



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina y Psicología
División de Estudios de Posgrado e Investigación



**“PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LA CONSULTA DE
MEDICINA FAMILIAR EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Alumno:

Dra. Hilda Jacqueline González Limón

Residente de 3er año de Medicina Familiar

Asesores:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico especialista en Medicina Familiar en UMF No. 27

Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano

Médico especialista en Medicina Familiar en UMF No. 27

Tijuana, Baja California a noviembre de 2021.

ÍNDICE

TÍTULO.....	2
IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES	3
RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO	5
ANTECEDENTES.....	9
JUSTIFICACIÓN	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
OBJETIVOS.....	14
ASPECTOS ÉTICOS	24
RECURSOS	25
FACTIBILIDAD	26
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIÓN.....	34
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS	39

TÍTULO

**“PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LA CONSULTA DE
MEDICINA FAMILIAR EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando

Médico especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 98020718

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Baja California.

Teléfono: (664) 3298837

Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Dra. Hilda Jacqueline González Limón

Residente de Medicina Familiar

Matrícula: 98028317

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Baja California.

Teléfono celular: (686) 2158402

Correo electrónico: hilda.jgl@gmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:

Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano

Médico especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 98020772

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Baja California.

Teléfono: (664) 1231814

Correo electrónico: dralinda Vidal@gmail.com

RESUMEN

Título: “PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Investigadores: González-Limón HJ, Bermúdez-Villalpando VI, Vidal-Solorzano LC.

Introducción: La comunicación en el ámbito de la salud es fundamental, de ella depende que el médico cuente con información completa y precisa de poder realizar el cumplimiento de sus funciones. La vinculación con el personal médico constituye en muchos casos una acción casi terapéutica por parte del paciente, al sentirse escuchado, atendido y que esto le permita entender el significado de su enfermedad.

Objetivo principal: Conocer la percepción de los pacientes acerca de la competencia comunicativa de los médicos familiares durante la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 27

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo en el que se identificará a pacientes de turno matutino y vespertino, que hayan acudido a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en Tijuana, en el mes de septiembre de 2021, para así conocer su percepción sobre la comunicación que se efectuó durante la consulta de Medicina familiar. Se aplicó el instrumento CAT, el cual es utilizado para medir las percepciones del paciente sobre el desempeño del médico en el área de la comunicación. Se recolectaron las respuestas obtenidas y analizaron con el programa IBM SPSS v26.

Resultados: Se estudiaron 200 pacientes que cumplieron criterios de selección, conformados por derechohabientes del turno matutino y vespertino equitativamente. Encontrando que el 54.6% de la población estudiada considera excelente la competencia comunicativa durante la consulta de Medicina Familiar en la UMF No. 27.

Conclusión: La comunicación entre médico y paciente tiene efecto en el entorno del paciente, en su ámbito familiar, incluso a largo plazo en el sistema de salud en general. En este estudio la competencia comunicativa en los médicos familiares de la unidad estudiada tuvo un mejor resultado que el de varios países sin embargo, cuenta con áreas de oportunidad para optimizar dicha competencia.

Palabras clave: comunicación, medicina familiar, percepción, paciente

MARCO TEÓRICO

La comunicación es un fenómeno inherente a la interrelación humana. Entre los escenarios en los que tiene ocurrencia el intercambio comunicativo se cuenta el relacionado con la salud y la enfermedad de los sujetos y, de forma particular, con la relación clínica. Se ha definido la comunicación clínica como cualquier comunicación entre profesionales de la salud o entre los profesionales y sus pacientes, sus familiares, o personas cercanas. ¹

Se considera a la comunicación como un proceso de comprensión y de compartir el significado de algo; es el elemento básico de la interacción humana que permite a las personas establecer, mantener y mejorar el contacto con otros, así como participar en el conocimiento de uno mismo. Algunos autores estiman que el individuo recibe su información en un 83% de la vista, el 1% del gusto, el 11% del oído, el 3% del olfato y el 2% del tacto. Se considera que la comunicación no verbal puede ejercer cinco veces más efecto sobre la comprensión del mensaje que la comunicación verbal. ²

En la práctica médica es esencial la comunicación verbal y no verbal que se establece en el encuentro con el paciente. Las palabras, por sí solas, quieren decir cosas, pero la forma de emitirlas (gestos, miradas, tonos, contexto, posturas corporales, etc.), determina completamente el contenido del mensaje, y en consecuencia, la repercusión del mismo. Así, cuando llega un paciente a consulta, lo primero que percibe aparte del aspecto físico del profesional y del entorno, es su expresión facial, postura, distancia que mantiene, su mirada, etcétera; y esta información no verbal permite hacer inferencias rápidas que condicionarán la forma de interactuar con la misma. La conducta no verbal se manifiesta a través de cinco dimensiones: kinestésias, paralenguaje, proxemia, factores ambientales y la percepción del uso del tiempo. ³

Las funciones de la comunicación tienen las siguientes características: informativa, reguladora y afectiva. Estas funciones están muy relacionadas con los componentes estructurales de la comunicación. La función informativa comprende el proceso de recepción y transmisión de informaciones entre el médico y el paciente. Incluye ideas, conceptos, conocimientos, actitudes, intereses, estados de ánimo y sentimientos. La

función reguladora se produce en el proceso de interacción entre los participantes del proceso comunicativo. Influye en la organización de la actividad de salud, la orientación, estimulación y control de la conducta para el logro de un objetivo común. La función afectiva, determina los estados emocionales del hombre en el proceso de interacción interpersonal. En él se toman en cuenta los motivos, propósitos y actitudes del paciente. ⁴

Los médicos, a menudo, no perciben con precisión las expectativas de los pacientes durante la consulta. Las expectativas de los pacientes pueden ser médicas o pueden incluir solicitudes no médicas, como una nota de licencia por enfermedad. Tomando en cuenta que, la atención centrada en el paciente respeta las expectativas de los pacientes sin ignorar la evidencia clínica. ⁵

Las competencias comunicacionales se organizan en las cuatro tareas básicas: identificar y comprender los problemas (correlacionada con la anamnesis clásica, la exploración de la perspectiva del paciente y la exploración física), y acordar y ayudar (explicar y planificar), enmarcadas entre la apertura y el cierre de la entrevista. ⁶

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud es fundamental, en la medida que, de ella depende que el médico cuente, a partir de lo dicho por el paciente, con información completa y precisa para poder realizar el cumplimiento de sus funciones y determinar en forma acertada tanto el diagnóstico como el tratamiento a seguir. Por otra parte, la comunicación y la confianza que este diagnóstico genere sobre el paciente es asimismo trascendente, en la medida que la vinculación con el personal médico constituye en muchos casos una acción casi terapéutica por parte del paciente, al sentirse escuchado, atendido y que esto le permita entender el significado de su enfermedad. Desde el punto de vista del paciente, una de las consecuencias negativas más frecuentes de una mala comunicación, se refleja en la incomprensión tanto del diagnóstico como del tratamiento indicado, lo que propicia la falta de adherencia terapéutica por parte de los pacientes, así como en la pérdida de confianza y en muchos casos, del respeto a los profesionales de la salud. ⁷

Diferentes factores pueden influir en la percepción de los pacientes. Estos factores se pueden clasificar en las dos áreas generales siguientes: condiciones relacionadas con la

persona y condiciones externas objetivas de atención.⁸ La percepción puede ser definida como un proceso simple. Gibson explica que en el estímulo se encuentra la información y no necesita de ningún procesamiento mental interno posterior a este. La psicología moderna la denomina como el conjunto de procesos y actividades relacionados con el estímulo que alcanza los sentidos, del cual se obtiene la información de lo que nos rodea, acciones propias y de los demás, y de nuestra conciencia.⁹

La relación médico-paciente no solo está formada por el intercambio de instrucciones para el cuidado de la salud, sino que hay una serie de valores influyendo tanto en la evolución del paciente como en la calidad de los servicios brindados. Uno de los principales retos para establecer esta relación es conocer la audiencia, público o interlocutor al cual se dirige el mensaje; al conocer las características socioculturales, grado de estudios, profesión, ocupación, intereses, entre otras cualidades, es posible determinar de manera adecuada las características de la comunicación y entonces el mensaje sea recibido lo más fielmente posible. Existen dos factores que influyen en la información como estímulo externo y contribuyen a la manera en que el oyente recibe el mensaje: la percepción, relacionada directamente con los procesos que el oyente acciona consciente o inconscientemente al recibir información; la segunda es la forma, cómo se comunican los mensajes, desde los aspectos lingüísticos y paralingüísticos, los cuales dependen del emisor.¹⁰

Los pacientes y familiares valoran la buena comunicación con el médico que les atiende, esperan que además de ser experto técnicamente en sus habilidades clínicas, sea capaz de mostrar compasión por medio de sus acciones, gestos y palabras, especialmente cuando se trata de pacientes gravemente enfermos o dependientes.¹¹ Si bien, para la práctica de cualquier médico es importante contar con habilidades de comunicación, para el médico familiar lo es aún más, ya que su práctica diaria consiste en considerar no solo el aspecto biológico de los pacientes, sino también los aspectos psicológicos y sociales.¹²

Acorde a León-Pérez et al., la investigación para medir la habilidad de comunicación se inclina abrumadoramente al área médica.¹³ Existen instrumentos reportados para el entrenamiento y evaluación de la comunicación, como Calgary-Cambridge Observation Guide, Kalamazoo Essential Elements: The Communication Checklist, Escala Conectar,

Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar (CICAA), entre otros.¹⁴ Sin embargo, para la aplicación de la mayoría de ellos se requiere contar con docentes capacitados en estos métodos. La comunicación formal requiere observadores capacitados y listas de verificación, con la posible adición de múltiples observadores o grabaciones en video.¹⁵

ANTECEDENTES

El estudio de campo de Makoul et al., utilizó la herramienta Communication Assessment Tool por primera vez, con la cual evaluó a 38 médicos de dermatología, medicina familiar, neurocirugía, oftalmología, cirugía ortopédica y medicina física y rehabilitación.¹⁶ La proporción media de puntuaciones excelentes fue del 76,3%. Los resultados de los análisis mostraron claramente que estos elementos funcionan de manera similar en todas las especialidades médicas, así como en el sexo del paciente, la raza/etnia, el nivel de educación, el estado de salud autoinformado y las visitas previas al médico.¹⁷

Posteriormente, Myerholtz et al. realizaron un estudio donde se examinó las diferencias en las calificaciones de los pacientes de los residentes de medicina familiar en seis programas distintos. Se ofreció una versión en español del CAT a los pacientes que prefirieron completar la encuesta en este idioma. El porcentaje medio general de elementos de los que los residentes fueron calificados como excelentes fue del 69,7%.¹⁸

En el año 2015 Stausmire et al. publicaron el resultado de la aplicación de este instrumento, en el que evaluaron la comunicación de residentes de cirugía, encontrando que un 70.2% de los pacientes participantes calificaron como excelente la comunicación de dichos médicos.¹⁶

Flower et al. publicaron un artículo donde examinaron la percepción de los padres sobre la comunicación del médico. Donde se buscaba comprender la satisfacción con la comunicación con los médicos entre los padres de habla hispana e inglesa cuyos hijos reciben atención primaria en cuatro clínicas afiliadas a universidades en diferentes estados. Entre los latinos que hablaban español, 65.6% se dijeron con alta satisfacción en la comunicación. 80.8% de los latinos que hablaban inglés calificaron como excelente la comunicación. Mientras que los padres no latinos que hablan inglés resultaron con alta satisfacción en un 82.2%.¹⁹

En Lima, Perú, Quispe et al. determinaron la percepción de los pacientes sobre la destreza en la comunicación de los médicos que atienden en consultorio externo de un hospital docente, según el instrumento Communication Assessment Tool. Las encuestas

se aplicaron a pacientes de las siguientes especialidades: medicina interna, cardiología, reumatología, endocrinología, gastroenterología, neumología, nefrología, neurología, geriatría y hematooncología. El 66,2% de los participantes declaró una percepción positiva sobre la competencia comunicativa de los médicos, pero sólo el 12,11% la calificó como “excelente”.²⁰

En el año 2020, se realizó la validación de la versión en español de la herramienta CAT en el país de Chile por Armijo-Rivera et al. Donde evaluaron a 125 médicos recién graduados durante un Examen Clínico Objetivo Estructurado de 12 estaciones, encontrando que el promedio de “excelentes” fue del 38.07%.²¹

Además del idioma español, este instrumento ha sido validado en otros idiomas para su aplicación en distintos países. Por ejemplo, Scala et al. realizaron traducción al idioma Italiano, con el cual encontraron un rango de respuestas calificadas como “excelente” de 36.9% hasta 69.2%.²² En Etiopía también se realizó adaptación de esta herramienta, donde se detectó que sólo el 3% de la población estudiada calificó como excelente la comunicación con este instrumento.²³ En Ruanda también se realizó una adaptación de este instrumento, el cual llamaron K-CAT debido a que se trata de la traducción al idioma Kinyaruanda, aquí el resultado de promedios excelente fue de 15.7%.²⁴ Se encontró también su adaptación al idioma Polaco, la cual se publicó en el año 2020, donde el resultado excelente estuvo en un rango de 28.4% a 50.4%.²⁵

Incluso se han realizado variantes del instrumento original para poder evaluar al equipo de salud completo. Como es en el caso de la investigación que llevó a cabo McCarthy et al., donde aplicaron el instrumento CAT-T, por sus siglas en inglés, Communication Assessment Tool for Teams. La cual aplicaron en el servicio de urgencias, encontrando 65.74% de pacientes que contestaron excelente a los ítems que se evaluaron, en un rango que variaba desde 50% a 76.1%.²⁶

JUSTIFICACIÓN

En el ámbito de la Medicina, la comunicación es una herramienta indispensable para el intercambio de ideas entre médico y paciente principalmente, con el fin de poder cumplir un propósito que es atenderles. La comunicación médico-paciente sigue siendo la piedra angular de la relación médico-paciente. Una buena comunicación con el médico conduce a historias más detalladas, una mejor adherencia de los pacientes a los consejos médicos y al plan de tratamiento; y mejores resultados clínicos de las enfermedades crónicas.²⁷

En medicina familiar, es una competencia que debe desarrollarse ampliamente, ya que dicha especialidad tiene la oportunidad de ser el primer contacto con la persona a quien se atiende. En esta rama médica se logra brindar un trato humano y científico donde se identifican factores de riesgo y patologías que presente el paciente y su entorno familiar; por lo que el médico familiar debe tener la habilidad de expresarse, escuchar atentamente y obtener información veraz de cada individuo.

La calidad de las habilidades de comunicación de los médicos se ha reconocido cada vez más como un determinante crítico del cambio de comportamiento del paciente y mejores resultados de la enfermedad. Más allá de las aplicaciones de cambio de comportamiento, las habilidades de comunicación efectiva también han sido reconocidas como importantes para involucrar a los pacientes en su cuidado, abordar las lagunas de conocimiento, ayudar a los pacientes a superar los miedos al tratamiento y mejorar la calidad y efectividad general de la relación terapéutica.²⁸

La mejora de la comunicación médico-paciente se ha relacionado con una mayor participación en las decisiones, mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes, mayor adherencia a los tratamientos y mayor satisfacción profesional.³

Por lo anteriormente expuesto, es de interés conocer cómo es la percepción del paciente respecto a la competencia comunicativa de los médicos que atienden la consulta de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar 27. Con el fin de sensibilizar y concientizar a la comunidad médica sobre la importancia de tener una comunicación asertiva durante la consulta. Así como, conocer cuál es la situación actual de los médicos

y detectar áreas de oportunidad para impulsar una mejoría global en la unidad. Lo cual beneficiaría a corto y mediano plazo a pacientes y médicos, para ayudarles a cumplir sus objetivos durante la consulta médica; y a largo plazo se puede lograr un beneficio a nivel administrativo, ya que cada consulta brindada repercute en las metas instauradas a nivel central, incluso en el ámbito económico se puede reflejar un cambio relacionado con tratamientos y referencias a segundo nivel.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Parte esencial de la relación médico – paciente es la comunicación. A través de ella, el médico puede investigar, conocer, instruir, informar y educar al paciente, y de otra manera, el paciente puede externar su sentir y expresar las cuestiones que le llevaron a la consulta médica, para así poder cumplir completamente el objetivo de una consulta de atención médica.

Sin embargo, la comunicación puede tener varios obstáculos que impidan llegar a la meta deseada. Además, el estudio de ésta puede resultar complicado debido a que depende de más de una persona y se puede ver afectada por factores externos que no se pueden controlar ni medir.

Con los antecedentes previamente expuestos, se puede observar una variación importante en la percepción de los pacientes relacionada con el país en el que se aplica, así como su especialidad médica. Por lo que es de interés conocer la visión de los pacientes en nuestra comunidad, ante la comunicación que se lleva a cabo durante la consulta de medicina familiar.

Surgiendo la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cómo perciben los pacientes la competencia comunicativa de los médicos familiares durante la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 27?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción de los pacientes acerca de la competencia comunicativa de los médicos familiares durante la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 27

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar pacientes ≥ 18 años que acudieron a consulta externa de Medicina Familiar en Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS en Tijuana.
- Aplicar instrumento CAT a pacientes identificados para valorar la percepción comunicativa médica
- Conocer datos sociodemográficos de población identificada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio: Descriptivo, Transversal, Prospectivo

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana Baja California.

Población de estudio: Derechohabientes mayores de 18 años que hayan asistido a consulta externa de Medicina Familiar en IMSS UMF 27. Siendo esta población de un tamaño de 263,829 personas durante el presente año.

Periodo de Captura: Septiembre 2021

Muestreo: no probabilístico por cuotas, ya que se busca que la muestra esté conformada por pacientes con ciertas características, y se desea incluir todas aquellas personas que se considera pertenecen a las categorías del objeto de estudio, acorde a ciertas variables demográficas en la población. En este caso se desea incluir población de turno matutino y vespertino.

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra se determinó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N Z^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

Z= Nivel de confianza, también llamado valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal.

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q=proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p)

d= Margen de error o nivel de precisión absoluta.

Se desea un intervalo de confianza del 95% con un error estándar máximo aceptable del 5%, que se interpreta con una constante de 1.96 del valor de Z (Tabla 1).

Tabla 1.

% Error	Nivel de Confianza	Valor de Z calculado en tablas
1	99 %	2.58
5	95 %	1.96
10	90 %	1.645

Despeje de fórmula

$$n = \frac{(263\ 829)(1.96)^2 (0.121)(0.879)}{(0.05)^2(263829 - 1) + (1.96)^2(0.121)(0.879)}$$

$$n = \frac{(263\ 829)(3.8416) (0.121)(0.879)}{(0.0025)(263\ 828) + (3.8416)(0.121)(0.879)} = \frac{107\ 797.55}{659.57 + 0.41} = \frac{107\ 797.55}{659.98}$$

$$n = 163.33 \approx 164 \text{ pacientes}$$

Al realizar el cálculo, utilizando la fórmula mencionada, da un total de 164 pacientes. Al cual se le suma el 20% de pérdidas aceptadas dentro de un estudio, el cual corresponde a 33 pacientes. Dando un total de **197** pacientes necesarios para conformar la muestra del presente estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Edad \geq 18 años
- Derechohabiente IMSS adscrito a UMF 27
- Haber acudido a consulta de Medicina Familiar el día que se aplique instrumento CAT.
- Saber leer y escribir idioma español.
- Aceptar firmar consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Incapacidad para llenar instrumento.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionarios mal requisitados o incompletos.

PROCEDIMIENTO

Previa aprobación del presente estudio por el comité local de investigación y ética local de investigación en salud (CLIEIS). Se solicitará permiso a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 para entrevistar a su población.

Se captarán pacientes dentro de la unidad de Medicina Familiar No. 27, en planta baja, en área de farmacia y sala de espera. Se identificarán pacientes que cumplan con criterios de selección dentro de la unidad, sin interrumpir la consulta a la que acuden. Se invitará a participar de forma voluntaria en la presente investigación. De aceptar, se les entregará consentimiento informado donde se describen principales características del estudio, solicitando su firma como aprobación. Posteriormente se entregará hoja de recolección de datos sociodemográficos para conocer características de los participantes. De forma anónima y confidencial, se les solicitará llenar de forma autoadministra el instrumento CAT.

Finalmente se procederá a eliminar todo aquel cuestionario mal requisitado, para poder recolectar los datos que arrojan los formatos entregados. Y así, colocarlos en una base de datos, la cual se analizará con programa IBM SPSS v26, para así poder plasmar los resultados obtenidos.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Communication Assessment Tool (CAT)

La herramienta Communication Assessment Tool (CAT), traducido al español Herramienta de evaluación de la comunicación, consta de 15 elementos, es un instrumento confiable y válido para medir las percepciones del paciente sobre el desempeño del médico en el área de las habilidades interpersonales y de comunicación.¹⁵

Dicho instrumento puede ser aplicado a los pacientes de manera autoadministrada. Fue redactado originalmente en idioma inglés y está compuesto por 15 premisas, fáciles de entender, que capturan de manera transversal la perspectiva del paciente.²⁰

En 2009, fue revisado por el Comité Asesor de Evaluación de Resultados Educativos del ACGME y recomendado para su inclusión en la Caja de Herramientas del ACGME. Está escrito a un nivel de lectura de cuarto grado y utiliza una escala de 5 puntos (excelente, muy bueno, bueno, regular y pobre), siendo 5 excelente. Las pruebas de consistencia interna demostraron una alta fiabilidad general con un coeficiente de Cronbach $\alpha = 0,96$.¹⁶

Makoul et al. teorizaron que usar el CAT de una manera dicotomizada que solo reporta puntajes “excelentes” sería una mejor manera de motivar a los médicos a mejorar sus habilidades de comunicación, presentando los resultados como una proporción media de las puntuaciones que resulten.¹⁶

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

- Edad: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.²⁹
- Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.²⁹
- Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.²⁹
- Ocupación: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.²⁹
- Percepción: Sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales.²⁹

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicador
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Años cumplidos desde su nacimiento.	Cuantitativa, discreta.	Edad en años.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Grupo Masculino o Femenino con el que se identifica el paciente	Cualitativa, nominal, dicotómica	1 Masculino 2 Femenino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Último nivel educativo referido por el paciente.	Cualitativa, nominal	1 Ninguna 2 Primaria 3 Secundaria 4 Bachillerato 5 Licenciatura 6 Posgrado
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Empleo que desempeña actualmente el paciente.	Cualitativa, nominal.	1 Estudiante 2 Desempleado 3 Hogar 4 Obrero 5 Comerciante 6 Técnico 7 Profesionista 8 Jubilado
Percepción	Sensación interior que	Calificación respecto a una	Cualitativa, ordinal.	1 Mala 2 Justa

	resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales.	pregunta analizada por medio de instrumento CAT		3 Buena 4 Muy buena 5 Excelente
--	---	---	--	---------------------------------------

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recolectada la información, se procederá a la codificación a través del programa estadístico IBM SPSS versión 26. Las variables cuantitativas se expresarán en forma de media, mediana y desviación estándar. Las variables cualitativas se expresarán en medidas de frecuencia con porcentajes. Para la presentación de resultados se utilizará gráficas de pastel, gráficas de barras, gráfica lineal y tablas de contingencia.

ASPECTOS ÉTICOS

En base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la presente investigación se considera una investigación con riesgo mínimo. El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki. La presente investigación se realiza acorde con los lineamientos de materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos internacionales, previa autorización por el Comité Local de Investigación y de Ética en Investigación y la autorización con la firma del consentimiento informado de los pacientes.

Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10; quien participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión o chantaje de ningún tipo como se estipula en el artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el artículo 5, y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

Los documentos que conforman la base de datos serán manejados en forma confidencial y únicamente los investigadores tendrán acceso a ellos, el investigador principal será el encargado de la recolección de datos, así como del resguardo de estos.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Investigador principal: Hilda Jacqueline González Limón. Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, adscrita en Sede de Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS. Matrícula 98028317.
- Investigador Responsable: Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando. Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula 98020718. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana. Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Baja California. Teléfono: (664) 3298837. Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx
- Asesor Metodológico: Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano. Médico Familiar Adscrito a Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS. Matrícula 98020772.
- Población en estudio: Pacientes de edad mayor o igual a 18 años de edad que hayan acudido a consulta externa de Medicina Familiar en Unidad de Medicina Familiar No. 27, en Tijuana, Baja California.

RECURSOS MATERIALES

- Área física: infraestructura y bienes inmuebles de propiedad del IMSS.
- Formatos de recolección de información: copias de carta de consentimiento informado, copias hoja de recolección de datos y copias de instrumento.
- Papelería: Computadora personal, programa estadístico IBM SPSS versión 26, impresora, tinta para impresora, hojas blancas (2 resmas de hojas tamaño carta) para copias mencionadas previamente, bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

RECURSOS FINANCIEROS

- Serán solventados por el investigador principal

FACTIBILIDAD

El presente estudio cuenta con factibilidad óptima tanto operativa, técnica y económica, ya que se cuenta con los recursos necesarios para llevarse a cabo, como lo son la estructura, recursos humanos, recursos financieros y el universo de trabajo para su realización.

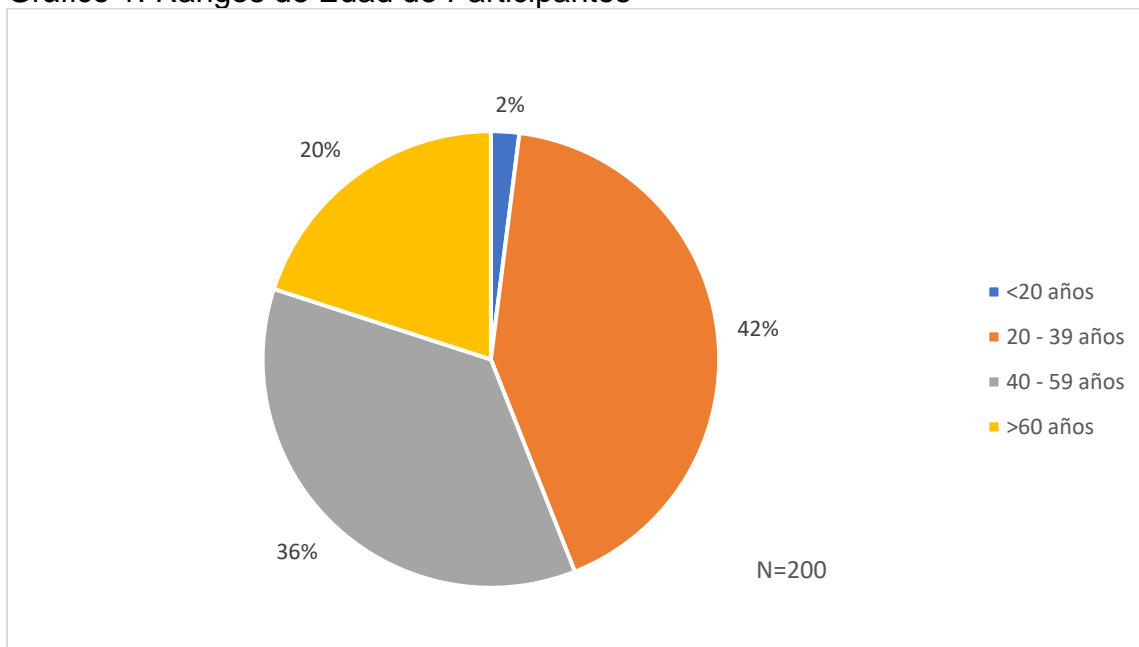
RESULTADOS

Con base a la presente investigación titulada “PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”, se plasman los resultados obtenidos detalladamente.

La muestra total fue de 200 participantes, los cuales cumplían con los criterios de selección, y realizaron voluntariamente el llenado de consentimiento informado y el instrumento descrito previamente. Participaron derechohabientes del turno matutino y vespertino de manera equitativa.

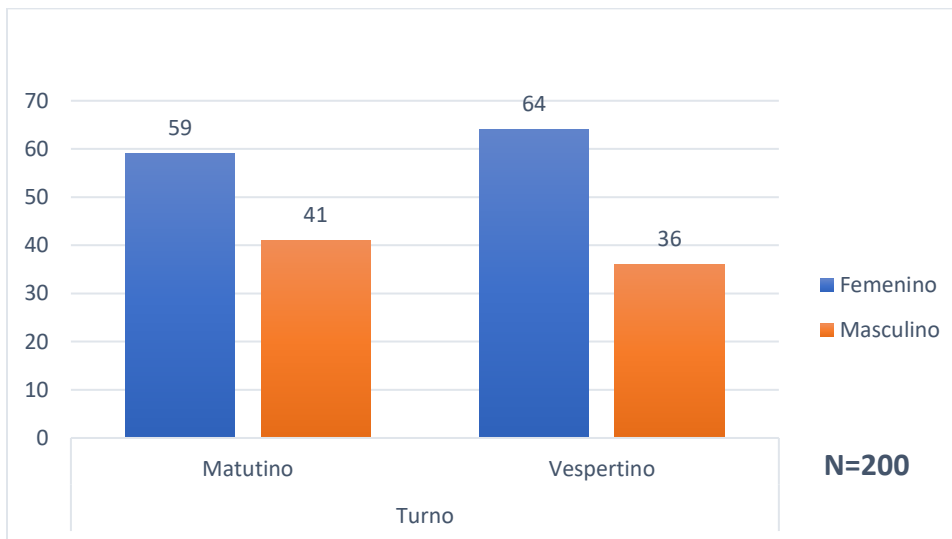
En cuanto a la variable de edad, se encontró que de los 200 participantes, el valor mínimo fue de 18 años y el máximo de 81 años, con una media de 44.18 años, mediana 43.5 años, moda 29 años y desviación estándar de 15.046. En cuanto a sus percentiles, se localiza en la percentila 25 el valor de 30, en la percentila 50 el valor de 43.5 y en la percentila 75 el valor de 56. Para su análisis, la edad se agrupó en rangos, los cuales se muestran en el gráfico 1, siendo el grupo de edad que tuvo mayor participación el de 20 a 39 años, con un 42.5%, es decir, 85 participantes.

Gráfico 1. Rangos de Edad de Participantes



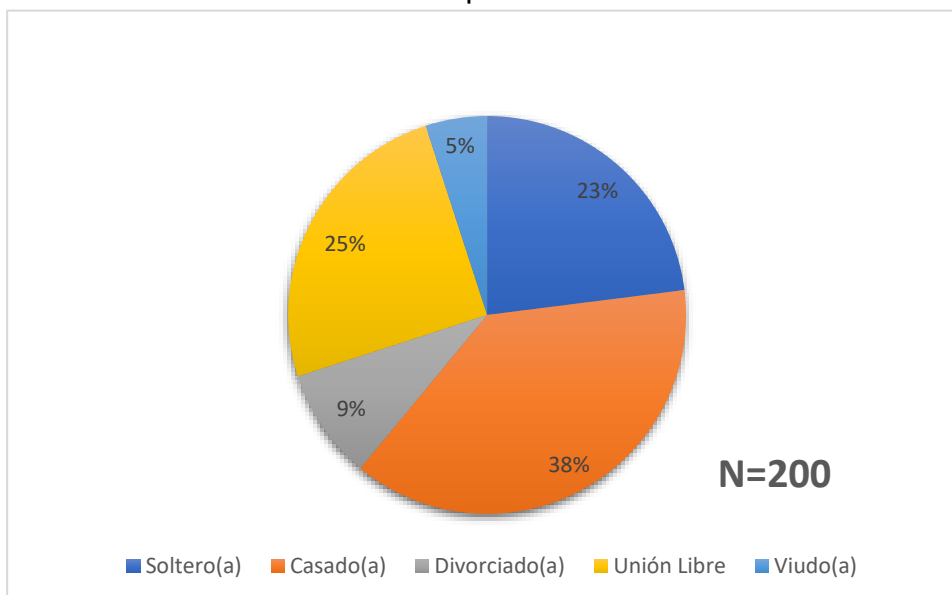
Referente a la variable turno y sexo, se encontró que en el turno matutino participaron 59 mujeres y 41 hombres, comparado con el turno vespertino, en el cual participaron 64 mujeres y 36 hombres, como se muestra en el gráfico 2. Brindando un total de 123 mujeres y 77 hombres, que corresponden a 61.5% de participantes del sexo femenino y 38.5% del sexo masculino.

Gráfico 2. Sexo de Participantes por Turno



Evaluando la variable estado civil, se encontró que 23% (46) eran solteros, 38% (76) casados, 9% (18) divorciados, 25% (50) en unión libre y 5% (10) eran viudos, como se observa en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Estado Civil de Participantes



En cuanto a la variable de escolaridad, se plasma en la tabla 2 que, el 1% de los participantes no cursó ningún grado, pero sabían leer y escribir, el 18.5% cursó primaria, el 48.5% cursó secundaria, el 24.5% cursó bachillerato, el 7% licenciatura y el 0.5% posgrado.

Tabla 2. Escolaridad de Participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	2	1.0%
Primaria	37	18.5%
Secundaria	97	48.5%
Bachillerato	49	24.5%
Licenciatura	14	7.0%
Posgrado	1	0.5%

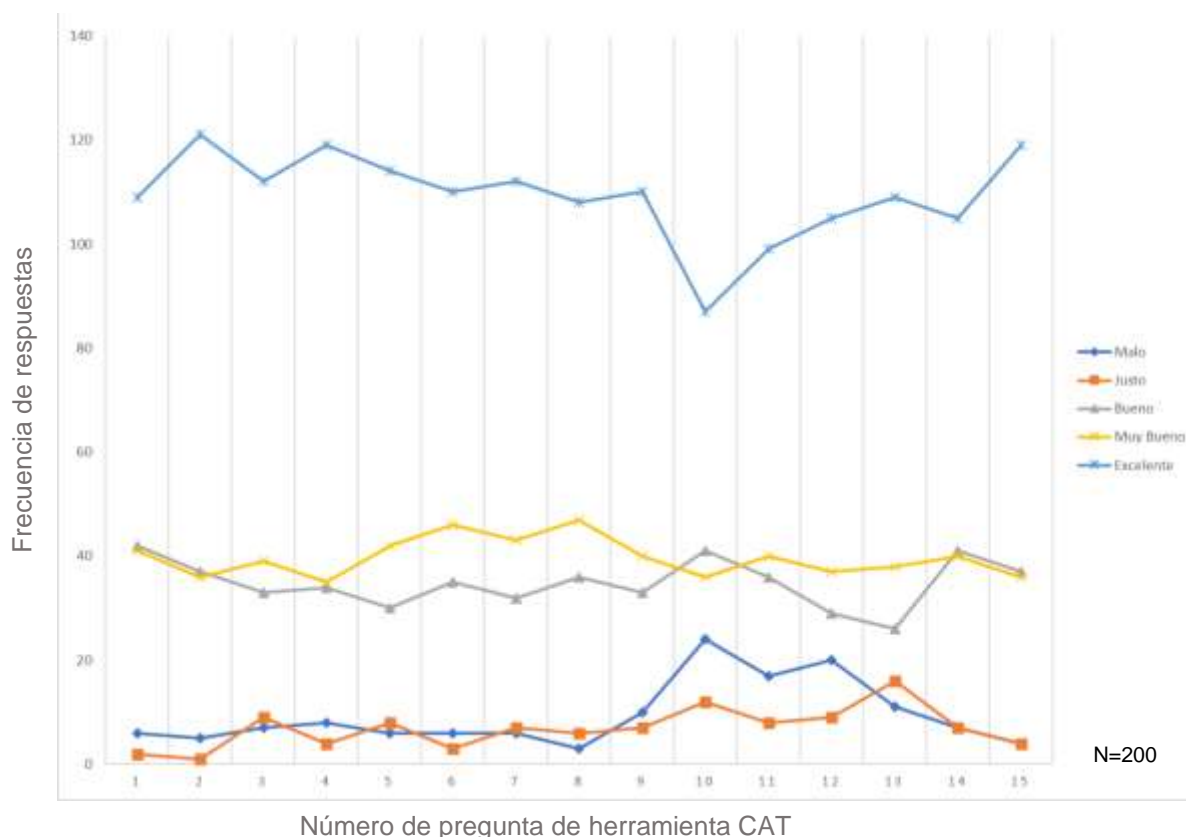
Respecto a la variable ocupación, en la tabla 3 se observa que el 0.5% de ellos eran estudiantes, el 0.5% eran desempleados, 16.5% se dedicaban al hogar, 56% obreros, 2.5% comerciantes, 5.5% técnicos, 6% profesionistas y el 12.5% eran jubilados o pensionados.

Tabla 3. Ocupación de los Participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	1	0.5%
Desempleado	1	0.5%
Hogar	33	16.5%
Obrero	112	56.0%
Comerciante	5	2.5%
Técnico	11	5.5%
Profesionista	12	6.0%
Jubilado o Pensionado	25	12.5%

Al realizar un análisis del instrumento utilizado, se pudo detectar que las preguntas 2 y 4 son las mejor ponderadas, éstas describen las preguntas “Me trató con respeto” y “Entendió mis principales preocupaciones sobre mi salud”, respectivamente. En contraste con las preguntas 10 y 11 que fueron las de menor calificación, correspondiente a las preguntas “Me animó a hacer preguntas” y “Me involucró en las decisiones tanto como quise”.

Gráfico 4. Percepción de Competencia Comunicativa por Ítem



Contestando así nuestra pregunta de investigación, el 54.6% de la población estudiada considera excelente la competencia comunicativa durante la consulta de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 27. Obteniendo dicho resultado tras la aplicación del instrumento “Communication Assessment Tool” durante el mes de septiembre del 2021.

De forma agregada, se encontró como hallazgo, que el porcentaje ponderado como excelente durante el turno matutino fue mayor que durante el turno vespertino, al obtener 59.6% como se muestra en la tabla 4.

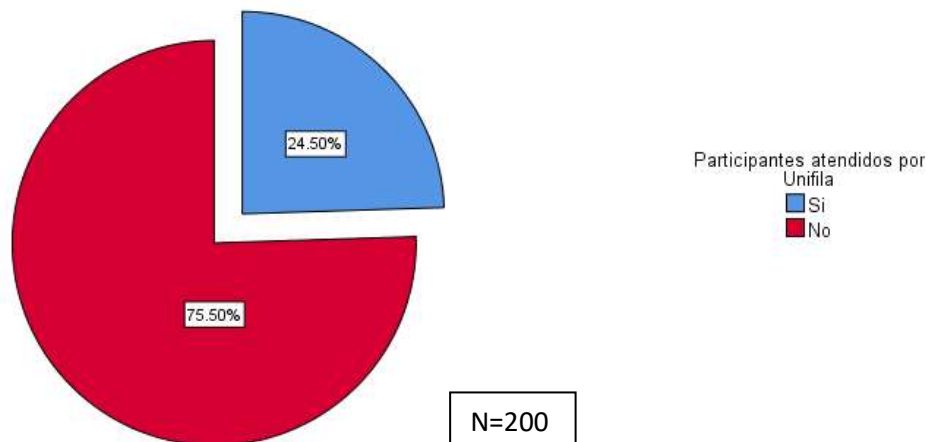
Tabla 4. Porcentaje de Respuestas Excelente acorde a Turno

TURNO	EXCELENTE
Matutino	59.6%
Vespertino	49.7%

Dentro de las observaciones importantes de este estudio, se pudo detectar que 49 (24.5%) de los participantes formaron parte del programa de Unifila, en el cual el médico

tratante no es el que normalmente atiende su estado de salud; lo cual es un hallazgo importante derivado de la calidad de la atención de los usuarios y fundamental para encontrar o detectar mejoras en la misma.

Gráfico 5. Participantes Atendidos en Unifila



Al comparar el resultado de los pacientes atendidos en el programa Unifila con los pacientes atendidos en su consultorio habitual, se identifica que en dicho programa hay sólo 35.9% de respuestas calificadas como excelente en el instrumento utilizado, en contraste con 60.7% de aquellos pacientes que no fueron parte de este programa.

Tabla 5. Porcentaje de Respuestas Excelente acorde a Unifila

UNIFILA	EXCELENTE
<i>Si</i>	35.9%
<i>No</i>	60.7%

DISCUSIÓN

La importancia de la comunicación en el ámbito de la salud es fundamental, ya que de ella depende que el médico cuente con información completa y precisa para poder realizar el cumplimiento de sus funciones.⁷

Hernández-Torres y cols mencionan el deber que tiene el médico familiar para construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente, ya que debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, requiriendo un espíritu humanista, apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos, tanto al paciente, como a la familia y al equipo de salud.³⁰ Aunado a esto, Vega-Hurtado comenta que debemos comprender que hay una gran diversidad de pacientes (por ejemplo, pacientes valientes, directos, manipuladores, ansiosos, exigentes, amables, etc.) y tenemos que adquirir el conocimiento para poder reconocerlos y relacionarnos con todos ellos.³¹

Acorde al estudio realizado por Makoul et al. en Estados Unidos, quienes aplicaron por primera vez el instrumento "Communication Assessment Test" a un grupo de pacientes de diversas especialidades, la comunicación entre médico y paciente fue calificada como excelente en un 76.3%.¹⁷ Alcanzando mejor resultado, en comparación con el presente estudio, el cual se realizó únicamente a pacientes de consulta de Medicina Familiar en UMF 27 de Tijuana, Baja California, el cual resultó con 54.6% de respuestas excelente; es decir, tuvo un menor porcentaje en la percepción.

A diferencia de Quispe y cols. en Perú, quienes aplicaron por primera vez en un país latinoamericano el instrumento CAT, y encontraron que el 12.11% de la población calificaba como excelente la competencia comunicativa en la consulta de diversas especialidades no quirúrgicas. Presentando entonces mejor percepción en México, acorde al resultado de nuestro estudio con más de 40 puntos porcentuales de diferencia. Así como en Chile, donde Armijo y cols., publicaron que al aplicar el mismo instrumento, obtuvieron un resultado de 38.07% de respuestas excelente, sin embargo este fue

aplicado durante exámenes clínicos objetivos estructurados, por lo que no se aplicó con pacientes reales.

Al comparar la investigación realizada específicamente con residentes de Medicina Familiar, por Myerholtz et al, en Estados Unidos, se observó que la percepción de la competencia comunicativa presentaba un 69.7% de respuestas excelente. Sin embargo, al comparar con nuestro estudio, se visualiza una diferencia de 15.1%, aún tratándose de la misma especialidad.

Así mismo Myerholtz et al. plasman que las preguntas mejor calificadas fueron “Me prestó atención (me miró, me escuchó con atención)”, “Me trató con respeto” y “Mostró cuidado y preocupación”, y las preguntas calificadas peor calificadas fueron "Me animó a hacer preguntas" y "Me involucró en las decisiones tanto como quise". Encontrando similitud en nuestra investigación, al coincidir totalmente en los ítems peor calificados, y de manera parcial en las mejor calificadas, concordando sólo con la pregunta “Me trató con respeto”.

Ante los hallazgos obtenidos en los resultados, se encontró diferencia entre los turnos matutino y vespertino de la unidad. Por lo que se tiene que evaluar qué factores influyen en este resultado. Debido a que los médicos deben estar igual de preparados en ambos turnos, ya que los médicos cumplen con las mismas funciones y cuentan con la misma preparación como especialistas.

Y de manera impactante, está la gran diferencia de 24.8 puntos porcentuales, entre la percepción de los pacientes que fueron atendidos en el programa de Unifila comparado con pacientes que fueron atendidos de forma habitual en su consultorio. Similar a lo encontrado por Barrón-Bernal, donde encontró que el porcentaje de satisfacción es más alto en los pacientes en el programa cita previa comparado con el programa unifila.³² Siendo que todos los médicos deben de brindar la misma calidad de atención a todo paciente, sea o no el primer contacto que se tiene con él. El rapport se debe lograr sin importar las características del paciente, debiendo impulsar dicha equidad en la consulta que se lleva día con día.

CONCLUSIÓN

En general, la relación médico–paciente no sólo se trata de una relación profesional, antes que nada es una relación humana, donde el médico está interesado en el paciente, en su salud y bienestar, por lo que debe estar basada en valores como respeto, empatía, responsabilidad, equidad, honestidad y transparencia. De ahí deriva la comunicación que sucede entre el médico y el paciente. La cual afecta no sólo al binomio dentro del consultorio, sino que tiene efecto en el entorno del paciente, en su ámbito familiar, incluso a largo plazo en el sistema de salud, ya que la comunicación es un factor clave relacionado con la satisfacción del paciente, la calidad de la atención brindada y el uso óptimo de recursos.

La competencia comunicativa en los médicos familiares de la unidad estudiada, a pesar de haber tenido un resultado mejor que el de varios países, cuenta con áreas de oportunidad para optimizar durante la consulta.

Con base en los resultados de esta investigación, encontramos que estas áreas abarcan la interacción que tiene el paciente al permitirle realizar preguntas e involucrarlo en la toma de decisiones. Ya que, en la era moderna la medicina paternalista está en desuso, es decir, el médico no debe imponerle una orden al paciente. En este caso, el médico familiar debe tener las herramientas necesarias para permitir que el paciente aclare todas sus dudas y brindarle todas las opciones disponibles para que éste se involucre en los acuerdos realizados de forma guiada durante la consulta con el fin de obtener mejores resultados en su salud. Y la mejor forma de poder lograrlo, siempre será con una mejor preparación que nos lleve a lograr la comunicación asertiva ante cualquier situación.

Por lo tanto, se puede concluir que para ser un buen médico no sólo es necesario tener conocimientos médicos, si no, debe haber un conocimiento integral que incluya el ámbito humanista como lo es el arte de la comunicación y las relaciones interpersonales.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad / Fecha	Abril 2021	Mayo – Junio 2021	Julio – Agosto 2021	Septiembre 2021	Octubre 2021	Octubre 2021	Octubre- Noviembre	Noviembre 2021
Planteamiento del Problema	xxx							
Redacción de Proyecto de Investigación		xxx						
Aprobación de Protocolo			xxx					
Recolección de Datos				xxx				
Captura de base de datos					xxx			
Análisis de Resultados						xxx		
Redacción de discusión y conclusiones							xxx	
Reporte final y presentación a sinodales								xxx

BIBLIOGRAFÍA

1. Villegas-Stellyes CE. Comunicación en el currículo médico. *MEDICINA U.P.B.* 2017; 36: 59-70
2. Trucchia SM, Olmas JM, Quiroga D, et al. Comunicación en Medicina: una nueva y necesaria alternativa curricular. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Córdoba.* 2016; 73: 212- 218
3. Blázquez-Manzano A, Feu-Molina S, Ruiz-Muñoz E, et al. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Esp Comun.* 2016; 3: 62-76
4. Bravo-López G, Jurado-Ronquillo M, Tejera-Concepción JF. La comunicación médico paciente desde el inicio del proceso de formación. *Rev. cuba. med. mil.* 2019; 48: 471-486
5. Hashim J. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician.* 2017; 95: 29-35
6. Ruiz-Moral R, Álvarez-Montero S. La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. *Educ. Med.* 2017; 18: 125-135
7. Grøndahl VA, Kirchhoff JW, Andersen KL, et al. Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital. *J Multidiscip Healthc.* 2018; 11: 591-600
8. Silva-Fhon J, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, et al. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enferm. univ.* 2015; 12: 80-87
9. Fernández-Cantón SB. La comunicación como factor contribuyente en la ocurrencia de incidentes y eventos adversos en salud. *Boletín CONAMED-OPS.* 2016; 5: 18-20
10. Parra-Mulato PA. Comunicación efectiva en la relación médico/paciente. *Boletín CONAMED-OPS.* 2016; 5: 25-29
11. Omilion-Hodges LM, Swords NM. Communication that heals: mindful communication practices from palliative care leaders. *Health Commun.* 2015; 31: 328-335

12. García-Vera EM, Robles-Rodríguez A, Villegas-Bernabé ML, et al. La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar?. *Aten Fam.* 2016; 23(2): 63-66
13. León-Pérez F, Escudero-Nahón A, Bas-Cerdá MC. Instrumentos para medir la habilidad de comunicación: una revisión sistémica. *RIDE rev. iberoam. investig. desarro. educ.* 2019; 9(18): 102-128
14. Cleries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Med* 2010; 13: 25-31
15. Klein D. Assessment of communication skills in family medicine. *Can Fam Physician.* 2015; 61: e412–e416.
16. Stausmire JM, Cashen CP, Myerholtz L, et al. Measuring General Surgery Residents' Communication Skills From the Patient's Perspective Using the Communication Assessment Tool (CAT). *Journal of Surgical Education.* 2015; 72: 108-116
17. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns.* 2007; 67: 333- 342.
18. Myerholtz L, Simons L, Felix S, et al. Using the Communication Assessment Tool in Family Medicine Residency Programs. *Fam Med.* 2010; 42:567-573
19. Flower KB, Skinner AC, Yin HS, et al. Satisfaction With Communication In Primary Care For Spanish Speaking And English-Speaking Parents. *Acad Pediatr.* 2017; 17: 416–423
20. Quispe RC, Muñoz EM, Cadillo AV, et al. Percepción de la competencia comunicativa médica durante la entrevista clínica en un hospital docente peruano: validación y aplicación de un instrumento evaluativo. *Medwave.* 2019; 19: e7705
21. Armijo-Rivera S, Behrens CC, Giaconi ME, et al. Validación de la versión en español de in instrumento de evaluación de la comunicación centrada en el paciente en OSCE. *Educ. med.* 2021.
22. Scala D, Mendito E, Fortunato M, et al. Italian translation and cultural adaptation of the communication assessment tool in an outpatient surgical clinic. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16: 163

23. Goba GK, George J, Alemayehu M, et al. Translation, Adaptation, and Assessment of the Communication Assessment Tool in Tigray, Northern Ethiopia. *J Grad Med Educ.* 2019;11(4): 141-145
24. Cubaka VK, Schriver M, Vedsted P, et al. Measuring patient-provider communication skills in Rwanda: Selection, adaptation and assessment of psychometric properties of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns.* 2018; 101(9): 1601-1610
25. Świątoniowska-Lonc N, Białoszewski A, Makoul G, et al. Translation and Cultural Adaptation of the Polish Version of the Communication Assessment Tool (CAT). *Risk Manag Healthc Policy.* 2020; 13: 1533-1542
26. McCarthy DM, Ellison EP, Venkatesh AK, et al. Emergency department team communication with the patient: the patient's perspective. *J Emerg Med.* 2013; 45(2): 262-270
27. Shaarani I, Taleb R, Antoun J. Effect of computer use on physician-patient communication using a validated instrument: Patient experience. *International Journal of Medical Informations.* 2017; 108: 152-157
28. Gosselin V, Gemme C, Dragomir AI. Evaluation of Communication Skills Among Physicians: A Systematic Review of Existing Assessment Tools. 2020; 82: 440-451
29. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. España; 23.4° ed. 2020. Consultado en: <http://www.rae.es/rae.html>
30. Hernández Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, y cols. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch. Med. Fam.* 2006; 8: 137-143
31. Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020; 58: 197-201
32. Barrón-Bernal Y. Nivel de satisfacción en la consulta médica de unifila y cita previa en los pacientes y personal de salud en una unidad de medicina familiar [Tesis de especialidad en medicina familiar]. México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2020. Recuperado a partir de: <http://ring.uaq.mx/bitstream/123456789/2759/1/MEESC-266927-0221-221-Yenith%20Barr%c3%b3n%20Bernal%20%20-A.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio: Percepción de competencia comunicativa durante la consulta de Medicina Familiar en la UMF no. 27

Lugar y fecha: Tijuana, Baja California, a ____ de _____ del 2021.

Número de registro institucional: R-2021-204-038

Justificación del estudio: La comunicación entre médico y paciente es esencial para la interacción entre ambos durante la consulta de Medicina Familiar, ya que así se logra satisfacer las necesidades del paciente que lo llevaron ahí. Al lograr una comunicación asertiva y efectiva, el resultado se verá reflejado en la salud del paciente, así como en indicadores del sistema de salud.

Objetivo del estudio: Conocer la percepción de competencia comunicativa durante la consulta de Medicina Familiar en la UMF no. 27

Procedimiento: Aplicación de instrumento CAT, por sus siglas en inglés Communication Assesment Tool, o Herramienta de Evaluación de la Comunicación, con la que se valorará la percepción de los pacientes acerca de la comunicación médico-paciente durante la consulta externa. Llevándose a cabo dentro de las instalaciones UMF 27, con pacientes que autoricen su participación en el estudio al firmar el consentimiento informado.

Posibles riesgos y molestias: Riesgo mínimo. Su participación no tendrá ningún riesgo para la salud. Sólo se le harán preguntas por medio de un cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Dar a conocer su opinión sobre la comunicación efectuada en la consulta de medicina familiar y recibir orientación sobre dudas que le aquejen referente a los servicios en la unidad.

Participación o retiro: Si usted no quiere participar, no afectará ni repercutirá de ninguna forma hacia su persona.

Privacidad y confidencialidad: La información proporcionada será confidencial, todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que sólo utilizará códigos numéricos.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la información solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la información para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando. Médico especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 98020718. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 27, Tijuana. Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Baja California. Teléfono: (664) 3298837. Correo electrónico: vanessa.bermudezv@imss.gob.mx

Investigador Principal: Dra. Hilda Jacqueline González Limón, Médico Residente adscrita a Sede de Residencia Unidad de Medicina Familiar No. 27, Matrícula: 98028317, Teléfono: (686) 215 8402, Correo: hilda.jgl@gmail.com.

Colaborador: Dra. Linda Crystal Vidal Solórzano, Médico Familiar adscrito a Consulta Externa turno Matutino en Unidad de Medicina Familiar No. 27, Matrícula 98020772. Teléfono: (664) 1231814, Correo: dralindavidal@gmail.com.

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 4º 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: comisión.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 2

Anexo 2. Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 27



“Percepción de competencia comunicativa durante la consulta de Medicina Familiar en la UMF no. 27”

Fecha			Folio del participante
DD	MM	AAAA	

Por favor conteste cada una de las preguntas de este cuestionario.

(La información que aquí consigne es de carácter confidencial)

Edad: _____ años

Sexo: Masculino / Femenino

Turno: Matutino / Vespertino

Unifila: Si / No

Estado Civil:

- a) Soltero (a)
- b) Casado (a)
- c) Divorciado (a)
- d) Unión Libre
- e) Viudo (a)

Escolaridad:

- a) Ninguna
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Bachillerato
- e) Licenciatura
- f) Posgrado

Ocupación:

- a) Estudiante
- b) Desempleado
- c) Hogar
- d) Obrero
- e) Comerciante
- f) Técnico
- g) Profesionista
- h) Jubilado o Pensionado

ANEXO 3. Instrumento de Aplicación.

Communication Assessment Tool

(Herramienta de Evaluación de la Comunicación)


La comunicación con los pacientes es una parte muy importante de la atención médica de calidad. Nos gustaría saber cómo se siente acerca de la manera en que su médico se comunicó con usted. Sus respuestas son completamente confidenciales, así que sea tan abierto y honesto como pueda. Muchas gracias.

Por favor, utilice esta escala para calificar la manera en que el médico se comunicó con usted.

Marque con una “x” su respuesta para cada ítem a continuación

	1 Mala	2 Justa	3 Bue- na	4 Muy buena	5 Exce- lente
El doctor:					
1) Me saludó de una manera que me hizo sentir cómodo.					
2) Me trató con respeto.					
3) Mostró interés en mis ideas acerca de mi salud.					
4) Entendió mis principales preocupaciones sobre mi salud.					
5) Me prestó atención (me miró, escuchó cuidadosamente).					
6) Me permitió hablar sin interrupciones.					
7) Me brindó tanta información como quise.					
8) Habló en términos que pude entender.					
9) Verificó para asegurarse que entendí todo.					
10) Me animó a hacer preguntas.					
11) Me involucró en las decisiones tanto como quise.					
12) Discutió los siguientes pasos, incluyendo los planes de seguimiento.					
13) Mostró cuidado y preocupación.					
14) Utilizó el tiempo adecuado conmigo.					
El personal del doctor:					
15) Me trató con respeto.					

ANEXO 4. Registro Institucional

 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

 **COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **204**
H. GRAL. REGIONAL, NUM. 20

Registro COFOPRES 17 CE 02 004 049
Registro CONBIDÉTICA CONBIDÉTICA 02 CES 004 2019081

FECHA Viernes, 13 de agosto de 2021

M.E. VANESSA ISELA BERMUDEZ VILLALPANDO

PRESENTE


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA COMUNICATIVA DURANTE LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2021-204-038

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Juan pablo robles noriega
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 204


Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL