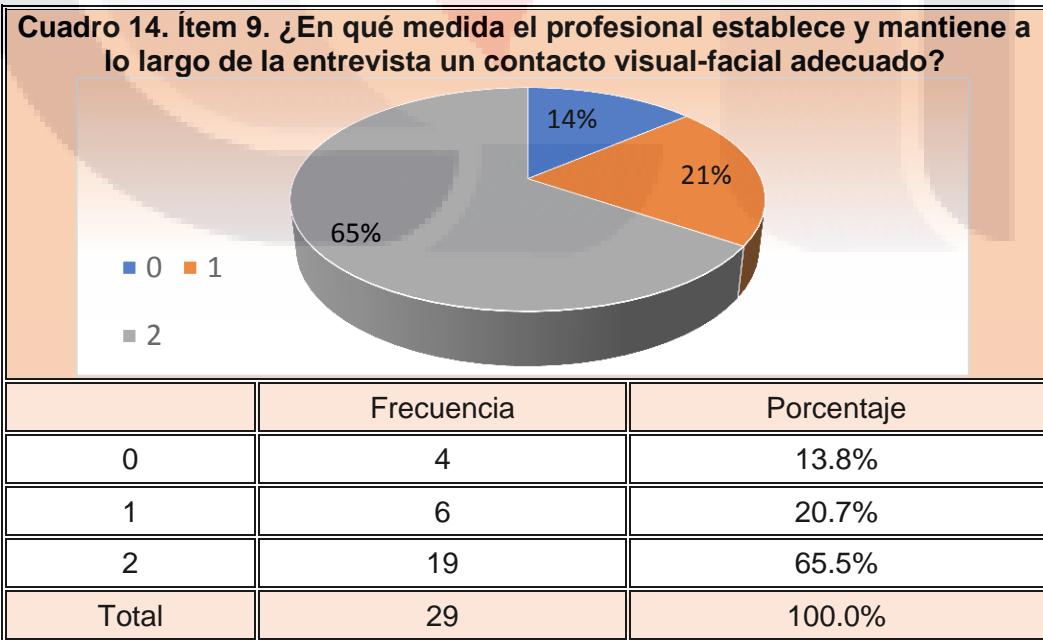
El **cuadro 12** se muestran los resultados obtenidos del ítem 7 que evalúa la medida en que el médico muestra una reactividad adecuada en torno al diálogo con el paciente, obteniendo que el 65.5% tiene una reactividad adecuada logrando una conversación dinámica y completa y cuidando optimizar el tiempo de consulta, mientras que el 34.5% restante cumplió con este criterio de manera parcial.



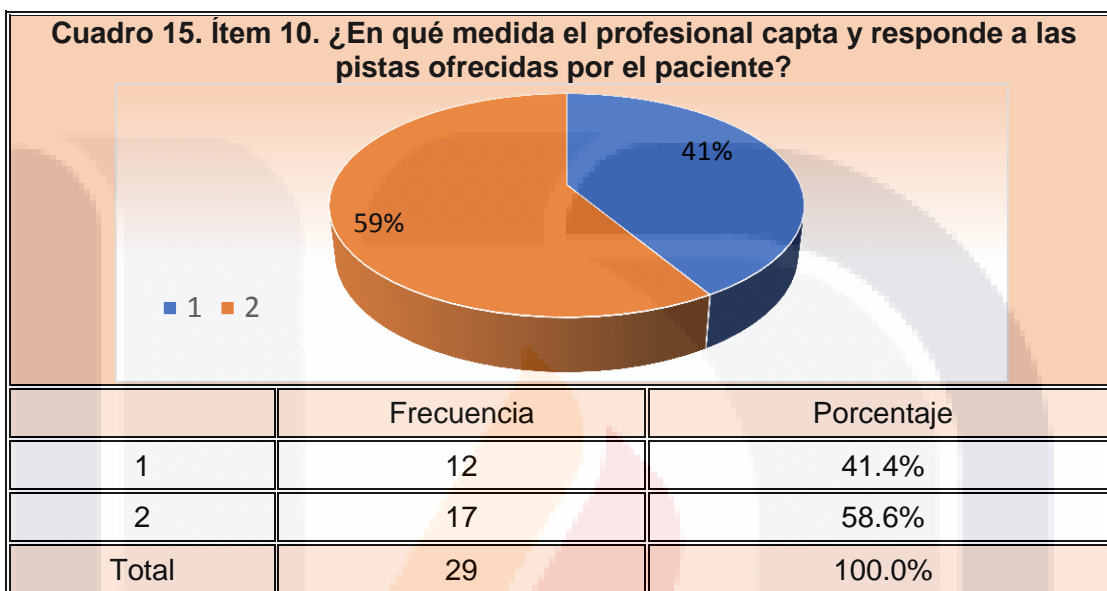
El **cuadro 13** se muestran los resultados obtenidos del ítem 8 que evaluó la medida en que el personal médico facilitó el discurso del paciente durante la entrevista, obteniendo que el 62.1% de los médicos mostraron habilidades de comunicación que facilitaron que el paciente hablará durante la entrevista y el 37.9% de los médicos lograron esto de manera parcial.



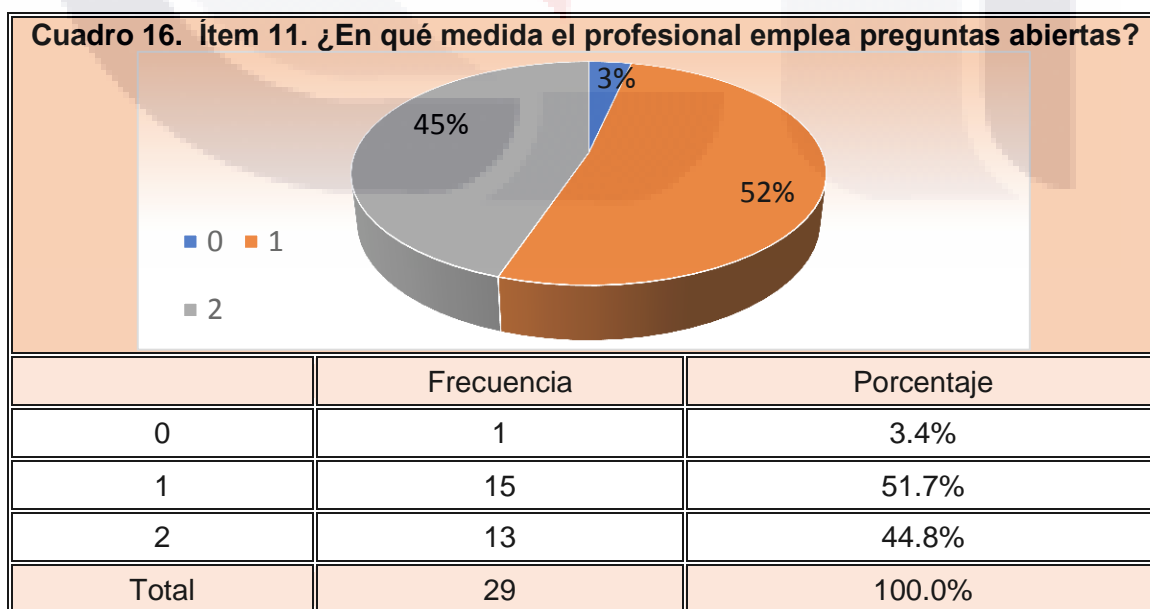
El **cuadro 14** muestra los resultados del ítem 9 que evalúa la medida en que el personal médico establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado, mostrando que el 65.5% de los médicos cumplieron a cabalidad con este criterio, el 20.7% lo cumplió de manera parcial y el 13.8% no cumplió con este criterio.



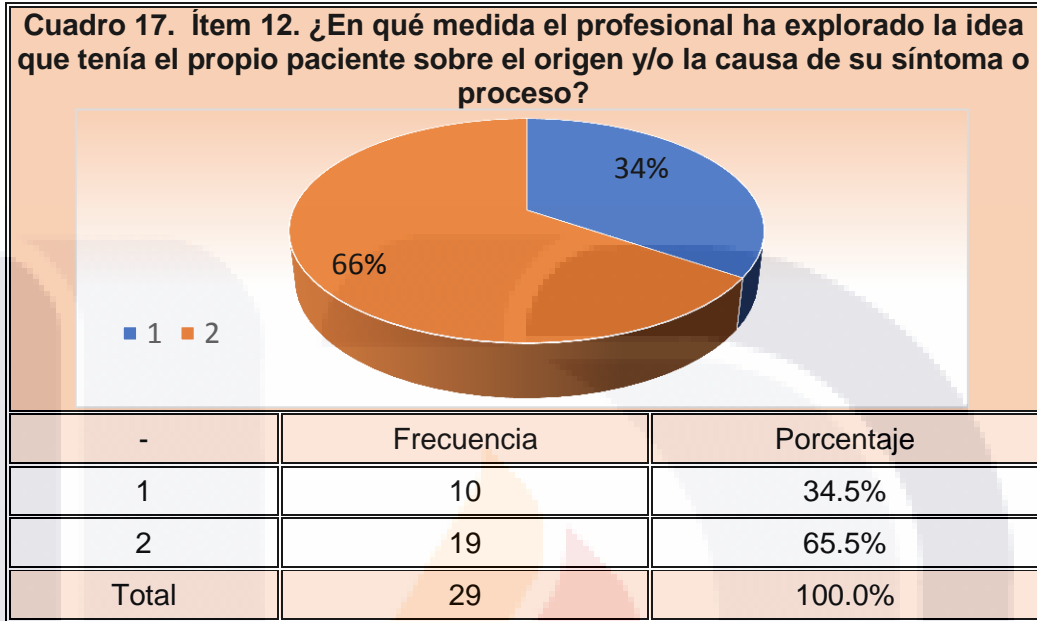
El **cuadro 15** muestra los resultados del ítem 10 que evaluó en qué medida el médico captó y respondió a las pistas ofrecidas por el paciente y que pueden aportar información de interés durante la entrevista. Se obtuvo que el 58.6% de los médicos evaluados captó y respondió adecuadamente a la mayoría de las pistas que surgieron durante la entrevista y el 41.4% captó y respondió algunas de las pistas en entrevistas donde surgieron varias pistas.



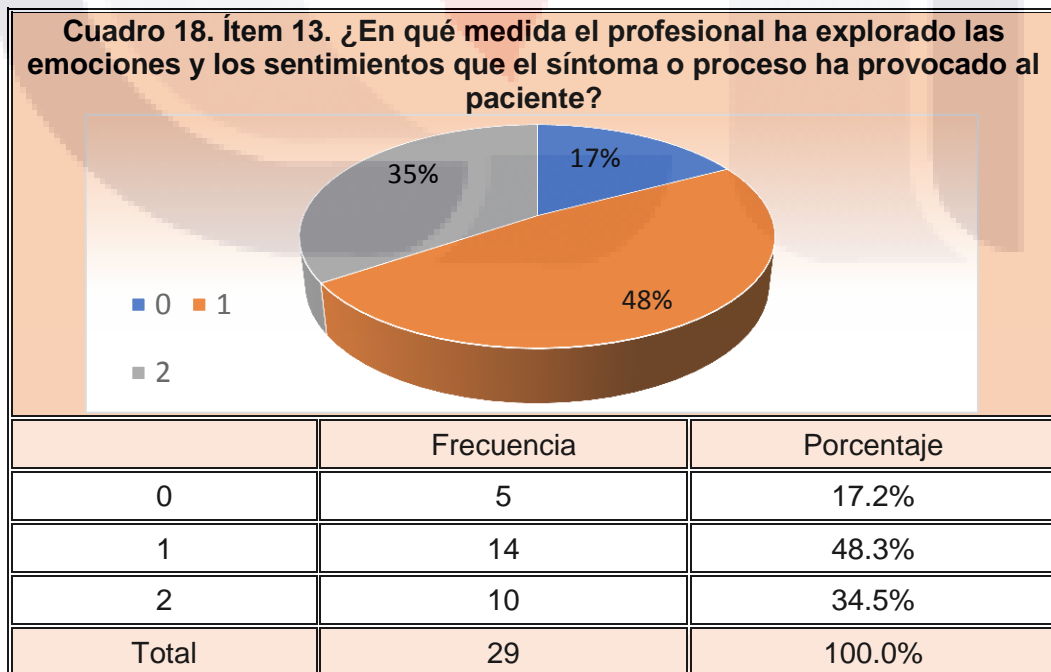
El **cuadro 16** presenta los resultados del ítem 11 que mide el uso de preguntas abiertas por parte del personal médico en el momento de la entrevista, obteniendo que el 58.6% de los médicos hacen un uso adecuado de estas en más de 3 ocasiones, mientras que el restante 41.4% sólo las empleo entre 2 y 3 veces.



El **cuadro 17** muestra la distribución de las respuestas con respecto al ítem 12 que indaga en qué medida el médico explora la idea que tenía el propio paciente sobre el origen de su síntoma o proceso, obteniendo que el 65.5% de los médicos lo hacen satisfactoriamente, mientras que el 34.5% de estos lo hacen de manera parcial.

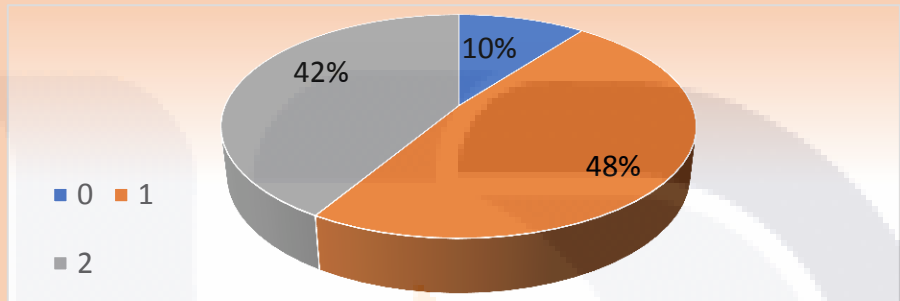


El **cuadro 18** muestra los resultados del ítem 13 que indaga la medida en que el médico explora las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso provoca en el paciente, obteniendo que el 34.5% de estos lo hace de manera satisfactoria; el 48.3% lo hace de manera parcial y el 17.2% no lo realiza.



El **cuadro 19** muestra la distribución del ítem 14 que trata en qué medida el médico explora el grado de afectación sobre el paciente debido a su síntoma o problema de salud con respecto a su vida diaria entorno social familiar o laboral, obteniendo que el 41.4% de los médicos los médicos lo exploran de manera adecuada; el 48.3 lo hacen de manera parcial y el 10.3% no lo realizan.

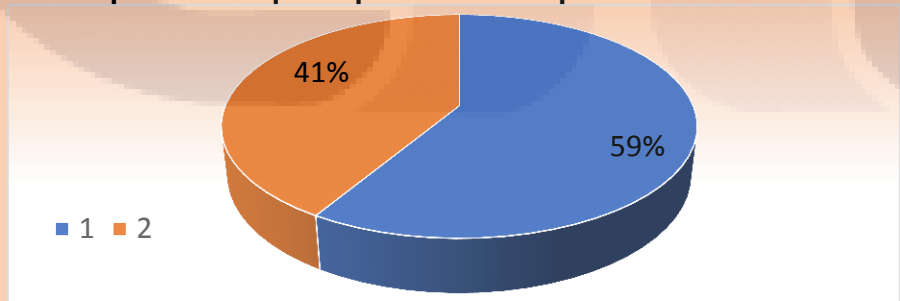
Cuadro 19. Ítem 14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?



	Frecuencia	Porcentaje
0	3	10.3%
1	14	48.3%
2	12	41.4%
Total	29	100.0%

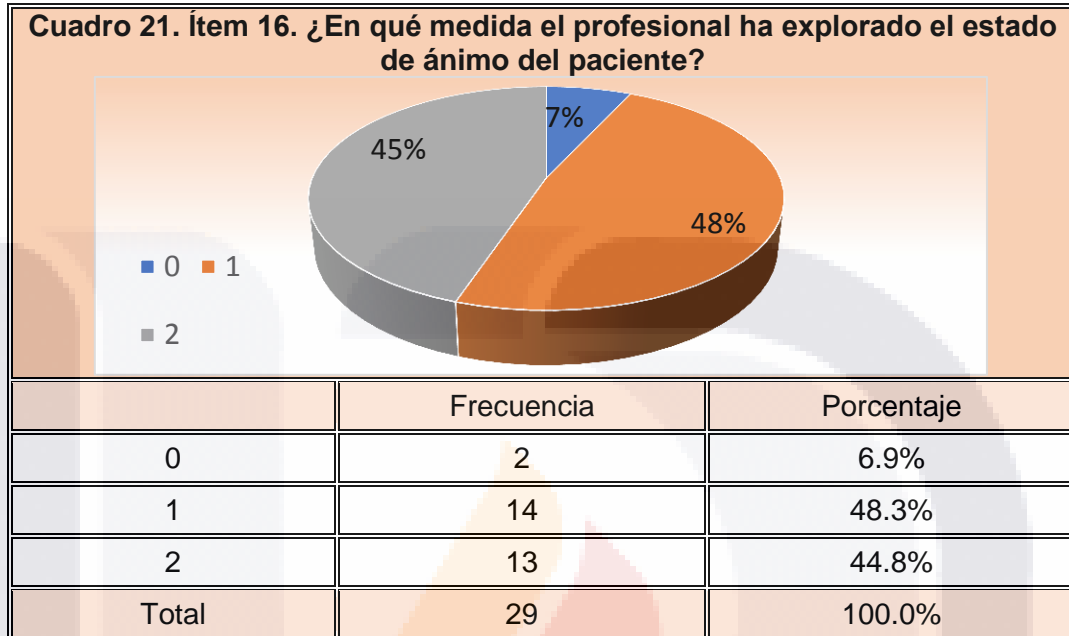
El **cuadro 21** muestra los resultados obtenidos del ítem 16 que me dio en qué medida el médico explora el estado de ánimo del paciente, obteniendo que el 44% lo hizo de manera adecuada; el 48.3% lo hizo de manera parcial y el 6.9% no lo realizó.

Cuadro 20. Ítem 15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?

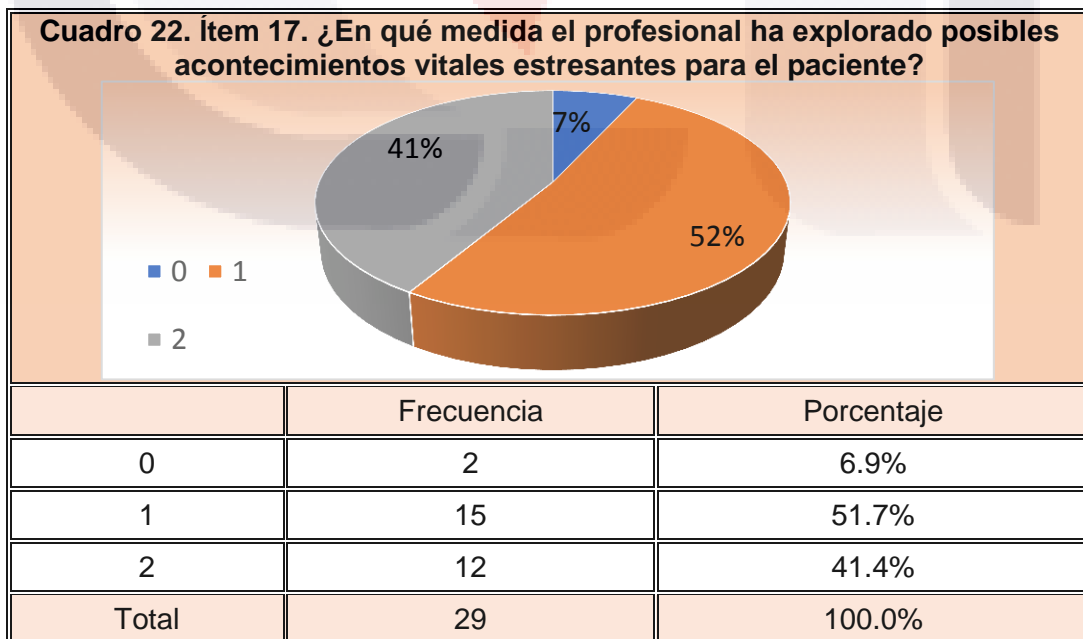


	Frecuencia	Porcentaje
1	17	58.6%
2	12	41.4%
Total	29	100.0%

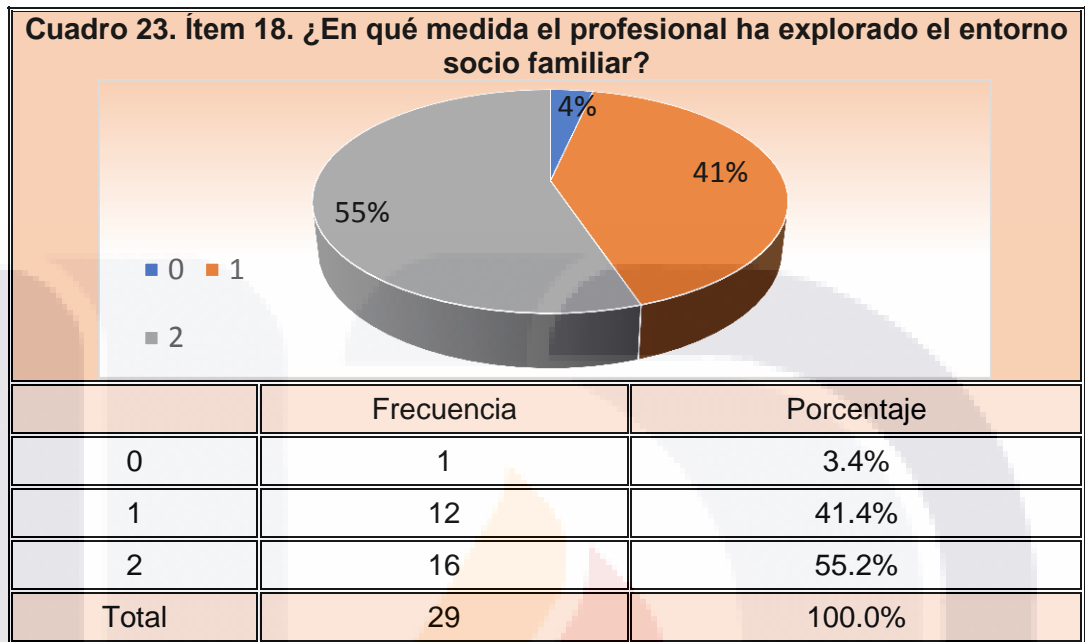
El **cuadro 22** muestra los resultados obtenidos del ítem 17 que explora en qué medida el médico indaga sobre posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente, obteniendo que en el 41.4% de los casos se realizó de manera satisfactoria; en el 51.7% se realizó de manera parcial y en el restante 6.9% no se realizó.



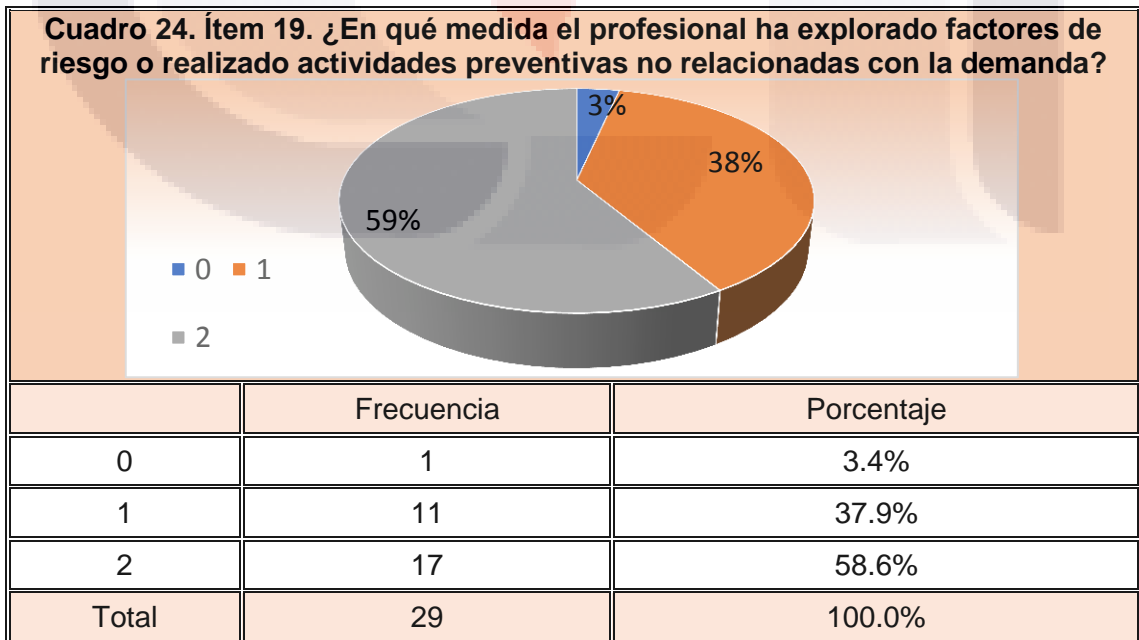
El **cuadro 22** muestra los resultados obtenidos del ítem 17 que explora en qué medida el médico indaga sobre posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente, obteniendo que en el 41.4% de los casos se realizó de manera satisfactoria; en el 51.7% se realizó de manera parcial y en el restante 6.9% no se realizó..



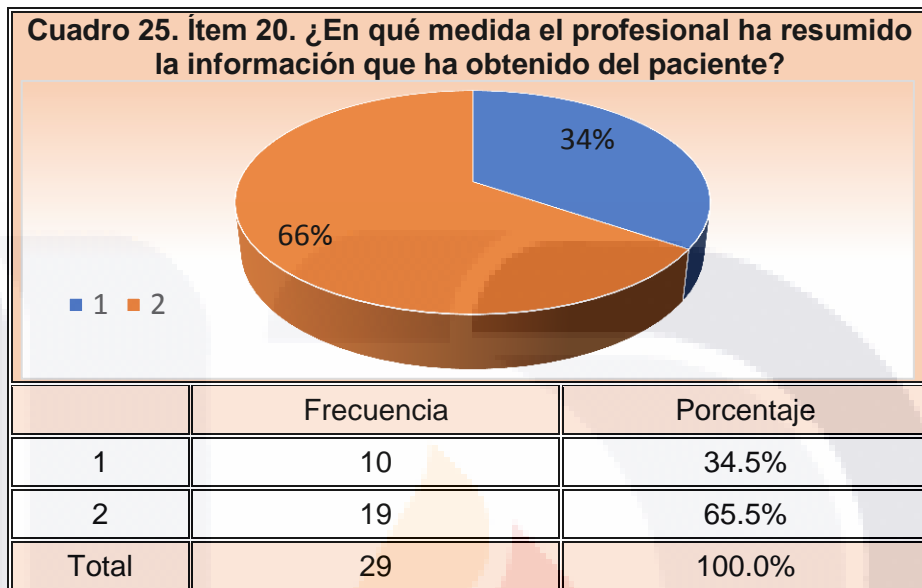
El **cuadro 23** muestra los resultados obtenidos del ítem 18 que me dio en qué medida el profesional ha explorado el entorno social obteniendo que el 55.2% de los médicos lo hizo de manera correcta; el 41.4% lo hizo de manera parcial y el 3.4% no lo realizó.



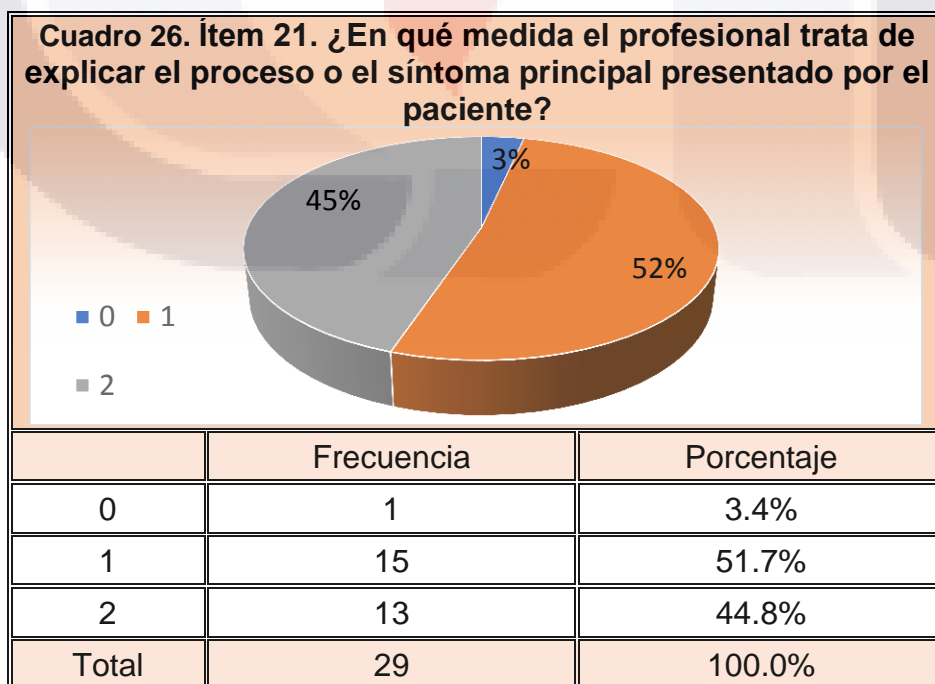
El **cuadro 24** describe los resultados del ítem 19 que me dio en qué medida el profesional ha explorado los factores de riesgo o realizar actividades preventivas no relacionadas con la demanda, obteniendo que el 59% de los médicos le realizaron correctamente; el 37.9 la realizó parcialmente y el restante 3.4% no lo realizó.



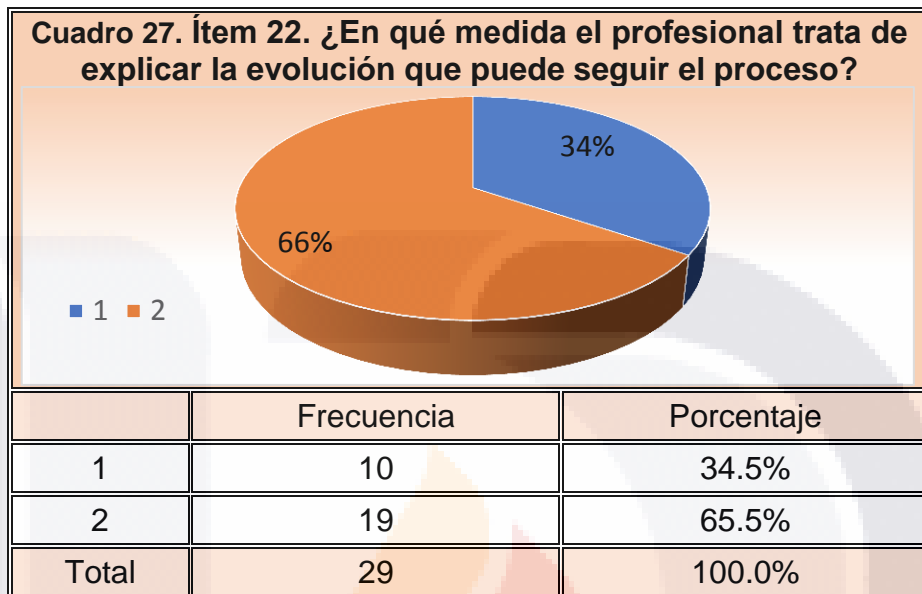
El **cuadro 25** muestra los resultados obtenidos del ítem 20 que me dio En qué medida el profesional ha resumido la información que, obteniendo que el 65.5% de los médicos lo hicieron satisfactoriamente mientras que el 34.5 lo realizó de manera parcial.



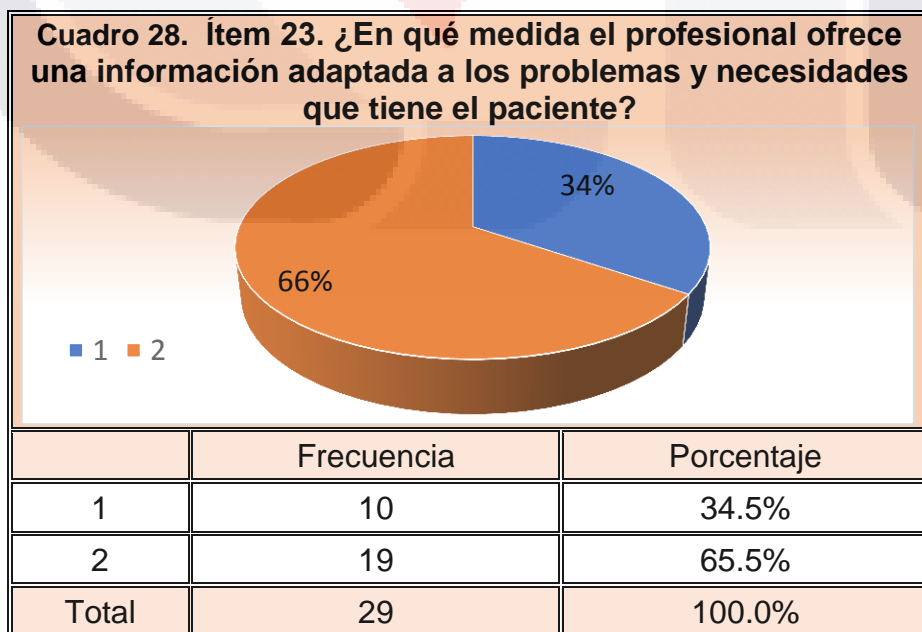
El **cuadro 26** muestra los resultados obtenidos del ítem 21 que muestra en qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente, en donde el 44.8% lo realizó correctamente; el 51.7% lo hizo de manera parcial y el 3.4% no lo realizó.



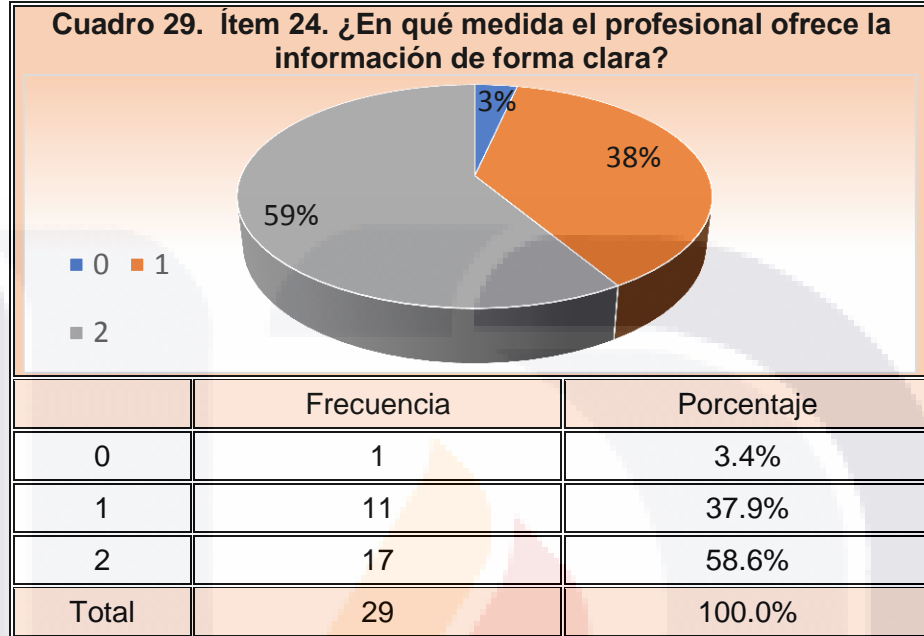
El **cuadro 27** muestra los resultados obtenidos del ítem 22 con respecto a la medida en que el médico trata de explicar la evolución que puede seguir del proceso de salud obteniendo que el 65.5% lo hizo de manera adecuada y el restante 34.5% lo hizo de manera parcial.



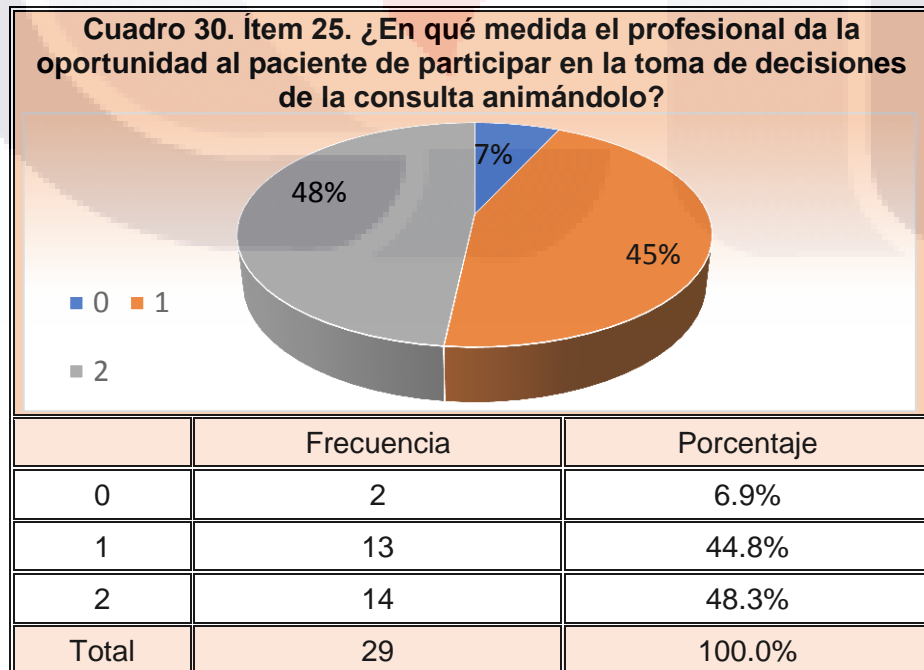
El **cuadro 23** muestra los resultados obtenidos del ítem 18 qué medio en qué medida el médico ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente, en dónde se obtuvo que el 65.5% de estos lo hizo de manera completa y el restante 34.5% lo hizo de manera parcial.



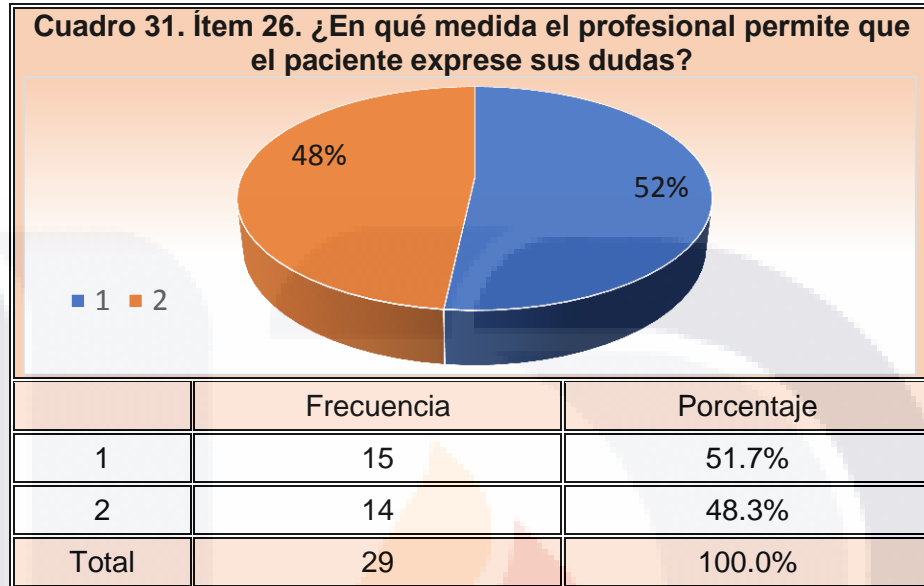
El **cuadro 29** muestra los resultados del ítem 24 que indaga sobre el grado en que el médico ofrece la información de forma clara al paciente, obteniendo que el 58.6% lo hizo de manera clara de acuerdo a su entendimiento; el 37.9% lo hizo de manera parcial y el restante 3.4% no se dio entender.



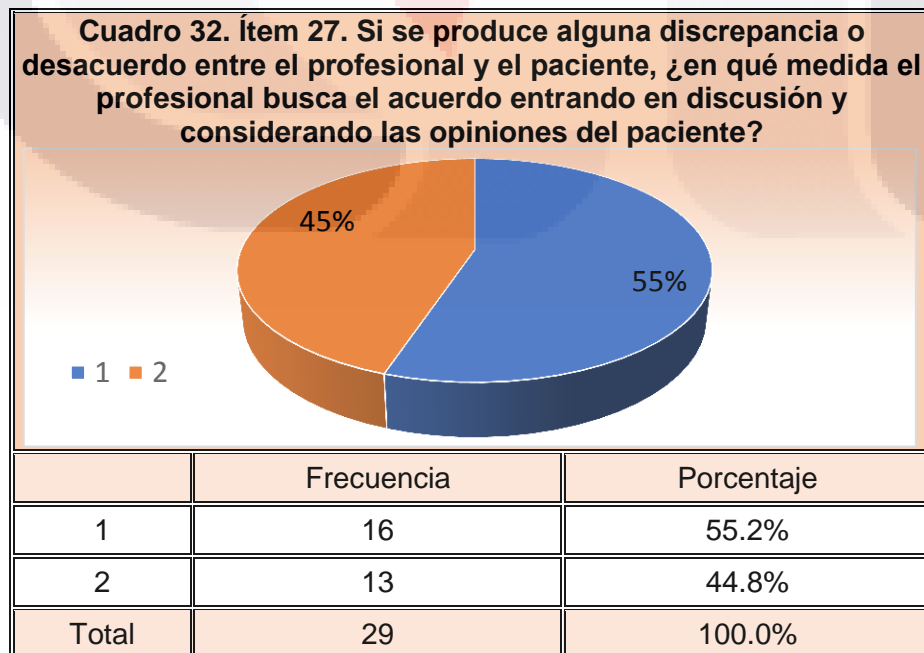
El **cuadro 30** muestra los resultados obtenidos del ítem 25 que me dio en qué medida el médico familiar animal paciente a tomar decisiones con respecto a su salud, obteniendo que el 48.3% lo hizo de manera correcta; el 44.8% lo hizo de manera parcial y el restante 6.9% no lo realizó.



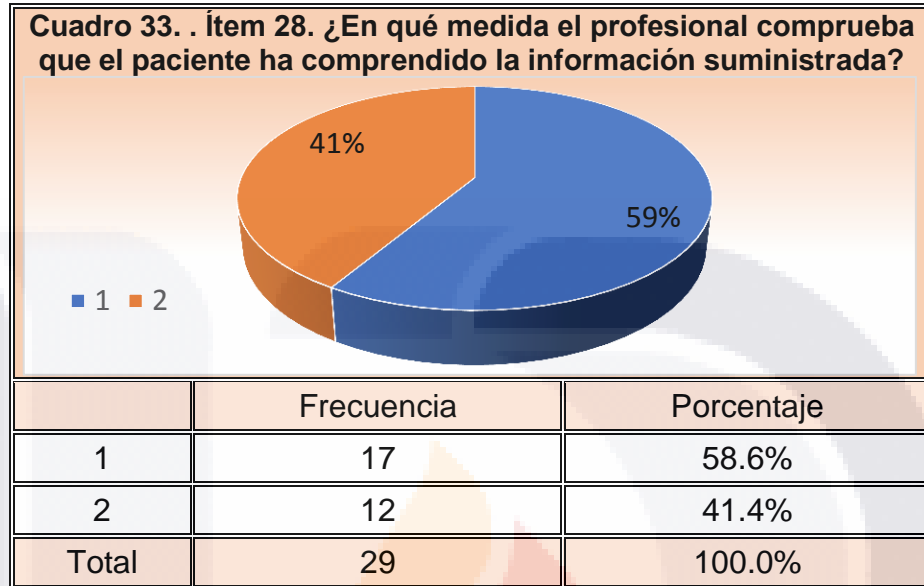
El **cuadro 31** muestra los resultados obtenidos del ítem 26 que me dio en qué medida el profesional permite que el paciente expresa sus dudas, en dónde se obtuvo que en el 48.3% de las evaluaciones se realizaron de manera correcta y en el restante 51.7% se hizo de manera parcial.



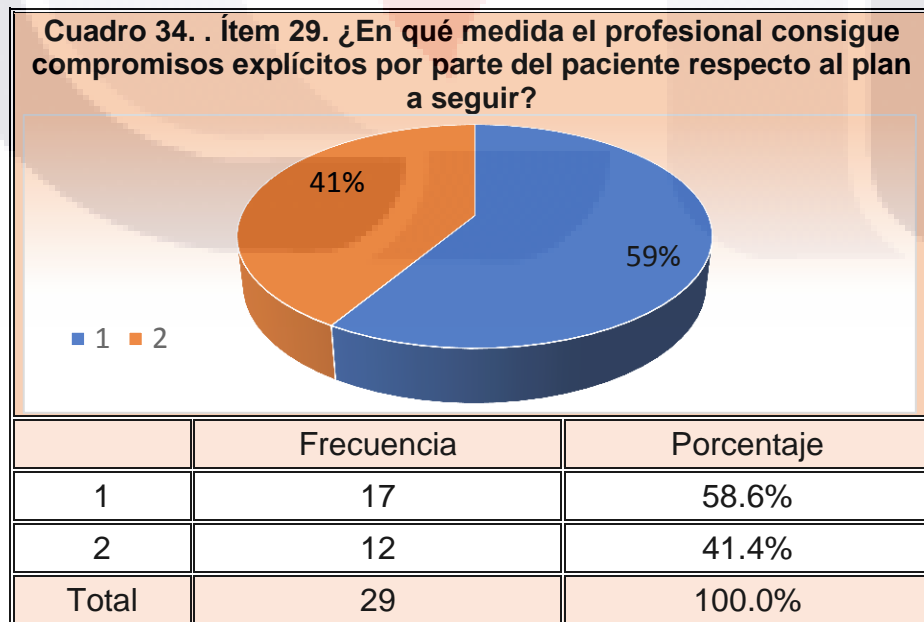
El cuadro 32 muestran los resultados obtenidos del ítem 27 que me dio el grado en que, si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el, en qué medida el médico Busca un acuerdo entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente, obteniendo que en el 44.8% de las situaciones se realizó de manera eficaz y en el restante 55.2% se realizó de manera parcial.



El **cuadro 33** muestra los resultados obtenidos del ítem 28 que me dio en qué medida el médico familiar comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada, se obtuvo que en el 41% de las situaciones así se logró completamente, mientras que en el restante 59% se realizó de manera parcial.



El **cuadro 34** muestra los resultados obtenidos del ítem 29 que me dio en qué medida el médico familiar consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir, obteniendo que en el 41% de las situaciones se logró de manera satisfactoria y en el restante 41% se logró de manera parcial.



La **tabla 35** muestra los puntajes obtenidos en cada ítem del instrumento completo de comunicación separado por dimensiones, en dónde se obtuvo que los ítems con un mayor grado de cumplimiento fueron, en primer lugar, el ítem número uno que midió en qué medida el médico recibe adecuadamente al paciente, y el ítem 3 que midió en qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista, ambos obtuvieron un puntaje de 51 y corresponden a la dimensión de conectar con el paciente, en segundo lugar, fueron el ítems 7 (en qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada), ítem 12 (en qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen de la sintomatología); ítem 20 (en qué medida el profesional ha resumido la información que obtenido del paciente), estos últimos tres corresponden a la dimensión de identificar. el ítem 22 (en qué medida el médico trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso) y el ítem 23 (en qué medida el médico ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades del paciente). estos últimos 5 ítems obtuvieron 48 puntos. Y, en tercer lugar, el ítem 8 que me dio en qué medida el médico facilita el discurso del paciente, con un puntaje de 47.

Por otra parte, el ítem con el puntaje más bajo fue el ítem 13 (En qué medida el médico ha explorado las emociones y los sentimientos que el problema de salud ha provocado en el paciente), con un puntaje de 34. Seguido del ítem 2 que describe en qué medida el médico hace uso del expediente de forma que no altere la comunicación, con un puntaje de 35.

Cuadro 35. . Puntajes obtenidos de la escala de comunicación						
Dimensión	Ítem	0	1	2	Total	Puntaje
Conectar	1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?	0	7	22	29	51
	2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	3	17	9	29	35
	3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?	0	7	22	29	51
	4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?	0	15	14	29	43
	5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?	2	9	18	29	45
	6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?	0	13	16	29	45
Identificar	7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado	0	10	19	29	48

	una reactividad adecuada?					
	8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?	0	11	18	29	47
	9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?	4	6	19	29	44
	10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?	0	12	17	29	46
	11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?	1	15	13	29	41
	12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?	0	10	19	29	48
	13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?	5	14	10	29	34
	14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?	3	14	12	29	38
	15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	0	17	12	29	41
	16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?	2	14	13	29	40
	17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?	2	15	12	29	39
	18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar?	1	12	16	29	44
	19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?	1	11	17	29	45
	20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?	0	10	19	29	48
Acordar	21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?	1	15	13	29	41
	22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?	0	10	19	29	48
	23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	0	10	19	29	48
	24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?	1	11	17	29	45
Ayudar a actuar	25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?	2	13	14	29	41
Acordar	26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?	0	15	14	29	43
	27. Si se produce alguna discrepancia o	0	16	13	29	42

	desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?					
	28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?	0	17	12	29	41
Ayudar a actuar	29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?	0	17	12	29	41

Dimensión de conectar

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos de tendencia central y dispersión de los puntajes obtenidos por dimensión con respecto a variables sociodemográficas y por aspectos de la consulta y del médico.

La **tabla 36** muestra la distribución de los promedios obtenidos de la dimensión de conectar con el paciente en función de variables relacionadas con este y con el médico familiar, se obtuvo un promedio general en esta dimensión de 9.31 siendo más elevado en médicos del género masculino con un promedio de 9.57 en médicos del género femenino con un promedio de 9.07, asimismo, los médicos con contratos 08 tienen un mayor promedio (10.67), que los de base o los médicos rotadores, también se mostró mayor puntaje en esta dimensión con aquellas mujeres que acudieron a la consulta acompañadas de alguien con un promedio de 9.39 y este también es más elevado en las consultas que son subsecuentes con un promedio de 9.46.

Cuadro 36. Distribución de los puntajes de la dimensión de CONECTAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar				
Género del médico				
Género	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Femenino	9.07	1.79	6	12
Masculino	9.57	1.60	7	12
Total	9.31	1.69	6	12
Tipo de contrato				
Médico 08	10.67	1.15	10	12
Médico de base	9.20	1.64	6	12
Médico rotador	9.00	2.00	7	12
Total	9.31	1.69	6	12

Estado civil				
Casado	9.29	1.72	6	12
Soltero	9.38	1.92	7	12
Unión libre	9.25	1.50	8	11
Total	9.31	1.69	6	12
Acompañante				
No	9.00	1.90	7	11
Si	9.39	1.67	6	12
Total	9.31	1.69	6	12
Consulta				
Inicial	8.00	0.00	8	8
Subsecuente	9.46	1.73	6	12
Total	9.31	1.69	6	12

La **tabla 37** muestra los promedios de la dimensión de identificar en función a distintas variables, se obtuvo que no existe una diferencia importante en esta dimensión con respecto al género del médico, sin embargo, el promedio es mayor con los médicos con contrato 08 con un promedio de 22.33 y en las consultas que son subsecuentes con un promedio de 21.04. Los puntajes promedios son muy similares en torno a si acudió acompañada a la consulta o al estado civil del médico.

Cuadro 37. Distribución de los puntajes de la dimensión de IDENTIFICAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar				
Género del médico				
Género	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Femenino	20.93	3.17	15	25
Masculino	20.64	4.31	11	26
Total	20.79	3.70	11	26
Tipo de contrato				
Médico 08	22.33	1.15	21	23
Médico de base	20.40	4.06	11	26
Médico rotador	21.33	3.33	15	24
Total	20.79	3.70	11	26

Estado civil				
Casado	20.82	3.15	14	26
Soltero	20.63	4.98	11	25
Unión libre	21.00	4.08	15	24
Total	20.79	3.70	11	26
Acompañante				
No	20.33	5.57	11	25
Si	20.91	3.20	14	26
Total	20.79	3.70	11	26
Consulta				
Inicial	18.67	3.21	15	21
Subsecuente	21.04	3.73	11	26
Total	20.79	3.70	11	26

La **tabla 38** muestra la distribución de los puntajes en la dimensión de acordar con respecto algunas variables de interés. en dónde se obtuvo qué con respecto a esta dimensión no existen diferencias importantes en los promedios en torno al género del médico, no obstante, si es más bajo con los médicos de base con un promedio de 10.4, así como en aquellas pacientes que acudir a una consulta a solas con un promedio de 11.33 con respecto a si fueron acompañadas con un promedio de 10.43, y con respecto al tipo de consulta este promedio es más elevado en aquellas que son subsecuentes con un promedio de 10.73 que las iniciales con un promedio de 9.67.

Cuadro 38. Distribución de los puntajes de la dimensión de ACORDAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar				
Género del médico				
Género	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Femenino	10.47	1.85	8	14
Masculino	10.79	2.04	7	14
Total	10.62	1.92	7	14
Tipo de contrato				
Médico 08	11.00	1.73	10	13
Médico de base	10.40	1.98	7	14
Médico rotador	11.17	1.94	9	14

Total	10.62	1.92	7	14
Estado civil				
Casado	10.35	1.80	8	13
Soltero	11.13	2.42	7	14
Unión libre	10.75	1.50	9	12
Total	10.62	1.92	7	14
Acompañante				
No	11.33	2.50	7	14
Si	10.43	1.75	8	14
Total	10.62	1.92	7	14
Consulta				
Inicial	9.67	1.15	9	11
Subsecuente	10.73	1.97	7	14
Total	10.62	1.92	7	14

La **tabla 39** muestra la distribución de los puntajes en torno a la dimensión de ayudar a actuar y algunas variables de interés, obteniendo que el promedio en este puntaje es más elevado en médicos del género masculino con un promedio de 3, así como en médicos con contrato 08 con un promedio 3, en pacientes que acudieron a la consulta sin acompañantes con un promedio de 3.33, en comparación con aquellas que fueron acompañadas con un promedio de 2.7. Finalmente, con respecto al tipo de consulta, el puntaje de esta dimensión fue más elevado en aquellas consultas que fueron subsecuentes con un promedio de 2.92, en comparación con aquellas que fueron iniciales con un promedio de 2.

Cuadro 39. Distribución de los puntajes de la dimensión de AYUDAR A ACTUAR en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar				
Género del médico				
Género	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Femenino	2.67	0.98	1	4
Masculino	3.00	1.04	1	4
Total general	2.83	1.00	1	4
Tipo de contrato				
Médico 08	3.00	1.00	2	4

Médico de base	2.90	1.02	1	4
Médico rotador	2.50	1.05	1	4
Total	2.83	1.00	1	4
Estado civil				
Casado	2.94	0.90	2	4
Soltero	2.63	1.30	1	4
Unión libre	2.75	0.96	2	4
Total	2.83	1.00	1	4
Acompañante				
No	3.33	1.21	1	4
Si	2.70	0.93	1	4
Total	2.83	1.00	1	4
Consulta				
Inicial	2.00	0.00	2	2
Subsecuente	2.92	1.02	1	4
Total	2.83	1.00	1	4

La **tabla 40** muestra los promedios de los puntajes obtenidos de la escala completa en torno a algunas variables de interés, obteniendo que el puntaje promedio para todos los médicos fue de 43.55, siendo más elevado en los médicos de género masculino con un promedio de 44, en comparación con los médicos de género femenino con un promedio de 43.13. Con respecto al tipo de contrato, se obtuvo que los médicos con contrato 08 tienen un promedio general más elevado de 47, en comparación con los médicos de base con un promedio de 42.9 y los médicos rotadores con un promedio de 44. Con respecto al estado civil del médico, se obtuvo que no existe una diferencia importante en los promedios, sin embargo, los pacientes que acudieron a consultar solas tuvieron un promedio de 44, en comparación con aquellas que fueron acompañadas con un promedio de 43.43, Asimismo, la diferencia más importante existe en torno al tipo de consulta, en donde aquellas que fueron subsecuentes obtuvieron un promedio en esta escala de 44.15, en comparación con las iniciales con un promedio de 38.33.

Cuadro 40. Distribución de los puntajes de la escala completa en función de las variables relacionadas con el paciente y con el médico familiar				
Género del médico				
Género	Promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Femenino	43.13	5.64	34	52
Masculino	44.00	7.86	26	52
Total	43.55	6.70	26	52
Tipo de contrato				
Médico 08	47.00	3.46	45	51
Médico de base	42.90	7.22	26	52
Médico rotador	44.00	6.26	34	51
Total	43.55	6.70	26	52
Estado civil				
Casado	43.41	5.79	34	52
Soltero	43.75	9.13	26	52
Unión libre	43.75	6.70	34	49
Total	43.55	6.70	26	52
Acompañante				
No	44.00	10.43	26	52
Si	43.43	5.68	34	52
Total	43.55	6.70	26	52
Consulta				
Inicial	38.33	4.04	34	42
Subsecuente	44.15	6.73	26	52
Total	43.55	6.70	26	52

10. CONCLUSIONES

Se logró cumplir cada uno de los objetivos establecidos para este estudio, obteniendo que los médicos familiares tienen un promedio de edad de 36.8 años siendo más elevado en los médicos de base con un promedio de 39 años y más baja en los médicos rotadores con un promedio de 30 años. Los médicos evaluados en su mayoría son casados con un 58.6%. el 27% son solteros y el 13.8% están en unión libre. En cuanto al género del Médico, se obtuvo que 15 fueron del género femenino y 14 fueron del género masculino. Con respecto a las pacientes se obtuvo que en promedio tuvieron 26.7 años de edad y acudieron en promedio a las 25 semanas de gestación,

Con respecto a la dimensión de conectar se obtuvo un puntaje global promedio de 9 de los 12 alcanzables, lo que se puede concluir que en general los médicos familiares establecen una conexión emocional de manera adecuada, siendo más elevado en los médicos del género masculino, de tipo de contratación 08 que acudieron acompañada y que era su consulta subsecuente. Los puntos más fuertes con respecto a esta dimensión fueron aquellos relacionados con la cortesía y el trato amable, y el aspecto más débil fue aquel relacionado con el uso del ordenador mientras se entrevista.

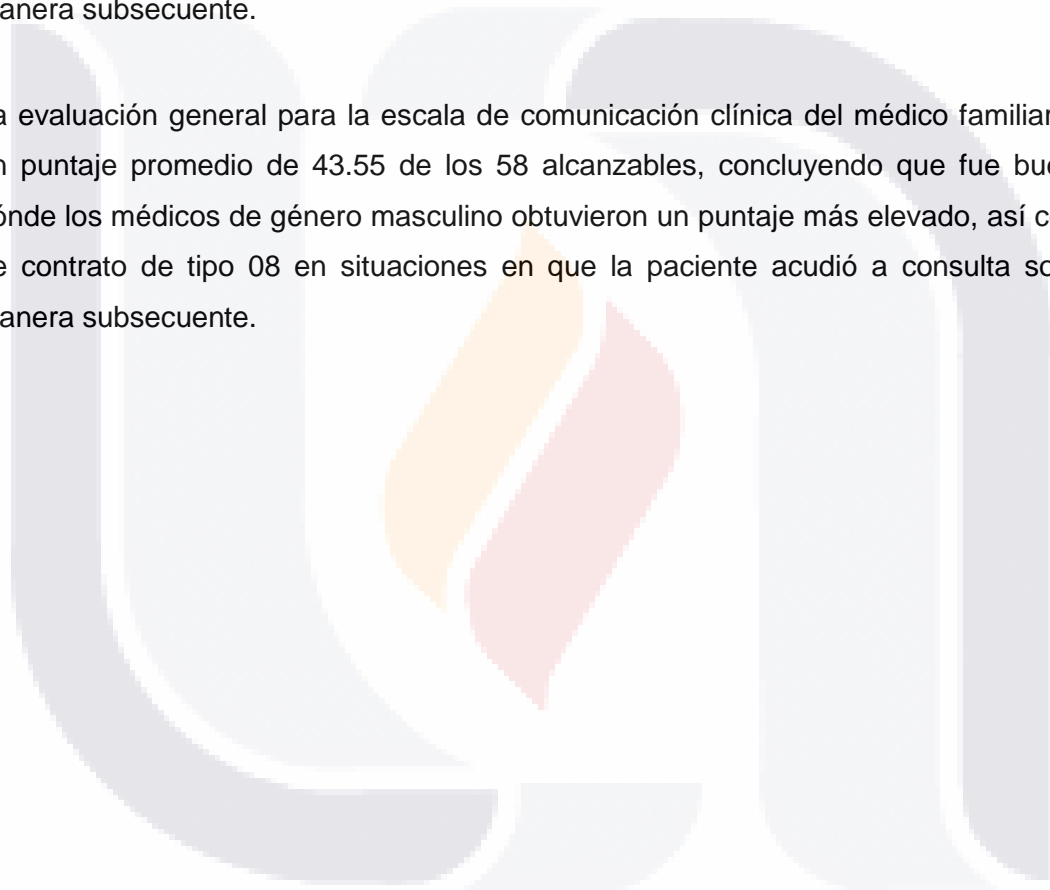
En la dimensión de identificar y comprender los problemas médicos familiares, se obtuvo un puntaje promedio de 20.7 de los 28 alcanzables, por lo que se puede argumentar que se cumple con estas habilidades en un buen nivel, sin embargo, estos puntajes fueron mayores en los médicos con contrato 08 y en aquellas mujeres que acudieron a su consulta de manera subsecuente. Los aspectos mejor evaluados sobre esta dimensión fueron la reactividad del médico familiar, el explorar la opinión del paciente sobre su enfermedad y sus causas y la forma de resumir adecuadamente la información para el paciente. Mientras que el aspecto peor evaluado fue la manera en que el médico familiar explora los sentimientos y emociones que le generan al paciente su condición de salud.

La dimensión que evalúa el grado en que el médico familiar logra acordar con el paciente en general obtuvo una buena evaluación con un puntaje promedio de 10.62 de los 14 alcanzables, siendo este puntaje promedio mayor en las situaciones en que la mujer no iba acompañada y en las que fue a su consulta de manera subsecuente. Los aspectos mejor evaluados de esta dimensión fueron el grado en que el médico ofrece información

adaptada a las necesidades del paciente y el explicar la evolución al paciente sobre su enfermedad. Mientras que el aspecto peor evaluado fue la medida en que el médico comprobó que el paciente ha comprendido la información que le proporcionó.

La dimensión que me dio el grado en que el médico ayuda a actuar al paciente obtuvo una evaluación regular con un promedio de 2.83 de los 4 alcanzables, en dónde los médicos del género masculino obtuvieron un mejor promedio en esta dimensión, así como los que tienen contrato de tipo 08 y en las situaciones en que la paciente acudió sola de manera subsecuente.

La evaluación general para la escala de comunicación clínica del médico familiar obtuvo un puntaje promedio de 43.55 de los 58 alcanzables, concluyendo que fue buena. En dónde los médicos de género masculino obtuvieron un puntaje más elevado, así como los de contrato de tipo 08 en situaciones en que la paciente acudió a consulta sola y de manera subsecuente.



11. DISCUSIÓN

La comunicación clínica de los médicos familiares con las mujeres que acuden a consulta prenatal es un punto clave de la atención materna ya que esta puede ser decisiva para lograr un apego adecuado de las pacientes con su condición en salud.

Los resultados obtenidos en este estudio, revelan que los médicos familiares adscritos de la UMF-11 IMSS Delegación Aguascalientes, cuentan con habilidades en comunicación clínica, entre ellas con mayor desempeño en el área de actuar con cortesía y amabilidad, sin embargo en la misma dimensión, un aspecto débil fue al momento del uso del ordenador, lo que nos indica que se deben implementar estrategias para que su uso durante la consulta no altere el curso de esta, y la paciente se sienta cómoda y no establezca una barrera en la comunicación, estos resultados contrastan respecto al estudio que realizó en España, donde los médicos del género femenino mostraron mayor puntaje en las habilidades, en comparación con este estudio, donde el género masculino es el que obtuvo mejores puntajes. Así mismo, el área emocional es menos explorada por los médicos españoles en comparación con los mexicanos.⁽⁴¹⁾

La información que aporta este estudio es de gran importancia para comprender cómo es el trato de los médicos familiares con sus pacientes a fin de establecer estrategias que abonen a mejorar los puntos críticos identificados en este estudio con el objetivo de mejorar no sólo la atención médica, sino la opinión por parte de los derechohabientes sobre este servicio.

Este estudio tiene una limitación importante que es necesario argumentar ya que puede haber tenido sesgos de información en torno a que en todo momento de la evaluación el evaluador estuvo presente, por lo que el comportamiento de los médicos pudo haber sido sesgado por esta situación, sin embargo, se tomaron las medidas para que esta situación no afectará de manera importante los resultados, a fin de poder obtener una evaluación objetiva de su comunicación clínica

12. PLAN PRESUPUESTAL

12.1 Hoja de gastos

En el plan de trabajo de este estudio, participa 1 médico residente de Medicina Familiar encargado del proyecto de investigación, el cual se encarga de aplicar personalmente los cuestionarios a los participantes.

El mismo se encargará de realizar las encuestas a los participantes.

Cuadro 41. Gastos

Lapiceros	\$ 18 pesos	3	\$ 54.00 pesos
Gomas	\$ 20 pesos	2	\$ 40.00 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 90 pesos (paquete)	1	\$ 90.00 pesos
Cartucho de tinta	\$400 pesos	1	\$400.00 pesos
Memoria USB 4GB	\$250 pesos	1	\$250.00 pesos
Engrapadoras	\$100 pesos	1	\$100.00 pesos
Grapas	\$20 pesos (caja)	2	\$40.00 pesos
Fotocopias	\$0.50 centavos	1000	\$500.00 pesos
Tabla recolectora	\$56 pesos	2	\$112.00 pesos
Computadora	\$20.000 pesos	1	\$20.000 pesos
Alimentos y bebidas	\$50 pesos	20	\$1000.00 pesos
		TOTAL	\$22,586.00 pesos

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

Cuadro 42. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES 2019	Mar	Abr.	Mayo	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene
Acopio de Bibliografía.	X	X	X	X	X	X	X	X			
Revisión de literatura.		X	X	X	X	X					
Hacer Planteamiento.				X	X	X					
Revisión de Planteamiento					X	X	X				
Hacer Marco Teórico y Conceptual		X	X	X	X						
Revisión de Marco Teórico y Conceptual				X	X	X					
Diseño y Revisión Protocolo						X	X	X			
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.									X		
Aprobación de Protocolo										X	
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.										X	X
Acopio y Captura de Datos.										X	X
Análisis e Interpretación de Resultados										X	X
Hacer Discusiones y Conclusiones.										X	X
Revisión de la investigación										X	X
Autorización.										X	X
Elaboración de tesis.										X	X
Difusión de resultados.										X	X

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Pablo Gómez-Rojas J. Las competencias profesionales. ARTÍCULO DE REVISIÓN Enero-Marzo [Internet]. 2015;38(1):49–55. Available from: <http://www.medigraphic.com/rma>
2. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? a study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med*. 1984;19(2):167–75.
3. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Primary care consultation in primary care : observational study. *Bmj* [Internet]. 2001;322:468–72. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.322.7284.468>
4. A. van den Brink-Muinen. Eurocommunication II: A Comparative Study Between Countries in Central- and Western-Europe on Doctor-patient Communication in General Practice : Final Report. 2003;128.
5. Fundación Educación Médica. D, SPARC (Organization) M, Zarco-Rodríguez J, Gilbert I, Gual-Sala A. Competencia clínica de los médicos de familia en 14 comunidades Autónomas Españolas [Internet]. Vol. 9, Educación Médica. Fundación Educación Médica; 2006 [cited 2019 Aug 21]. 234–244 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000500006
6. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ* [Internet]. 2006 Jun 23 [cited 2019 Aug 21];40(7):624–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16836534>
7. Hernández-Torres I, Ma F-O, -Coria I, -Hernández H. Medicina Familiar 2006 The Importance of Physician-Patient Communication in Family Medicine [Internet]. Vol. 8, Archivos en Artículo de Revisión. [cited 2018 Nov 2]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>
8. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Pérez Fuentes MF, Alcalde Molina MD, Torío Durántez J, Delgado Rodríguez M. Habilidades comunicacionales de tutores y residentes de medicina de familia en las consultas de atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2016;48(10):632–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.002>
9. Coxon K, Bick D, Furuta M, Portela AG, Chang Y-S. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery*. 2017;59(November 2017):4–16.
10. Rogers HL, Dumenci L, Epstein RM, Siminoff LA. Impact of Patient Gender and Race

- and Physician Communication on Colorectal Cancer Diagnostic Visits in Primary Care. *J Women's Heal.* 2018;00(00):1–9.
11. Aguilar EC, Carbonell A. Identificación de habilidades comunicativas en la entrevista médica en una clínica de consulta externa en Toluca, Estado de México. 2018;25(2):146–57.
 12. Cathalifaud A. *Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas.* 1998;
 13. Littlejohn S, Foss KA. *Communication Theory Encyclopedia of.* 2009. 1–1174 p.
 14. Lunenburg FC. *Communication : The Process , Barriers , And Improving Effectiveness. Schooling.* 2010;1:1–11.
 15. Marianne Dainton. *Applying communication theory for professional life : a practical introduction [Internet].* 2004 [cited 2019 Sep 7]. Available from: <https://trove.nla.gov.au/work/19864635>
 16. Solares Altamirano B. La teoría de la acción comunicativa de Jürgen Habermas: tres complejos temáticos. *Rev Mex Cienc Polit Soc.* 1996;41(163):1.
 17. Primera P, Electr R, Especializada L. Habermas y la teoría comunicativa .
 18. George E M. *The Assesment og Clinical Skills / Competence / Performance.* Acad Med. 1990;
 19. Fernández JT, Bueno CR. Evaluación de competencias profesionales en educación superior: Retos e implicaciones. *Educ XX1.* 2016;19(1):17–38.
 20. Aguado JM. *Introducción a las Teorías de la Información y la Comunicación. Introd a las teorías la Inf y la Comun.* 2004;252.
 21. María Isabel Suaza Mena. PROPUESTA DE ENSEÑANZA BASADA EN EL MODELO SPEAKING: DESARROLLO DE LA PRODUCCIÓN ORAL. 2014;3(4):145–65.
 22. Modelos de enseñanza de la medicina: el modelo Miller [Internet]. [cited 2019 Aug 19]. Available from: <https://www.mancia.org/foro/showthread.php/113963-Modelos-de-enseñanza-de-la-medicina-el-modelo-Miller>
 23. Gras JA, Argilaga MTA, Benito JG. Metodología observacional. *Metodol la Investig en ciencias del Comport.* 1990;1:125–236.
 24. Torres RRLAP De. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicacion clinica en las consultas: el cuestionario CICAA. 2006;37(6).
 25. Salazar-Blanco OF, Casasbuenas-Duarte L, Idárraga-Arenas C, Marcela-Vélez C, Olga Francisca Salazar Blanco D. Communicational skills assess, through CICAA

- scale, of final year medicine students' clinical interview of Universidad de Antioquia [Internet]. Vol. 17, www.fundacioneducacionmedica.org FEM. 2014 [cited 2018 Nov 29]. Available from: www.fundacioneducacionmedica.org
26. Blanco JLT. Algunas reflexiones sobre la comunicación y salud en España tras cinco años del Observatorio de Comunicación y Salud . Some reflections about health communication in Spain after five years of the Observatory of Communication and Health . Rev Española Comun en Salud. 2010;1(2):77–97.
 27. Hern AS. “instrumento para el análisis de la comunicación médico paciente en medicina familiar, a través de videgrabaciones como herramienta educativa.”
 28. Luis A, Gavila E. Atención Primaria ´n del paciente en la toma de decisiones en atencio. 2010;42(5).
 29. Gómez Clavelina FJF, Leyva González FA. Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Investig en Educ Médica. 2017;
 30. Salud OP de la. Atencion prenatal en atencion primaria. 2011;5–6.
 31. Natalidad y fecundidad. Censos y conteos Población y Vivienda, Regist Adm Vitales Natal Matrimonios [Internet]. 1994 [cited 2019 Aug 23]; Available from: https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/default.html#Informacion_general
 32. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: Definitions and a teaching toolbox. Med Educ. 2006;40(7):624–9.
 33. Collar TLR. Las habilidades comunicativas en la entrevista medica.pdf. 2009;
 34. Cortés JV. Comunicación médico-paciente durante el embarazo. 2011;6(3):181–4.
 35. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [cited 2019 Sep 24]. Available from: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
 36. Guía de Referencia Rápida [Internet]. [cited 2019 Jul 15]. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_An_siedad/GRR_IMSS_392_10.pdf
 37. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. Rev la Fac Med. 2017;65(2):305–10.
 38. En R, Familia MDE. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. 2002;29(4).
 39. Tatiana P, Mejía R, César J, Solarte M, Gómez FA, Alberto J, et al. Factores De Servicios De Salud Y Satisfacción De Usuarias Asociados Al Acceso Al Control Prenatal. Rev Hacia la Promoción la Salud. 2014;19(1):84–98.
 40. Moral RR. Escala para valorar la relacion clínica durante el proceso asistencial. 2011;

15. ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)	
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Evaluación de la Comunicación Clínica del Médico Familiar en la Atención Prenatal de la UMF 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes.	
Lugar y fecha:	Diciembre 2019 Aguascalientes, Ags.	
Número de registro:	R-2019-101-020	
Justificación y objetivo del estudio:	He comprendido mediante una breve explicación por parte la testista, la relevancia de la atención prenatal en el primer nivel de atención, para el apego y prevención de complicaciones durante el embarazo, así como la importancia de describir la comunicación clínica, para saber el conocimiento y como se manejan estas habilidades en el Primer nivel de Atención, con el fin de fomentar el apego del control prenatal y evitar complicaciones durante el embarazo.	
Procedimientos:	Se me ha explicado y he entendido la estructura del instrumento a utilizar (consta de 29 ítems en cuatro niveles, que se dividen en 1. conectar, 2. identificar y comprender los problemas y 3. Acordar y ayudar a actuar) el cual, la testista me lo aplicara mediante un instrumento de cotejo posterior a la atención prenatal que se realizó.	
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo ofreceré unos minutos de mi tiempo para contestar las preguntas que se me solicitan.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar y evaluar la comunicación clínica en la atención prenatal, para promover y mejorar la calidad en la atención clínica y fomentar la prevención de complicaciones durante el embarazo y mejorar su apego al control prenatal.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El objetivo de los resultados es evaluar la comunicación clínica de los médicos familiares en la atención prenatal de la UMF 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes, para crear un perfil de las habilidades en comunicación del primer nivel de atención.	
Participación o retiro:	En caso de no querer continuar con la entrevista me puedo retirar en el momento que lo desee ya que este es un estudio voluntario.	
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que otorgue durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida	
En caso de colección de material biológico (si aplica)	No autorizo que se tome la muestra Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador principal:	Dra. Sarahí Estrella Maldonado Paredes. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 11 Domicilio: Avenida Mariano Hidalgo, Aguascalientes, Ags. Teléfono	
Investigador asociado:	celular: 449 2451077 e- mail: acane16@hotmail.com Dra. Alejandra García Medina. Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar No. 1. Lugar de adscripción: Hospital General de Zona No. 1 Domicilio: José María Chávez 1202 esquina con Jardín del estudiante Fraccionamiento Linda Vista Teléfono celular: 311 8514194 e- mail: ale.garciamedina@gmail.com	
Colaboradores:		
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx		
<hr/>		
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
Testigo 1	Testigo 2	
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma	
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.		
*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica		
Clave: 2810-009-013		

Anexo 2. Escala CICAA. Modelo estándar

Proyecto:	Clave:	Observador:					
Tiempo total de consulta (s y min):							
Hasta explorar (S):		Exploración (s):					
Profesional: M / F		Estado civil:					
Edad:		Tipo: Médico / Residente / Enfermería / Estudiante					
Motivo de consulta:							
Especialidad:		/Año		/ Curso			
Docente: Sí / No		Proceso: Agudo / Crónico					
Paciente: M / F / Residente / Estudiante				Acompaña: Sí / No			
Inicial / Revisión							
TAREA 1. CONECTAR				NP	0	1	2
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?							
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?							
3.- ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?							
4.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?							
5.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?							
6.- ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?							
TAREA 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS				NP	0	1	2
7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?							
8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?							
9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?							
10.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?							
11.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?							

12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?				
13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?				
15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17.- ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar?				
19.- ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
20.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
TAREAS 3 y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	NP	0	1	2
21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el				

profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
28.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				



NP: No procede

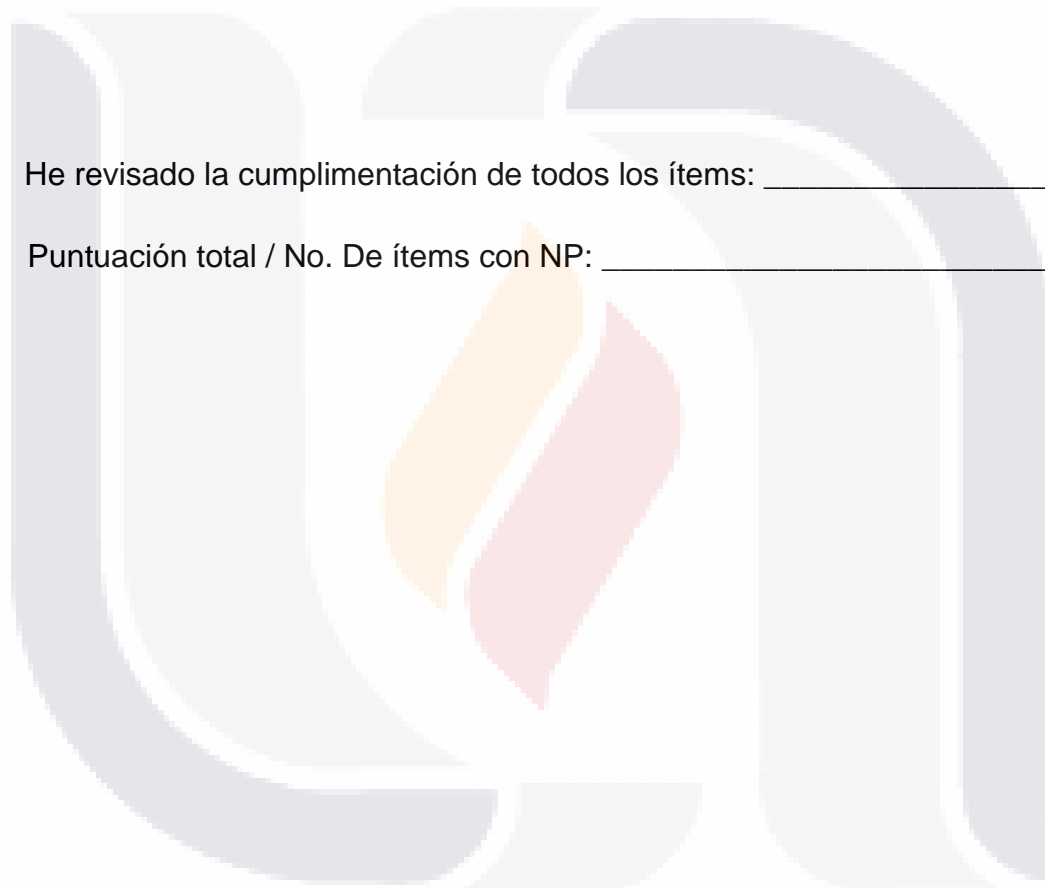
0: Muy escasamente o escasamente

1: Aceptable

2: Casi totalmente o totalmente

He revisado la cumplimentación de todos los ítems: _____

Puntuación total / No. De ítems con NP: _____



Anexo 3. Operacionalización de las variables

Características Sociodemográficas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
1.Perfil socio-demográfico	Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza al grupo social al que pertenece cada individuo.	Características demográficas. Es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Edad	Número de años cumplidos	1. Edad	1. 20-40 2. 41-60 3. 60 y más	Cuantitativa discreta
			Género	Fenotipo		1. masculino 2. femenino	Cualitativa nominal dicotómica

			mujeres.				
		Características sociales. Estudio de las relaciones definidas entre los individuos que lo componen.	Actividad laboral Grados que el individuo ha aprobado en un establecimiento educativo reconocido legalmente.	Tipo de ocupación, según sectores	Tipo	1. Médico 2. Residente 3. Enfermería 4. Estudiante	Cualitativa nominal
			Estado civil Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.		Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Separado/divorciado	Cualitativa nominal

CONCEPTO	DOMINIOS	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ÍTEM
<p>Evaluar la comunicación clínica del Médico Familiar en la Atención Prenatal de la UMF 11, IMSS Delegación Aguascalientes”</p>	<p>Conectar</p>	<p>Esfera psicosocial</p> <p>Escucha activa</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Recibimiento</p>	<p>I. De contenido</p> <p>II. De actos del habla</p> <p>III. Comunicación no verbal</p> <p>IV. Valoración afectiva</p>	<p>Escala tipo Likert de cuatro categorías</p> <p>1. NP</p> <p>2. 0</p> <p>3. 1</p> <p>4. 2</p>	<p>1 ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?</p> <p>2 ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?</p> <p>3 ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?</p> <p>4 ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?</p> <p>5 ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?</p> <p>6 ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la</p>

				entrevista con el paciente?
Identificar	Esfera psicosocial Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> I. De contenido II. De actos del habla III. Comunicación no verbal IV. Valoración afectiva 		<p>7 ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?</p> <p>8 ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?</p> <p>9 ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?</p> <p>10 ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?</p> <p>11 ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?</p> <p>12 ¿En qué medida el</p>

					<p>profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?</p> <p>13 ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?</p> <p>14 ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?</p> <p>15 ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?</p> <p>16 ¿En qué medida el</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?</p> <p>17 ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?</p> <p>18 ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar?</p> <p>19 ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?</p> <p>20 ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?</p>
--	--	--	--	--	---

	Acordar	Información	<ul style="list-style-type: none"> I. De contenido II. De actos del habla III. Comunicación no verbal IV. Valoración afectiva 	<p>21 ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?</p> <p>22 ¿En qué medida el profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?</p> <p>23 ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?</p> <p>24 ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?</p> <p>26 ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?</p> <p>27 Si se produce</p>
--	---------	-------------	---	---

				<p>alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?</p> <p>28 ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?</p>
Ayudar a actuar	Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> I. De contenido II. De actos del habla III. Comunicación no verbal IV. Valoración afectiva 	<p>25 ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?</p>	

					29 ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?
--	--	--	--	--	--



Anexo 4. Manual Operacional

DATOS GLOBALES:

Tiempo de consulta: se considera desde que el médico o el paciente inicia a hablar en la consulta, hasta que alguno diga la última palabra

Datos sobre el profesional: se indica el sexo (masculino/femenino), edad, el tipo de labor (médico, residente, enfermero o estudiante), la especialidad y la condición del docente.

Datos del paciente: se considera el sexo del paciente.

Acompañante: se especifica relación con el paciente

Datos sobre la consulta: motivo principal y motivos secundarios.

Proceso: si se trata de uno agudo o crónico

Visita: si es la primera que ha solicita por tal motivo, o es subsecuente del mismo motivo.

Clave: estará compuesta por tres letras y dos números, de los cuales las primeras tres letras serán de las primeras tres letras del apellido del investigador principal, y los números serán del número de entrevista. Ejemplo: Dra. García, entrevista 4: GAR04.

Observador: estará compuesto por una clave de tres letras y cuatro números, que corresponden a las primeras tres letras del apellido del observador, los dos números del mes evaluado y los dos dígitos del año en que se realiza el trabajo. Ejemplo: Dra. García inicia en Enero de 2020: GAR0120.

Nota: el ítem NP, aplica cuando no se presenta el apartado a evaluar, por ejemplo en consultas administrativas o burocráticas.

DESCRIPCION DE CADA ÍTEM:

Ítem 1: el evaluador debe contextualizar el recibimiento y valorar el grado que es más o menos adecuado. Las conductas a evaluar son: saludo verbal o no verbal, incorporarse del asiento para ello, establecer contacto físico, mantener un contacto visual adecuado, sonreír, acomodar, llamar por su nombre al interlocutor... El uso del mayor número de elementos de los anteriormente descritos, cuando son empleados de forma natural y contextualizada, debe definir un recibimiento de calidad (2). Por el contrario, un inicio de la entrevista sin haber empleado ninguna palabra o gesto de cortesía y sin apenas mirar al interlocutor supondrá lo contrario (0).

Ítem 2: El evaluador debe graduar su uso en función de la presencia o ausencia de una serie de parámetros como por ejemplo: cuando el profesional revisa sus registros antes de la llegada del paciente, o explica a éste lo que está haciendo solicitando su permiso

para continuar: El empleo de algunas o varias de estas conductas y su impacto positivo en el discurso del paciente puede evaluarse como 2; por el contrario, una puntuación de 0 puede derivarse de la observación de la conducta del paciente ante un profesional que atiende a los registros mientras trata de obtener información o la ofrece, pudiendo orientar sobre el impacto negativo de estas otras conductas en la comunicación.

Ítem 3: La cortesía y amabilidad son características comunicativas sociales, se debe tener la atención durante toda la entrevista, sobre todo en los momentos iniciales y finales. Quedando clara esta separación emocional entre lo amable y lo correcto medicamente hablando.

Ítem 4: Se debe evaluar de forma global en el profesional y aspectos como la presencia física (formas corporales, edad, indumentaria, vestimenta, uso o no de bata), la expresión facial (sonrisas, muecas, movimientos del ceño y las cejas) ... sobre todo en los momentos de carga emocional de la entrevista.

Ítem 5: Este ítem dirige la atención del evaluador a la forma (la calidad) en la que el entrevistador expresa, de forma verbal y no verbal, entender las emociones, ideas sobre el problema, sentimientos o estado de ánimo del paciente, así como su estado general.

Ítem 6: El cierre, al igual que el recibimiento, es una habilidad que está conformada por muchas conductas y elementos comunicativos menores. El uso del mayor número de elementos cuando son empleados de forma natural y contextualizada, así como la ausencia (o escasez) de demandas adicionales y fuera de contexto del paciente, debe definir una despedida de calidad (2). O por el contrario una despedida sin haber empleado ninguna palabra o gesto de cortesía y sin apenas mirar al interlocutor, supondrá lo contrario (0).

Ítem 7: La reactividad es el ritmo que utiliza el profesional y que da a sus intervenciones y al diálogo en general. Calificación: 0: ritmo rápido de la consulta con preguntas que el profesional hace una tras otra, sin apenas tiempo para responder, el paciente no acaba de completar sus frases, se suceden las interrupciones; o silencios muy disfuncionales mientras el profesional se centra en registros; 2: ritmo pausado donde tienen lugar los silencios funcionales, y los discursos del paciente y el médico no se solapan; 1: intermedio.

Ítem 8: Se trata de valorar si el entrevistador no solo permite, sino que anima al paciente a hablar. Por ejemplo: 0: no emplea ninguno de estos facilitadores, suele haber interrupciones; 1: usa los no verbales preferentemente; 2: hay además facilitadores verbales.

Ítem 9: Es una manera de valorar el grado de atención que tiene el profesional, en cualquier fase de la entrevista, al paciente, a sus opiniones y a sus reacciones verbales o no verbales.

Ítem 10: El evaluador debe conocer lo que se entiende por pistas y sus tipos. Las pistas se refieren a claves que el paciente suele aportar y que pueden esconder una información de interés para el profesional. Se observará como hay pistas que no son captadas en absoluto o lo son muy deficientemente (0); se capta y responde a alguna pista en una entrevista donde surgen varias (1); se captan y responde adecuadamente a la mayoría de las pistas que surgen o a las más significativas (2).

Ítem 11: Se trata de valorar la cantidad y la adecuación de las preguntas de este tipo que realiza el profesional. Ejemplo de pregunta abierta: Son aquellas cuya respuesta es más amplia y el enfermo puede expresarse más detalladamente: "¿Qué nota con el ejercicio?" Puntuación: 0: menos de dos preguntas abiertas (sin contar la de apertura); 1: entre dos y tres usadas apropiadamente; 2: más de tres usadas apropiadamente.

Ítems del 12 al 18: lo que el evaluador debe valorar es no solo que salga lo planteado en el ítem, sino especialmente el esfuerzo que percibe en el profesional por indagar activamente los aspectos planteados en el mismo, lo cual suele ser un grado más que el hecho de conocerlo.

Ítem 12: Exploración de la naturaleza de su síntoma. A título orientativo, un 0: no lo indaga en absoluto; 1: el clásico "¿a qué lo atribuye?"; o un apoyo narrativo del tipo "¿y eso?". Un silencio prolongado (una entrevista en la que el médico, aun sin ser explícito, facilite mucho que el paciente ofrezca su idea (puede incluso hacer dudar entre 1 y 2); 2: una búsqueda activa del significado.

Ítem 13: Sobre las emociones y sentimientos. Un 0: no lo indaga en absoluto; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales (duda entre 1 y 2); 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado.

Ítem 14: El profesional indaga cómo influye su problema en su entorno familiar, laboral o social. Un 0: no lo indaga en absoluto o explora aspectos biomédicos, (ejemplo: cuántas escaleras o metros puede andar con el ahogo), 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado.

Ítem 15: En general una expectativa es cualquier deseo, anhelo o querencia que tiene el paciente sobre la consulta. Para ello se suelen emplear preguntas del tipo: "¿Piensa que

le podemos ayudar de alguna manera en concreto?", "¿Y cómo cree usted que le puedo ayudar?" o "¿Qué cree usted que deberíamos hacer?"... Esto es un 2. Un 1 puede ser la aparición espontánea (una vez más ante una actitud y facilitadores por parte del profesional). Un 0 no aparece.

Ítem 16: Dentro de la esfera psicosocial, el profesional puede conocer e indagar o no indagar ni conocer el estado de ánimo del paciente. Se tendrá aquí en cuenta una exploración de la esfera psicológica, en el contexto formal de una sistemática de anamnesis en la que el profesional pregunte sobre esta esfera.

Ítem 17: Exploración de posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente. Un 0: no lo indaga en absoluto; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado. Igualmente puede no proceder si se considera que no es necesaria la exploración de este ítem, ya sea por tratarse de una enfermedad aguda leve o auto limitada.

Ítem 18: El entorno socio familiar. Un 0: no lo indaga en absoluto y no sale (aunque incluso podría salir, pero la actitud del profesional no permite decir que sale porque lo facilita sino porque el paciente lo dice porque no puede dejar de hacerlo; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado.

Ítem 19: Se valorará el esfuerzo que el profesional realice para detectar o atender factores posibles o ciertos de riesgo que no estén relacionados con la demanda principal. Un 0: no lo indaga en absoluto, o lo registra mecánicamente sin trabajarlo; 1: surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales y se trabaja someramente; 2: facilitaciones verbales y una búsqueda activa del factor de riesgo o del problema.

Ítem 20: Se trata de una habilidad que persigue ratificar si los motivos de consulta del paciente son los que realmente ha expuesto o hay otros. Se otorga 0: no hace resúmenes totales o parciales a lo largo de la fase de obtener información. 1: independientemente de indagar o no las causas que han llevado al paciente a la consulta, hace alguna comprobación parcial o de alguna de las demandas del paciente; 2: comprueba todas las demandas del paciente (y que no hay más) antes de pasar a otras tareas.

Ítem 21 al 24: Pueden responderse atendiendo a cualquier información que dé el profesional al paciente sobre cualquier aspecto. 0: no informa en absoluto; 1: hace una

información del tipo: "tiene una infección viral en la garganta" un 2: da una información más detallada.

Ítem 25: Dar la oportunidad para participar es animar a que el paciente forme parte de la toma de decisiones. Considerando un 1, en el estadio de invitación a la participación y un 2 si la actitud del profesional es de clara consideración a lo que opina el paciente.

Ítem 26: Se debería valorar la naturalidad de la participación de los mismos y el clima facilitador. Un 2 representa esto con un número aceptable de dudas o aclaraciones mediante preguntas claramente expuestas. Es posible que el paciente manifieste no tener ninguna duda ni problema; sin embargo, se valorará la conducta del profesional insistiendo o no en ello y, como decíamos, la naturalidad de la participación del paciente en un clima facilitador creado por el profesional (un 1). Estilos directivos en los que el entrevistador tiene una alta reactividad, corta al paciente si hace preguntas o no favorece o deja pausas al hablar, impidiendo que el paciente participe en la conversación expresando dudas, problemas u opiniones, deben recibir valoraciones bajas (0).

Ítem 27: Se evaluará primero en qué medida el profesional indaga la opinión que tiene el paciente sobre el motivo de la discrepancia. Para ello, muy probablemente deberá explorar las creencias y las ideas del paciente. Un 0: no da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias ante la discrepancia: "No, es mejor que tome esto, le sentará mucho mejor". Un 1: da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias, averigua sus motivaciones o éstas salen espontáneamente, quizás por una actitud de escucha (clima favorecedor), pero no llega a tenerlas demasiado en consideración. Un 2: da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias (o salen las motivaciones espontáneamente) y se esfuerza por llegar a acuerdos entrando en una discusión, que genera alternativas, mostrando empatía y respeto, aunque no se alcance una decisión acordada entre ambos.

Ítem 28: Se refiere específicamente al final del proceso de información. El profesional debe comprobar el recuerdo y/o comprensión que el paciente tiene de la información suministrada acerca de la pauta diagnóstica o terapéutica. Un 0: no se preocupa por saber si comprendió el mensaje o lo hace mecánicamente. No pregunta "¿Ha entendido?". 1: pregunta si lo entendió, y espera respuesta. 2: hace repetir al paciente el mensaje y, en función de la respuesta, lo puede repetir él o no. Puede ser un 2 aun sin repetición del paciente, pero ante una solicitud de comprobar la comprensión por parte del profesional fue muy clara.

Ítem 29: Valora si el profesional se hace copartícipe del proceso de búsqueda de la salud al propio paciente una vez que ya se han discutido o no las opciones. Este reparto de responsabilidad debe hacerse explícitamente en la entrevista. Un 0 es imponer lo que el paciente debe hacer o no, contemplarlo cuando podría haber sido razonable hacerlo. Un 1 es tratar de, una vez expuestas las alternativas o alternativa, si le parece que podrá o no llevarla a cabo. Un 2 es tratar de discutir explícitamente con el paciente las probabilidades de llevar a cabo la/s alternativa/s.

Estos ítems se evalúan a través de una escala tipo Likert de cuatro categorías de respuesta en cada variable a medir (pertinencia y relevancia).

Respuestas	Código	Pertinencia	Relevancia
NP	1	No pertinente	No relevante
0	2	Poco pertinente	No relevante
1	3	Pertinente	Relevante
2	4	Muy pertinente	Muy relevante

REVISOR 1	DE ACUERDO A SU COMENTARIO	No. página
<p>1. El título no se ajusta a las características propuestas, realizara una investigación descriptiva y no explicativa.</p>	<p>El estudio se realizara para describir la situación actual sobre la comunicación clínica de los médicos familiares en la consulta prenatal, midiendo como se lleva a cabo la comunicación, no buscando en este estudio la explicación sobre las causas de este evento. Por lo que es descriptivo.</p>	<p>Página 1</p>
<p>2. Son escasos los antecedentes menores a 5 años, y al no mencionar su búsqueda de la información no menciona el por qué usa antecedentes nada recientes (5 o 7 años), en los antecedentes no mencionan datos para plantear el problema. No relaciona la teoría con el instrumento que aplica.</p>	<p>Se agregan 2 antecedentes de los últimos 5 años con comunicación clínica en médicos familiares, realizando la búsqueda sistemática, los estudios más recientes no se encuentran pertinentes y a partir de estos se realizó búsqueda en bola de nieve. Se anexa cuadro de Cochrane.</p>	<p>Página 5</p>
<p>3. En el planteamiento del problema no establece la relación de la</p>	<p>Nuestro estudio "Evaluación de la comunicación clínica del</p>	<p>Página 30</p>

<p>comunicación clínica con la atención prenatal, no señala como se lleva a cabo la comunicación clínica sobre la atención prenatal desde la cual va a realizar la evaluación, puesto que él un verbo de dominio superior debería de basarse de una estrategia ya implementada de los contraria sería descripción de cómo se desarrolla la comunicación clínica en dicho problema por parte de un profesional de la salud.</p>	<p>médico familiar en la atención prenatal de la UMF-11 IMSS Delegación Aguascalientes” se medirá la comunicación clínica desde la perspectiva de un instrumento de evaluación estandarizado de acuerdo a las dimensiones de 1.Conectar 2.- Identificar y comprender 3 .- Acordar y 4. Ayudar, para describir como es la comunicación clínica del médico familiar en la consulta de control prenatal, sin comparar o usar estrategias previamente, solo obtener un diagnostico comunicacional.</p>	
<p>4. El objetivo general corresponde a un nivel explicativo de Bloom, y el protocolo es un estudio descriptivo, va a describir cómo se lleva a cabo la</p>	<p>De acuerdo a su comentario nuestro estudio tiene un nivel descriptivo por lo que se cuenta con antecedentes que realizan mismo</p>	<p>Página 34</p>

<p>comunicación clínica en algunos dominios, ya que no se cuenta con una estrategia previa sobre la cual evaluar.</p>	<p>objetivo con otras áreas planteadas en medicina familiar. Se modifica verbo en el objetivo general.</p>	
<p>5. Plantea un proyecto descriptivo por lo tanto no lleva hipótesis de trabajo, sin embargo si es un proyecto de evaluación no señala la hipótesis de trabajo.</p>	<p>Nuestro trabajo es descriptivo por lo que no cuenta con hipótesis, contestando al ¿cómo? Se lleva a cabo la comunicación, mediante un instrumento que nos medirá esta competencia del médico familiar, y no el ¿por qué? del estudio de la comunicación.</p>	<p>Página 33</p>
<p>6. El instrumento que utilizara no se describe su validez y confiabilidad ni en el marco teórico o en la metodología, el instrumento a utilizar en descriptivo no evaluativo,</p>	<p>En efecto el instrumento es descriptivo, como el estudio que se pretende realizar. Se coloca la validez en el marco teórico de acuerdo a su comentario, se encuentra en la metodología en página la descripción del instrumento.</p>	<p>Página 19</p>
<p>7. No existe congruencia para clarificar su es un estudio explicativo o descriptivo.</p>	<p>Es descriptivo, ya que esta investigación se utilizara para describir la comunicación actual de</p>	<p>Página 35</p>

	los médicos familiares en la consulta de atención prenatal.	
8. Desconocemos la originalidad del proyecto ya que no menciona los estudios recientes sobre el problema, siendo referencias de décadas atrás.	Se agregan antecedentes de los últimos 5 años, dando referente de originalidad, los cuales se obtuvieron mediante una búsqueda sistematizada, y se agrega cuadro de búsqueda.	Página 10
9. Debería ser un trabajo trascendente ya que la comunicación clínica es una competencia que se enseña en la residencia de la medicina familiar y si no se lleva a cabo de manera adecuada se debería de revisar los planes y programas de la especialidad y la forma en cómo se está adquiriendo esta competencia en el posgrado.	De acuerdo a su comentario ciertamente en los programas de la especialidad de medicina familiar van acorde al PUEM sin embargo nuestro estudio pretende saber el perfil comunicacional de los médicos familiares frente al paciente de forma real a través de un estudio de sombra en donde se sabe que se continúan desarrollando competencias transversales en los egresados de las especialidades médicas	

	<p>con el fin de reforzar en estas áreas de la comunicación creando una fortaleza para la atención medica con calidad en este tipo de pacientes que conlleva altas tasas de mortalidad y eventos catastróficos para la familia a la cual pertenecen las pacientes. Ya que de acuerdo a estudios realizados en España se explica que la valoración de la comunicación se puede realizar a través de un observador externo. Por lo que ciertamente con los resultados posteriormente se podrán implementar estrategias en el médico familiar egresado .</p>	
<p>10. Dentro de los aspectos éticos en la carta de consentimiento informado falta aclarar la relevancia hacia el paciente de las acciones que toma el médico en el</p>	<p>Se cuenta con autorización del comité de ética la cual se realizó cambio en tres ocasiones bajo tutoría y consenso de comité</p>	<p>Página 47</p>

proyecto de estudio.		
11. Considero una investigación educativa.	Ciertamente tendrá un impacto educativo posterior con los resultados obtenidos. Nuestro estudio será un referente en esta área pocamente estudiada ya	
12. Redacción, sintaxis y ortografía adecuada	que se realizan en otros aspectos de la atención médica dejando de lado consejería.	

REVISOR 2	DE ACUERDO A SU COMENTARIO	pagina
1. En los criterios de exclusión menciona que se omiten los cuestionarios que no tengan contestado el 80% de las preguntas, sin embargo no es congruente con la aplicación del instrumento, ya que no se pueden separar los ítems por áreas sino que todo el instrumento lleva	Si, se modifica ese criterio de exclusión por su observación. Pudiendo quedar inconcluso el instrumento en caso de que la paciente no acuda a su consulta, ya que los datos sociodemográficos del médico se llevaran previo a la consulta.	Página 36

<p>una secuencia lógica para poder establecer su aplicación. por otro lado, no es tan extenso o complicado como para no ser resuelto al 100% (suponiendo que el observador toma nota al momento de estar en la consulta)</p>		
<p>2. Precisamente no queda claro cómo se lleva a cabo la situación de la aplicación ¿el residente va a estar con el médico familiar cuando tenga una consulta prenatal? ¿El residente irá contestando el CICAA conforme sea la consulta o hasta después de la consulta se tomará otros minutos para contestarlo? ¿la evaluación la aplicará el residente y le dará o no la información al médico? ¿Cuántas mediciones se harán? ¿Serán sólo una medición por médico?</p>	<p>Se explica detallado en el plan y técnica de recolección de datos. Ciertamente el instrumento será aplicado solo por un observador (el residente tesista), por lo que no existe sesgo del observador, ya que será el mismo en todas las aplicaciones y se cuenta con la capacitación congruente para la aplicación del instrumento. Se hace retroalimentación con el médico posterior a la consulta de control prenatal, sin otorgar un</p>	<p>Página 37</p>

<p>porque de ser así ¿no resultará en un sesgo? ¿Con base en qué teoría determina si será una o varias mediciones?</p> <p>Es muy probable que en la segunda aportación usted lo tenga claro, solo que por cuestión de sintaxis es posible que no quedara bien establecido para los lectores, le sugiero determinar en su manual operacional o en otro manual aparte, los pasos a seguir, por ejemplo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El médico adscrito le indica a la paciente que el residente será un observador. 2. el medico da la consulta, mientras el residente observa cada uno de los pasos y registra las respuestas como marca el manual operacional. 3. el residente hace retroalimentación al 	<p>resultado, ni conocerá el contenido de las dimensiones del instrumento para evitar sesgos durante el actuar médico en la consulta. Ya que de acuerdo a estudios realizados en España se explica que la valoración de la comunicación se puede realizar a través de un observador externo. Por lo que ciertamente con los resultados posteriormente se podrán implementar estrategias en el médico familiar egresado.</p>	
---	---	--

<p>médico familiar, etc.</p> <p>Con ello queda un poco más claro lo que se planea hacer durante la intervención.</p>		
--	--	--

REVISOR 3	DE ACUERDO A SU COMENTARIO	pagina
<p>1. Sugiero modificación de identificación de los investigadores:</p> <p>Investigador principal corresponde a la Dra. Sarahí</p> <p>Investigador asociado (tesista): Dra. Alejandra</p>	<p>Se modifica conforme a su comentario</p>	<p>Página 2</p>
<p>2. El resumen estructurado debe incluir: título del protocolo, antecedentes, objetivo, material y métodos, recursos e infraestructura, experiencia del grupo y tiempo a desarrollarse; no existe el rubro de</p>	<p>Se hacen las modificación pertinentes a su comentario</p>	<p>Página 3</p>

<p>introducción.</p>		
<p>3. El marco teórico corresponde al título 4, y como subtítulos podrá agregar los antecedentes científicos, teorías, marco conceptual, etc. En cuanto los antecedentes no es necesario colocar el título del artículo ya que se cuenta con la bibliografía, aparentemente en el arte del conocimiento se cuenta con nivel instrumental sin embargo no menciona de los instrumentos utilizados en cada uno de los antecedentes si cuenta con la validación necesaria, a excepción del instrumento a utilizar, solo me indica los resultados obtenidos, lo cual podría generar duda en cuanto si se ha superado el arte del conocimiento a nivel instrumental.</p>	<p>Se reorganiza la numeración de los títulos y subtítulos. Se omite el nombre de los artículos</p>	<p>Página 11 Página 9</p>

4. Justificación, es importante no perder el enfoque del objeto de estudio.	Se hace énfasis en que nos interesa medir y describir la comunicación clínica de los médicos familiares	Página 23
5. Planteamiento del problema, podría modificarse en base los antecedentes, es importante evaluar en cuanto al estado del arte de conocimiento en qué nivel se encuentra, valorar coincidencia o discrepancias entre los antecedentes.	Es un estudio descriptivo	Página 30
6. Material y métodos, no describe quien aplicar el instrumento.	Lo aplica el tesista como observador capacitado	Página 37
7. Anexos Consentimiento informado, adecuar al tipo de estudio	Ya se encuentra autorizado por el comité de ética	Página 47
8. Corregir ortografía y redacción	Hecho	
9. Observación: Este	Al ser un estudio	Página 37

<p>estudio puede verse sesgado ya que el médico puede modificar su actuar al sentirse observado y evaluado, ¿cómo se va a reducir este tipo de sesgo?</p>	<p>observacional se reduce el sesgo del observador a la misma persona quien aplique el instrumento, además no se dará a conocer el contenido del instrumento sobre las áreas a evaluar al médico con el fin de que no modifique su conducta al realizar su práctica médica.</p>	
---	---	--

