

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**METODO PARA EVALUAR LA ENTREVISTA MEDICO PACIENTE  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE LOS PUESTOS DE  
SALUD DE JUTIAPA**

Estudio realizado con 18 estudiantes de EPS rural  
en el área de Jutiapa, del 1ro. de febrero a el  
31 de Agosto de 1993. Guatemala.

**T E S I S**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

**JUAN ANTONIO SALAZAR SAGASTUME**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1993.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

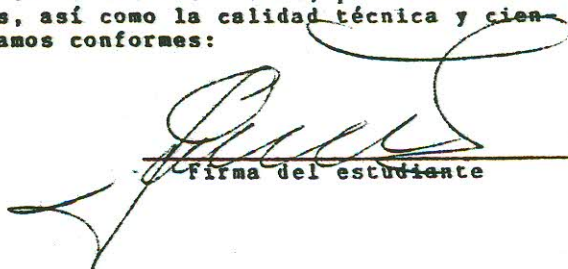
Guatemala, 10 de septiembre de 1993  
DIF-296-93

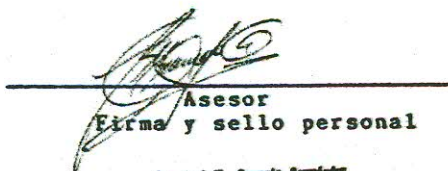
Director Unidad de Tesis  
Centro de Investigaciones de las Ciencias  
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER JUAN ANTONIO SALAZAR  
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos  
SAGASTUME Carnet No. 86-16089  
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"METODO PARA EVALUAR LA ENTREVISTA MEDICO PACIENTE EN LA CONSULTA  
EXTERNA DE LOS PUESTOS DE SALUD DE JUTIAPA"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

  
Firma del estudiante

  
Asesor  
Firma y sello personal

Dr. José E. Ordoñez Arellano  
MEDICO Y CIRUJANO  
COL. No. 678

  
Revisor  
Firma y sello  
Registro Personal 12,187

COLEGIADO 2766  
Dr. CARLOS A. DARDON VIRHER FRANK  
COLEGIADO 2766

DL  
05  
TC(7070)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E   C O N S T A R   Q U E :

El Bachiller: JUAN ANTONIO SALAZAR SAGASTUME  
Carnet Universitario No. 86-16089

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General  
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:  
"METODO PARA EVALUAR LA ENTREVISTA MEDICO PACIENTE EN LA  
CONSULTA EXTERNA DE LOS PUESTOS DE SALUD DE JUTIAPA"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente  
**ORDEN DE IMPRESION:**

Guatemala, 10 de septiembre de 1993

Dr. Edgar R. De León Barillas  
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas  
Director del Centro de Investigaciones  
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

  
Rafael Ernesto Cabrera Franco  
D E C A N O  


## I N D I C E

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
	JUSTIFICACION.....	4
III.	OBJETIVOS.....	4
IV.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
V.	METODOLOGIA.....	18
VI.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	24
VII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	29
VIII.	CONCLUSIONES.....	33
IX.	RECOMENDACIONES.....	34
X.	RESUMEN.....	35
XI.	BIBLIOGRAFIA.....	36
XII.	ANEXO.....	38

## I. INTRODUCCION

Uno de los procesos básicos que el estudiante de Medicina empieza a "aprender" y realizar conforme pasa por diferentes etapas de la Carrera es la realización de la entrevista médico-paciente.

Esta será bien realizada si adquirió los conocimientos básicos de la Entrevista, y por supuesto a esto se le unirá que tenga una actitud médica adecuada, y la colaboración del paciente sea adecuada.

Y, es en este rubro de evaluación de la Entrevista médico-paciente donde nos basamos ya que, es necesario evaluar esta área y así al obtener los resultados sea adecuada iniciar pasos concisos para mejorar o superar estas lagunas que con el tiempo, no las veremos más.

El método de evaluación de Kappa ponderado (Kw) nos permitió evaluar, 3 aspectos: 1) Técnica de la entrevista 2) Actitud del médico, 3) Actitud del paciente.

Cada inciso se evaluó con un número de preguntas contenidas en un anexo, y se les dio un punteo. Creo que cuando se realizó este trabajo, fue de mucha ayuda, y podrá ser utilizado para nuevos métodos.

## II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El consultar a un médico viene desde tiempos remotos, y el que éste inicie una entrevista, tratando de obtener la mayor información posible de este individuo, mediante preguntas relacionadas con su problema o bien con otra clase de preguntas que englobe su problema, y por supuesto complementándolo con el examen físico, y es en sí en lo que se basó este trabajo de investigación. Estamos conscientes de que estas interacciones nos hizo buscar las mejores formas y métodos cada día en pro del mejoramiento y la evaluación clínica. La metodología presentada se refirió al eslabón inicial, en nuestro medio, de la cadena de eventos que constituyen la detección y resolución de problemas clínicos, esta podrá ser evaluada y analizada, dándonos cuenta de donde hay deficiencias en la entrevista médica paciente.

El método constó de tres partes: 1) técnica de entrevista con 10 items; 2) actitudes del médico con 10 items y 3) características del paciente con 13 items, utilizando para ello el análisis no paramétrico de observaciones, índice de concordancia Kappa ponderado (Kw). Esta evaluación se pudo hacer con el documento que contenía las variables evaluadas las cuales se les dio un puntaje. Solo la evaluación integral del proceso permitió jerarquizar la importancia relativa a cada componente, en cuanto a su repercusión en los resultados

obtenidos de la atención médica. Por lo que la validez del método fue satisfactoria si tomamos en cuenta aquella medida que se refiere a los aspectos sujetos a valoración, son los más relevantes del proceso y se "cubre" la mayoría de las posibilidades de variación de las observaciones y las características son inseparable de los usuarios. (4)

Con respecto al inciso 3 donde se evalúa al paciente, vimos y evaluamos como éste, mediante la forma en que se le dio el plan educacional podrá colaborar y así tener mejores resultados en su tratamiento. En la entrevista médico paciente, como menciona Lain Entralgo (14) se distinguen dos tipos de relaciones; a) relación objetivamente, basados en los conocimientos propios de la medicina y la b) relación interpersonal propiamente; ambos tipos de relaciones se interactúan y es difícil establecer una tajante línea de demarcación entre una y otra.

El grado de reproducibilidad que alcancé la consideré satisfactorio, susceptible por supuesto de mejorar.

## JUSTIFICACION

La introducción masiva de la tecnología ha contribuido a desviar los esfuerzos de aprendizaje hacia lo teórico, cuyo corolario es debilitar y en ocasiones desplazar la destreza clínica de su lugar preponderante, en la enseñanza médica orientada esta a la resolución de los problemas de los pacientes. En la medicina actual es evidente el predominio de los aspectos terapéuticos sobre los preventivos. Se advierte igualmente un enfoque casi exclusivo sobre la enfermedad con poca consideración del padecimiento, así como la mínima importancia que se le confiere, a la situación psicosocial del paciente ( predicamentos ) en las diferentes modalidades de la intervención médica.

Un médico que no reflexiona en la entrevista médico-paciente, probablemente creará que resolver el problema de su paciente se limita a detectar lo más evidente y prescribir lo más recomendado.

El presente trabajo pretende dar a conocer que la entrevista médico paciente es necesaria para el desarrollo ulterior del que hacer clínico cuya resultante es la resolución de los problemas clínicos de los pacientes, ya que las necesidades surgen como consecuencia de los mismos teniéndolas de dos tipos a) Necesidad sentida y b) Necesidad expresada o demandada, por lo que sus objetivos captar las necesidades mediante la evaluación de la entrevista médico paciente.

..Taylor propone llamar predicamentos al conjunto de contactos, interacciones, significados y desempeños psicosociales de un individuo como resultado de sus interrelaciones con otras personas, todo lo cual podría designarse como situación psico-social.

### III. OBJETIVOS

- Valorar el método para evaluar la entrevista médico paciente en la consulta externa de los puestos de salud.
- Identificar la importancia y a la vez determinar como la entrevista médica bien estructurada nos ayudará a detectar mejor el problema clínico.
- Aplicar el método en los puestos de salud en el Departamento de Jutiapa.
- Evaluar o determinar en forma Cualitativa y cuantitativa la actitud del médico y paciente al momento de la evaluación de la entrevista médico-paciente.



#### IV. REVISION BIBLIOGRAFICA

##### ANTECEDENTES:

La clínica es un proceso complejo donde interactúan múltiples factores. Surge estrictamente en el siglo XVIII (3). El verdadero desafío en la educación, lo constituye el evaluar adecuadamente lo que aprenden los sujetos en proceso de formación observando en forma sistematizada y reproducible los distintos componentes de la aptitud clínica de los alumnos, que se manifiestan a través de diferentes destrezas necesarias para un buen trabajo médico, se describen los hallazgos de correlacionar los resultados de la evaluación de:

- 1) Las características del interrogatorio y la exploración física durante la entrevista médica (ejecución de la historia clínica);
- 2) Las características de la descripción de los datos (elaboración de la historia clínica)
- 3) Actitudes del médico
- 4) Reconocimiento del problema principal del caso y
- 5) Adecuación de las hipótesis diagnósticas planteadas.

En la ejecución de la historia clínica se desdoblaron diversas habilidades relacionadas con la sensibilización del paciente para cooperar en su estudio, seguir las prescripciones y ser un elemento activo en su propia atención por lo que, el reconocimiento del problema del paciente por parte del médico no es el único objetivo de la acción médica

en la fase de detección ni tampoco puede ser el exclusivo criterio para validar los datos u otros componentes de este proceso. (11)

La evaluación supone un juicio sobre el mérito o valor de uno o más procesos, experiencias o ideas. Las pruebas formativas o de conocimientos pueden servir de ayuda para el diagnóstico de los progresos diarios de los alumnos, revelándole donde pueden haber quedado una laguna en el aprendizaje (7). La evaluación debe orientarse primordialmente a detectar el aprendizaje de las capacidades que directa o indirectamente se relacionan con la resolución adecuada de los problemas clínicos. (4)

Evaluar es una actividad propia del ser humano desde el momento en que surge como persona inteligente en la historia de la humanidad. Se ha ido sistematizando a la par de la reflexión y el avance de las ciencias: Su definición es inherente a tres aspectos fundamentales de la filosofía.

La Epistemología que se ocupa de establecer lo que es el conocimiento, la posibilidad de alcanzarlo y la validez del mismo. El problema de la docencia es por otra parte lograr claridad en el objeto de estudio y en el sujeto que estudia, logrando encontrar los métodos que conviertan los consultorios en un laboratorio de producción de conocimientos, a la vez que logre descubrir los instrumentos más adecuados para que se de ese conocimiento. (4)

La metodología como proceso que conduce a la razón en el conocimiento de un objeto y la lógica en cuanto a las condiciones formales de la verdad como demostrativo en la relación sujeto-objeto (4)

Desde hace varios años iniciamos nuestra búsqueda de metodologías confiables y válidas orientadas a evaluar diferentes capacidades clínicas vinculadas a la detección y resolución de los problemas de los pacientes. Es un criterio generalmente aceptado que la principal utilidad de un instrumento de evaluación radica en su validez predictiva, es decir, en que medida los resultados de un examen en un grupo de personas, permiten predecir su desempeño ulterior juzgando esto último a través de criterios relevantes como por ejemplo: el tipo de logros en el trabajo, la calidad de las actividades profesionales, etc. (5,15)

Tomando en cuenta que la reproducibilidad de las metodologías utilizadas para evaluar las diferentes capacidades clínicas es suficiente, las habilidades que implica la resolución adecuada tienen que ver con el reconocimiento, discriminación, y jerarquización de indicadores clínicos y los correspondientes procesos de análisis y síntesis diagnóstica a partir de aquellas involucradas en la técnica de entrevista (obtención y reconocimiento de los síntomas, precisión semiológica y

cronológica); Las actitudes del médico (necesarias para la obtención de los datos clínicos): la técnica de exploración física (obtención y reconocimiento de los signos); la descripción de los datos (discriminación de los síntomas y signos más importantes) el análisis diagnóstico (jerarquización diferencial de cada indicador en el diagnóstico y generación de hipótesis), planteamiento de diferentes posibilidades diagnósticas sustentadas por la evidencia clínica que explican, con mayor precisión o bien menor precisión, el conjunto de los datos clínicos del caso y si se confirmó o no por estudios paraclínicos, alguna de las hipótesis planteada.

Una posible explicación de los resultados sería que el dominio y las capacidades clínicas por parte de los médicos se desarrolla en forma desigual. Por ejemplo: Alta calidad de las maniobras exploratorias y baja calidad del interrogatorio, o facilidad para describir los datos y dificultad para analizarlos etc.

Tal disparidad la hemos atribuido, en otro lugar, a la forma en que se enseña (Múltiples disciplinas aparentemente autonomizadas) y se practica (distintas especialidades sin un criterio unificador) la medicina. (11,15)

La entrevista médico-paciente incluido el interrogatorio y la exploración física es la fuente casi exclusiva de la

mayor parte de la información relativa a lo antes dicho, también en la entrevista médico-paciente depende, en gran medida, que el enfermo siga adecuadamente las recomendaciones y tratamientos. Por lo tanto una adecuada entrevista médico-paciente es un objetivo alcanzar en cualquier adiestramiento clínico, independientemente de otros objetivos. La detección de un problema clínico incluye precisar el nivel de intervención adecuada. Es tiempo de reflexionar si persistimos en aceptar y aún apoyar con nuestras acciones que el criterio para decidir. Si un estudiante es acreedor al título de médico, si un médico debe de tener acceso al postgrado o ser promovido a niveles jerárquicos superiores, se fundamenta casi con exclusividad sobre los resultados.

La carrera de medicina tiene como objetivo la formación de recursos humanos orientados a la resolución de problemas clínicos propios de la misma siendo la atención médica el conjunto de procedimientos tendientes a la prevención, rehabilitación diagnóstico, tratamiento de donde se sigue, que la principal experiencia de aprendizaje es la relación con los pacientes en la resolución de los problemas clínicos.

El trato continuo con los enfermos y su observación durante períodos de tiempo variable contribuye a:

a) sensibilizar el futuro médico en la percepción de indicadores físicos o psíquicos de mejoría o deterioro en el

estado del paciente. b) adquirir destrezas en diferentes procedimientos de diagnóstico y tratamiento, necesarias en la práctica profesional. c) conocer los efectos determinantes del medio socioeconómico en el individuo enfermo y apreciar cabalmente la repercusión del bajo nivel socioeconómico en la acción médica; con frecuencia los escasos recursos y la ignorancia resultante de aquel, impide una adecuada y precoz atención médica debido a lo avanzado de la enfermedad y a la imposibilidad de adquirir los medicamentos prescritos. El valorar el ambiente social enseña al residente que el mejor tratamiento no es aquel que se apoya exclusivamente en los más recientes descubrimientos científicos sino que el que considera además, las necesidades del enfermo y que en consecuencia se encuentra dentro de las posibilidades reales. d) ampliar y profundizar el conocimiento de la historia natural de un gran número de padecimientos cardiovasculares, endocrinológicos, gastroenterológicos hematológicos infecciosos, nefrológicos neumológicos, reumatológicos y otros, así como la modificación de este curso natural de las enfermedades a través de la acción médica e) valorar los distintos tratamientos y conocer sus indicaciones f) familiarizarse con los efectos secundarios o indeseables de los procedimientos de estudio y tratamiento de los medicamentos, en otras palabras, aprender a considerar la

iatrogenia antes de tomar cualquier determinación y g) desarrollar la capacidad de interactuar en forma consciente y efectiva en el ambiente familiar que rodea al enfermo que en no pocas veces obstaculiza las disposiciones tendientes a beneficiarlos. (10)

La resolución de un problema clínico tiene diversos niveles, grados y matices que dependen del enfoque de detección que tenga el médico acerca de los pacientes en general y de su paciente en particular. En todo paciente debe distinguirse: a) la enfermedad como modelo teórico-estadístico acerca de agrupamientos sindromáticos y/o paraclínicos con sus propios criterios de validez y verificación empírica, no se refiere a la individualidad (la úlcera péptica) b) el padecimiento como experiencia vivida y manifestación psicosocial, es la expresión misma de la individualidad (síndrome ulceroso atípico) c) la situación psicosocial que es inestable y multifactorial, se refiere al tipo de relaciones familiares, extrafamiliares, laborales, etc. que con frecuencia son determinantes en el curso de algunos padecimientos ya sea perpetuándolos o facilitando su resolución (6,9,13).

La detección del problema, condición de su resolución dependerá; a) del grado en el cual el médico distinga entre enfermedades, padecimientos y situación psicosocial, b) del desarrollo de las capacidades para obtener los indicadores clínicos (efectividad clínica) y c) de la forma de expresión

del problema enfrentado (conjunción del padecimiento y enfermedad) en cuanto a abundancia o escasez de indicadores.

La resolución propiamente dicha, incluye diversos tipos de intervenciones; prevención (primaria y secundaria), tratamiento y/o rehabilitación que depende de las características propias del problema (2).

Todo curso o programa de adiestramiento clínico debería de tener como hilo conductor, a la resolución.

"Aprendizaje es un cambio de conducta observable" en el ámbito de la medicina clínica.

1. Aprendizaje teórico

a) Es un efecto de la lectura y/o discusión de información sin confrontación práctica, lo que le confiere al aprendizaje teórico, diversos niveles y grados.

Es déferente si la lectura es escasa o profusa y si existe discusión de la información recabada.

b) Se expresa en múltiples actividades (sesiones académicas, discusión de casos supuestos, resolución de un examen teórico) donde se ejercitan diferentes niveles del manejo de información; recuerdo, comprensión, aplicación, análisis, síntesis y/o crítica.

c) Al no vincularse con la práctica se desarrolla como un fin en si mismo" culto a la información".



## 2. Aprendizaje práctico

- a) Es un efecto de la relación con el paciente, sin acopio de información pertinente al problema clínico que se enfrenta.
- b) Su expresión no es separable del aprendizaje efectivo, se manifiesta en el trato con los pacientes por la capacidad para establecer diversos tipos de relación médico/paciente.
- c) Su finalidad se ubica aunque en forma imprecisa y limitada, en el marco de la resolución de problemas.

## 3. Aprendizaje efectivo

- a) Es un efecto de vinculación de los tipos de actividades teóricas y prácticas, en la resolución de problemas.
- b) Se manifiesta en todas aquellas actividades donde se fusionan teoría y práctica en el proceso de atención médica y cuyo ejercicio desarrolla capacidades tendientes a la prevención diagnóstica, tratamiento y/o rehabilitación de los individuos amenazados, afectados e incapacitados por los padecimientos.
- c) Su finalidad específica es la resolución de problemas.

El aprendizaje efectivo es una cuestión de grado que depende de la mayor o menor correspondencia entre lo teórico y lo práctico. En la realidad clínica no ocurre aprendizaje puramente teórico o práctico, la habitual es el predominio de

un tipo de aprendizaje sobre el otro y de lo que se trata es de propiciar la mayor correspondencia posible.

De lo anterior se desprende, que aprender en medicina clínica es un complejo proceso de confrontación ininterrumpida de teoría y práctica en la resolución y para la resolución de los problemas. Todos los cambios de conducta se ubican de esta manera en su importancia relativa con respecto al aprendizaje efectivo.

Los conceptos de aprendizaje propuestos nos permiten entender varias situaciones; a) el porqué un médico puede tener un brillante desempeño en una discusión anatomoclínica y una limitada e ineficaz actuación ante un paciente con problemas relacionados al contenido de dicha discusión (predominio de aprendizaje teórico). b) como un individuo puede establecer una adecuada relación médico/paciente y no percatarse de indicadores de gravedad en el enfermo (como predominio del aprendizaje práctico); c) por qué un alumno puede ser excepcional en exámenes escritos (predominio de aprendizaje teórico) y mediocre al enfrentar problemas clínicos reales. (13)

En un sistema docente orientado a la atención médica existen condiciones que facilitan u obstaculizan el aprendizaje efectivo los cuales se dan a continuación.

1. Condiciones para el ejercicio adecuado de la práctica.

## a) Factores Objetivos:

tiempo disponible para la detección y resolución de problemas clínicos.

## b) Factores Subjetivos:

- Capacidades manuales e intelectuales del personal médico para la detección y resolución de problemas clínicos.

## 2. Condiciones para la lectura y discusión, de la información relacionada a los problemas clínicos.

## a) Factores objetivos:

- Disponibilidad de fuentes de información en calidad y cantidad.
- Disponibilidad de tiempo para la lectura y discusión de información.

## b) Factores Subjetivos:

- Motivación e interés en la búsqueda y discusión de información.
- Capacidad para la búsqueda y discusión de la información relacionada. (1)

De lo anterior se derivan dos condiciones esenciales para el aprendizaje efectivo.

- a) Una proporción adecuada de número de paciente día/médico que constituye la limitante del tiempo que puede dedicarse a cada caso (teoría-práctica).

- b) Ciertas características del personal médico en cuanto a motivaciones, actitudes, intereses, y capacidades mínimas necesarias para la vinculación adecuada de teoría y práctica. Esto último es función de la selección de candidatos a integrar un sistema de atención médica.

Existen cinco (5) capacidades que llamaré primarias sin las cuales el aprendizaje efectivo es limitado..

1. Capacidad para discriminar dentro de un problema clínico, la enfermedad, el padecimiento, y la situación psicosocial.
2. Capacidad para reconocer que la resolución de los problemas clínicos es la experiencia fundamental de aprendizaje.
3. Capacidad para desarrollar una actitud crítica ante su propio trabajo y el de los demás.
4. Capacidad para introyectar en los alumnos o compañeros de grados inferiores, la primacía de la experiencia básica (relación con el paciente) sobre las experiencias secundarias de aprendizaje.
5. Capacidad de reconocer en los pacientes la fuente y el objetivo mediato o inmediato de toda investigación; lo que no significa pasar por alto que se trata de personas y no meros objetos de experimentación.

Obsérvese que aquí capacidad no es una conducta simple, descriptiva, sino un proceso complejo, en movimiento, que incluya actitudes, motivaciones, intereses y una determinada concepción los cuales se expresan a través de diversos tipos de actividades.

Dichas actividades desarrollan las competencias intelectuales en la comprensión, aplicación, análisis, síntesis y crítica de la información. Del grado en el cual estas actividades se lleven a cabo dependerá la calidad (mejor selección en base a discusión y crítica) y la cantidad de información que puede vincularse con la práctica clínica. Lo anterior proporcionó mayor o menor aprendizaje efectivo con la consecuente repercusión en el proceso de atención médica.

Las actividades de investigación representan la única vía de obtención de información original. Estas actividades además de su importancia para otros síntomas de atención médica son el recurso principal para hacer que la información corresponda realmente a la práctica.

## V. METODOLOGIA

### A. TIPO DE ESTUDIO:

1. En relación a la profundidad. Descriptivo
2. En relación al grado de control de variables. No experimental
3. De acuerdo en la forma en que se recoge la información. Documento Evaluativo
4. De acuerdo a la ubicación de los datos del tiempo. Prospectivo
5. De acuerdo a los propósitos. Aplicativo

### B. SUJETO DE ESTUDIO:

El estudio de Epistemología y reproducibilidad de un método para evaluar la entrevista médico/paciente se llevó a cabo con 18 médicos que se encontraban desarrollando el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural en la consulta externa de los puestos de salud, candidatos que deben de llenar una historia clínica completa a un paciente de nuevo ingreso en dicho lugar.

### C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó la muestra al azar simple tomando el departamento de Jutiapa quien contaba con un número de 15 EPS Rurales distribuidos en diferentes lugares del área.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Médicos en su Ejercicio Profesional Supervisado Rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, pacientes que consultan por primera vez al puesto de salud.

E. CRITERIOS DE EXCLUSION:

Médicos en su Ejercicio Profesional Supervisado Rural pero que tienen pendiente el ejercicio Profesional Supervisado Hospitalario, pacientes que consultan por segunda vez o por reconsulta de su misma enfermedad.

F. VARIABLES A ESTUDIAR:

- \* Técnica de la entrevista
- \* Actitudes del Médico
- \* Actitudes del Paciente

G. RECURSOS:

1. MATERIALES:

- a. Método (instrumento de recolección de datos)
- b. Equipo de oficina

2. FISICOS:

- a. Puesto de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b. Clínica de consulta externa.

3. HUMANOS:

- a. Investigador

- b. Personal del Puesto de Salud
- c. Médicos en EPS Rural.

#### H. ASPECTOS ETICOS:

La investigación se justifica ya que los resultados benefician directamente a los sujetos que participan en el estudio y estos beneficios servirán a otros sujetos en el futuro, a la comunidad y al conocimiento de la ciencia de la Salud.

Los sujetos que participan en el estudio tienen el derecho de decidir de participar, seguir en el o retirarse cuando el lo considere conveniente por los observadores que tendrá el médico, ya que no hay consecuencias y no hay implicación alguna, por lo tanto no presenta ningún riesgo para los pacientes.

#### I. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

- a. Se realizó la entrevista estructurada orientada a definir las actitudes del médico y las características del paciente.
- b. Se aplicó el método de Kappa ponderado, y que contiene las variables descritas.
- c. Se efectuó el estudio en los puestos de salud del área de Jutiapa.
- d. Los médicos en EPS Rural efectuaron sus historias clínicas, se les observó y cada dato obtenido se

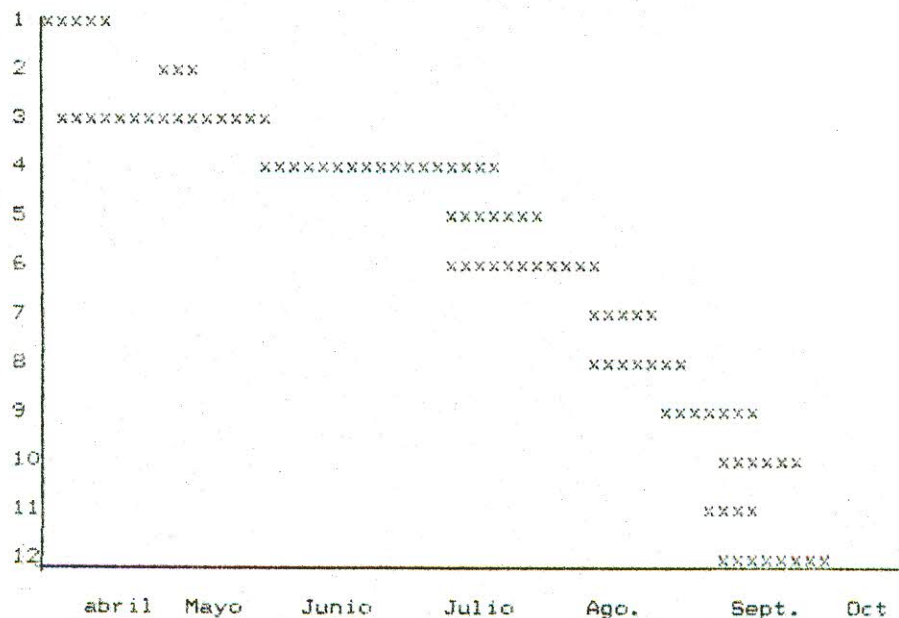


registró debidamente en el método elaborado y se verificó antes de proceder a revisar otra historia clínica, para evitar omisiones y/o errores.

### J. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se realizó en los Puestos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del departamento de Jutiapa, los datos fueron recopilados personalmente por el investigador quien a su vez los tabuló y los resultados los analizó e interpretó estadísticamente.

GRAFICA DE GANTT



#### ACTIVIDADES

1. Selección del tema de investigación
2. Elección de asesor y revisión.

3. Recopilación del material bibliográfico
4. Elaboración del anteproyecto
5. Aprobación del proyecto por el asesor y revisor Comité de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.
6. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información.
7. Procesamiento de los datos.
8. Análisis y discusión de los resultados.
9. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen
10. Presentación del Informe Final.
11. Aprobación del informe final
12. Impresión del informe final y trámites administrativos.

## VI. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Los datos se recopilaron, luego fueron tabulados y presentados en cuadros estadísticos, para valorar la variación interobservador del método se utilizó el índice de concordancia de Kappa ponderado (Kw), específicamente diseñado para el análisis paramétrico de observaciones que implican diversos grados o calificaciones. Se aplicó en cada inciso; la técnica de entrevista, las actitudes del médico, las actitudes del paciente.

El índice de Kappa (Kw) tiene la siguiente ventaja, sobre los otros coeficientes de concordancia: discrimina entre grados de concordancia y compara lo observado con lo esperado al azar. Se establecieron los siguientes valores arbitrarios para las cuatro variantes diferentes de conductas posibles: A=3, B=2, C=1, D=0. En esta forma se podrá tener un índice promedio para cada inciso (suma de los valores obtenidos en cada observación/número de observaciones realizadas) mismo que se llevó a la escala 0-10, y en adelante se le llamara calificaciones.

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

De las 33 conductas potencialmente valorables Ver (anexos 1,2,3,), por las circunstancias propias de la entrevista y ciertas peculiaridades de los pacientes no fueron evaluables, la parte 3 de la técnica de entrevista: en este caso, más de la mitad los médicos observados no hicieron uso de las preguntas alternativas o equivalentes por lo que no podían obtenerse conclusiones sobre la variación interobservador. Los incisos 8,9 y 10 de las actitudes del médico, tampoco permitieron ver u obtener conclusiones debido a que la mayoría de los pacientes no requirieron de ayudas o aclaraciones por parte del médico y fueron ampliamente cooperadores.

Finalmente el inciso 13 de las características del paciente tampoco fue evaluable ya que el médico tenía instrucciones de no hacer prescripciones.

El total de médicos y pacientes evaluados bajo las características descritas fue de 18.

## RESULTADOS

TABLA 1

## INDICES DE CONCORDANCIA OBTENIDOS PARA CADA

CONDUCTA EN CADA APARTADO.

INCISO	TECNICA DE ENTREVISTA	INCISO	ACTITUDES DEL MEDICO	INCISO	CARAC. DEL PACIENTE
1	0.62	1	0.69	1	0.89
2	0.41	2	0.59	2	0.83
3	NE	3	1.00	3	0.61
4	0.56	4	0.63	4	0.66
5	0.46	5	0.80	5	1.00
6	0.69	6	0.24	6	1.00
7	0.40	7	0.70	7	1.00
8	0.58	8		8	1.00
9	1.00			9	0.34
10	0.60			10	1.00
				11	0.49
				12	1.00
				13	NE
$\bar{X}$	0.57	$\bar{X}$	0.66	$\bar{X}$	0.81

...Sobre un total de 18 observaciones para cada conducta considerada.

Los límites de variación son: -1.0 a 1.0 y la significación estadística aparece a nivel de 0.42.

Obsérvese que en la técnica de entrevista las conductas 2

y 7 tienen un valor inferior a 0.42 nivel en el cual aparece significación estadística ( $p < 0.01$ ). En cuanto a las actitudes del médico solo el inciso 6 tuvo un valor no significativo (0.24) y globalmente el instrumento tuvo una concordancia de 0.66. Finalmente en lo que se refiere a las características del paciente, la conducta 9 mostró una concordancia de 0.34 y en promedio, el índice Kappa fue de 0.81.

En la tabla 2 aparecen las calificaciones obtenidas por el grupo estudiado en cada conducta evaluada. Es de hacer notar que 2/3 de los incisos de la técnica de entrevista tuvieron una calificación inferior a 7.0 a diferencia de lo que ocurrió en las actitudes del médico y las características del paciente. Tomando en cuenta que la calificación global promedio de la técnica de entrevista es sensiblemente menor que la obtenida en las actitudes.

TABLA 2  
CALIFICACIONES DEL GRUPO ESTUDIADO EN  
CADA CONDUCTA.

INCISO	TECNICA DE ENTREVISTA	INCISO	ACTITUDES DEL MEDICO	INCISO	CARAC. DEL PACIENTE
1	5.6	1	8.0	1	7.6
2	8.0	2	6.6	2	8.3
3	NE	3	10.0	3	4.3
4	6.6	4	7.0	4	4.6
5	6.3	5	6.6	5	10.0
6	5.0	6	8.6	6	10.0
7	5.6	7	9.0	7	10.0
8	7.3	8		8	10.0
9	9.6	9		9	9.3
10	6.3			10	10.0
				11	8.6
				12	10.0
				13	NE
$\bar{x}$	6.6	$\bar{x}$	8.0	$\bar{x}$	8.3

. Promedio de 16 observaciones.  
Límites de variación; 0-10



## VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

### Técnica de la Entrevista:

Como se aprecia en la tabla 1, la concordancia promedio fue de 0.57 lo que revela un grado satisfactorio de reproductibilidad del método sin embargo, en los incisos 2 y 7 la concordancia no alcanzó el límite de significación estadística 1 (0.42) y aquí es necesario advertir que ambas conductas tienen un denominador común: el criterio del evaluador es lo fundamental para la apreciación (ver anexo 1 y anexo 4 en lo correspondiente a la técnica de entrevista). En el resto de las conductas evaluadas se proporcionan mayores indicadores independientemente contrastables, que disminuyen el peso de la subjetividad en la valoración. Para mejorar aún más, la reproductibilidad (concordancia) de la técnica de entrevista, será necesario modificar los incisos con menor concordancia ya sea descomponiéndolos en conductas más simples, buscar criterios de valoración hasta cierto punto independientes del observador o ambos procedimientos a la vez. Lo anterior demuestra como no basta con describir conductas con precisión y aclarar su utilización como un instructivo, ni aún discutir ampliamente cada inciso, solo la prueba empírica de su utilidad nos permite identificar los aspectos deficientes del método para emprender su corrección.

Considero que los 10 comportamientos incluidos en la técnica de entrevista son los más relevantes ya que cubren los

distintos aspectos de un interrogatorio adecuado y técnicamente riguroso lo cual, le confiere al médico, suficiente validez de contenido. Lo que requiere mejorarse aún es su concordancia (reproducibilidad). En esta metodología no se incluyen otros aspectos relacionados con la cantidad de las preguntas o con la calidad de la exploración física que se evalúan a través de otros instrumentos que no son motivo de la presente investigación.

#### TABLA 2:

En la tabla se observa que las calificaciones en la técnica de entrevista del grupo estudiado son menores que para las actitudes, ello indica que existe un menor dominio de la técnica de entrevista por parte de los estudiantes médicos candidatos a graduarse este hecho en nuestra experiencia, es un fenómeno generalizado.

Es común observar estas diferencias en los egresados de la licenciatura de medicina independientemente de la escuela de donde procedan.

#### Actitudes del Médico:

En lo que se refiere al médico sus actitudes, tanto la concordancia como las calificaciones fueron superiores a la técnica de entrevista. En cuanto a lo primero es un hallazgo que habíamos observado previamente y nuestra explicación se sustenta en dos aspectos a) la mayoría de los procedimientos

son de menor complejidad que en la técnica de entrevista y b) la valoración se basa predominantemente en criterios independientes de juicio del evaluador, salvo el inciso 6 que el fue de menor concordancia de todo el método y que contiene además, instrucciones que resultaron complicadas al llevar a cabo el estudio. El mayor nivel de calificaciones indica que o bien, los candidatos tienen un mayor dominio de este aspecto de la entrevista; o muy probablemente, que al saberse evaluados se esforzaron al máximo en un buen trato hacia el paciente. Un hecho que refuerza lo anterior es que las calificaciones fueron bajas en los comportamientos que se relacionan más con experiencias, que con una motivación momentánea: los incisos 2,4 y 5 (ver anexo 2) son los más bajos en este apartado también el 8, el 9 y el 10, arrojaron calificaciones bajas sólo que en número insuficiente para obtener conclusiones válidas y por lo tanto aparecen como no evaluables.

#### Características del paciente:

La principal razón de evaluar a los pacientes radica en la necesidad de apreciar el grado de dificultad de la entrevista: nótese que las conductas consideradas son sólo aquellas estrechamente relacionados con la entrevista. Este aparato resultó ser la parte del método con mayor reproducibilidad (concordancia). Esto se debe probablemente

también, a que es precisamente este aspecto el que conlleva menor número de conductas o apreciaciones complejas. Dadas las particularidades de la facultad de Medicina la alta calificación de los pacientes indica su elevada disposición a cooperar con el médico. Debido a que la entrevista no incluyó prescripciones terapéuticas, el inciso 13 fue no evaluable.

Puede llamar la atención que para las características del paciente no hubiere instructivo, la razón es que con anterioridad este aspecto había exhibido poca variación y no es necesario.

### VIII. CONCLUSIONES

1. En el presente trabajo se presentó un método el cual nos hace ver la importancia que tiene el evaluar la relación médico paciente y el grado de reproducibilidad alcanzado lo considero satisfactorio, susceptible por supuesto de mejorar.
2. La metodología presentada se refiere a un proceso que nos evalúe la cadena de eventos en la relación médico-paciente y nos ayuda a detectar las deficiencias que el médico presenta en la obtención de la información clínica.
3. En conclusión considero que la validez del método es satisfactoria si tomamos en cuenta que aquella se refiere a la medida en la cual los aspectos sujetos a valoración son los más relevantes del proceso y se cubren la mayoría de las posibilidades de variación de las observaciones.
4. Los datos obtenidos en este trabajo nos demuestra aún en los niveles superiores de la Carrera de Medicina, (llámese superiores, a médico, EPS,) se encuentran deficiencias en la obtención de información clínica sobre un paciente, por parte del médico y que aún en sus actitudes hacia los pacientes hay un abismo entre ellos, no proporciona la confianza adecuada para llegar a tener un mejor resultado de la Relación Médico Paciente y así llegar a prestar un mejor servicio a éste.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Ya que no se trata de un método cuyo uso sea independiente de las condiciones donde se aplique. No es recomendable su extrapolación tácita sin recorrer el camino de la propia experiencia en las condiciones concretas de cada programa, institución. No obstante lo anterior si de lo que se trata es de conocer indicadores de la calidad de la atención médica, el método que se decida utilizar deberá profundizar todo lo que sea posible conciliando la dualidad contradictoria validez-reproducibilidad.
2. Que sean realizadas más investigaciones e implementación de métodos para evaluación de la relación médico-paciente. Y que incluya un mayor margen de variables, para obtener más información de este proceso.
3. Recomiendo que desde los primeros años de estudio en la Facultad de Medicina se haga más hincapié en el estudiante sobre la importancia que tiene la interfase médico paciente, para que este supere de una mejor manera las barreras, presentadas en su desenvolvimiento ante un paciente.
4. Recomiendo realizar Seminarios evaluativos sobre la relación Médico Paciente, el cual nos ayudará a mejorar más, y nos inducirá a utilizar mejores métodos para la obtención de información clínica.

## X. RESUMEN

El presente trabajo de Investigación titulado "Método para evaluar la entrevista médico-paciente en la consulta externo de los puestos de salud de Jutiapa, fue realizado en colaboración con los 18 estudiantes de EPS Rural en el área de Jutiapa en el cual se les pasó un documento el cual tiene 3 variables a evaluar, analizar e interpretar, las cuales son: 1) Técnica de la Entrevista, 2) Actitud del Médico, 3) Actitud del Paciente. Esta evaluación se llevó a cabo por medio del Análisis no Parámetros de Observaciones, Índice de Concordancia Kappa Ponderado Kw.

Llegando a obtener como Resultado, que no hay dominio de la técnica de la Entrevista por parte de los alumnos médicos, pronto a graduarse, en cuanto a las otras variables tuvieron punteo alto, como lo que se observó en la actitud del médico, lo cual responde a que las variables a evaluar fueron fáciles, o que el médico EPS se esforzó en realizarla bien, al verse que estaba siendo evaluado y finalmente se presenta el inciso 3) Actitud del paciente en el cual tuvo más punteo por el grado de facilidad que este presenta.

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. Bloom, B.: Taxonomía de los objetivos de la educación.  
El ateneo, Buenos Aires 1971.
2. Freisntein, A.: Clinical Judgment. R.E. Krieger. Pub.  
Co. New York, 1976, p. 231.
3. Foucault, M.: El nacimiento de la clínica, Siglo XXI  
México, 1975, p. 84.
4. Gramajo G. José María, (epistemología y reproductibilidad  
de un método para evaluar la entrevista médico  
paciente, en la enseñanza aprendizaje, anteproyecto  
de tesis para maestría 1993.
5. Gronlound, N.E.: Medición y evaluación en la enseñanza  
ED. pax, México, 1973, p. 85.
6. Martínez. C.F.: Consulta Médica y Entrevista Clínica  
Med. del Hombre en su totalidad, México, 1973, p. 39  
y 55.
7. Nelson. Clarence M. Mediciones y evaluaciones en el  
Aula, Edit. Kapeluz S.A. Argentina 1971 pág. 143.
8. Sistematización de la enseñanza, especificación de  
objetivos Vol 1 y 2. Comisión de nuevos métodos de  
enseñanza, UNAM México, 1975.
9. Taylor, D.C The components of sickness: Diseases,  
illnesses, and predivaments. Lancets, II 1008, 1979.



10. Viniegra, L.: Características de la docencia en el instituto nacional de la nutrición, REV, invest. clin Mex. 28, 201, 205, 1976.
11. Viniegra, L.: La historia clínica como instrumento de enseñanza aprendizaje, Rev. Invest. Clin. Mex. 31, 181 1979.
12. Viniegra, L.: La importancia de las modalidades de la relación médico paciente en los sistemas de atención médica Rev. Invest. Clin. Méx. 31,239, 1979.
13. Viniegra, L. Lineamientos básicos de un plan general para recursos de especialización médica en disciplinas clínicas Rev. Invest. clin. Mex. 33, 75 1981.
14. Viniegra, L. Que significa la resolución de un problema clínico? Rev. Invest. Clin. Mex. 33: 351-159, 1981.
15. Viniegra L. Falta de validez predictiva de los exámenes teóricos Rev. Invest. clin. Mex. 33, 413-417. 1981.

## XII. ANEXO 4

**INSTRUCTIVO PARA EL EMPLEO DE LA HOJA DE EVALUACION  
DE LA ENTREVISTA.**

Tanto en la técnica de entrevista, como en las actitudes del médico y en las características del paciente existen 4 grados (A, B, C, D, ). El evaluador no debe basarse en sus propias características personales sino en las definiciones operacionales de la hoja de registro. De manera general la letra A debe marcarse cuando el médico o el paciente a lo largo de la entrevista se comporte de acuerdo a la definición de la columna de la izquierda; marcará la letra D cuando la conducta del médico o del paciente a través de la entrevista corresponda a la definición de la columna de la derecha; marcará la letra B cuando la conducta de la izquierda predomine sobre la conducta de la derecha y la letra C en caso contrario. A continuación, para algunos incisos se proporcionan instrucciones específicas acerca de los cuatro tipos de conducta y aparece entre paréntesis el criterio cuantitativo para cada una de las conductas en orden de secuencia. La alternativa no evaluable (NE) debe marcarse cuando no exista a criterio del observador o evaluador suficientes elementos de juicio o dudas importantes de interpretación que no se hubiesen discutido con anterioridad.

## INSTRUCCIONES (Técnica de Entrevista)

1. El empleo de vocablos técnicos debe restringirse al interrogatorio de antecedentes con un máximo de 3, si se utilizan más de 3 en dicho apartado o se emplean en el padecimiento actual y/o aparatos y sistemas se considerará uso excesivo. El empleo frecuente (D) se considera cuando exista un exceso de 3 o más vocablos técnicos (A=0, B=1, C=2, D=3)
2. Todas las preguntas deben de ser claras y directas a juicio del observador (A), la conducta D significa que todas las preguntas formuladas no fueron claras.
3. Solo en caso de que las preguntas claras no sean comprendidas por el paciente o bien, que la obtención del dato por su importancia, requiera de más elementos de análisis se considerarán necesarias las preguntas equivalentes de lo contrario no será evaluable. La conducta A significa que en todas las situaciones arriba señaladas se emplearon preguntas equivalentes, lo opuesto es la conducta D.
4. Los titubeos se manifiestan en silencios prolongados, en la falta de firmeza de las preguntas, de las explicaciones, en el empleo de preguntas irrelevantes, etc. La conducta D significa que

prácticamente en todos los apartados de la entrevista hubo titubeos; la conducta A es la situación opuesta.

5. La sugerencia debe emplearse cuando aumente la validez del dato obtenido (sugerencias negativas) para obtener un dato positivo o viceversa o en caso en que el paciente tiende a contestar afirmativamente a la mayoría de las preguntas y sea importante detectarlo. Fuera de estos casos la sugerencia no es pertinente. Sugerencia exclusivamente pertinente es la conducta A, predominio de las sugerencias pertinentes sobre las no pertinentes es conducta B. predominio de las sugerencias no pertinentes sobre las pertinentes C, puras sugerencias no pertinentes D.
6. Se considerarán reiteraciones innecesarias a las preguntas que formuladas previamente se repiten ante un paciente que es preciso y no contradictorio en sus contestaciones (A=0, B=1-2, C=3-4, D=5)
7. La conducta A significa que ante un paciente que no logra precisar su problema, se evidencia la facilidad para reconocer dentro de los datos inconexos los verdaderamente importantes y se profundizan en sus

análisis o bien, cuando se cuenta con los indicadores principales y se analizan adecuadamente en el tiempo, el espacio y la situación. Lo opuesto es la conducta D.

8. La conducta A significa que al terminar de interrogar ciertos detalles necesarios en la comprensión del problema, se reinicie el tema central también se refiere a que, ante un paciente que se aparta del tema central y es prolijo, se logra reubicarlo en el tema no analizado aún completamente, lo opuesto es a conducta D.
9. Lo más importante es que las maniobras exploratorias no provoquen ciertas reacciones (dolor) que impidan saber si el signo es dolor o real, si esta situación ocurre 3 o más ocasiones se marcará la D A=0, B=1, C=2, D=3.
10. El orden se refiere tanto a la secuencia de los apartados del interrogatorio y la exploración física como a la sucesión de cada uno. Lo más importante será la sucesión interna del padecimiento actual, del interrogatorio por aparatos y sistemas y de la exploración física. Se considerará desorden (D) cuando se pierda la secuencia del (os) evento (s) analizándolo (s) en 5 o más ocasiones ( A=0, B=1-2, C=3-4, D=5).

## INSTRUCCIONES ( ACTITUDES )

Los puntos 1 y 2 no requieren explicación

3. El contacto visual debe hacerse cuando el médico se dirige al paciente y durante las respuestas más significativas del paciente (relacionadas con el problema o de índole personal).
4. El tema no médicos se incluyen asuntos acerca del sitio de residencia, viajes, lecturas. Aficiones, aspectos del trabajo, etc. Propiciarlos es preguntar específicamente por ellos 3 o más se considera conducta A ( A=3, B=2, C=1, D=0)
5. Los temas personales se refieren a la situación anímica del individuo; en si mismo; en su ambiente familiar, su trabajo, sus expectativas, etc. Las preguntas directas sobre aspectos de la personalidad también se considerarán propiciatorias, 5 o más preguntas sobre estos temas es conducta A ( A=5, B=4-3, C=2-1, D=0).
6. En este punto se considerará que el entrevistado permite la libre expresión cuando el paciente habla

espontáneamente y se trata de conocer las circunstancias del inicio del padecimiento, sus efectos en el paciente, sus allegados y la evolución. Se considerará propicia la libre expresión en las condiciones arriba señaladas cuando estimule al paciente que no lo hace en forma espontánea. Conducta A es propiciar o permitir sin exceso la libre expresión según el caso. Conducta B es propiciar o permitir mínimamente. Conducta D es no permitir ni propiciar.

7. No requiere explicación.
8. Cuando el paciente no recuerda o duda, proporcionarle ciertos datos o sugerirle que no se angustie, que se tranquilice, tantas veces cuantas sea necesarias, es facilitar las respuestas (conducta A). Lo opuesto es la conducta D. Si el paciente titubea este aspecto es no evaluable)
9. Si el paciente es impreciso, el propiciarle aclaraciones o explicaciones de los datos relacionados con el problema principal siempre que sea necesario (conducta A), puede elevar la precisión; lo opuesto es conducta D. Si el paciente es preciso, será no evaluable.

10. En casos de que el paciente se resista a contestar ciertas preguntas o a que se le realicen ciertas maniobras exploratorias es necesario hacerle entender persuasivamente, cuantas veces se requiera (conducta A), la importancia de su colaboración. Lo opuesto es la conducta D. Si el paciente colabora, será no evaluable.



CUADRO 1

APTITUD CLINICA		A	B	C	D	TECNICA DE ENTREVISTA
NE	1	Ausencia de vocabulario técnico				Uso frecuente de vocabulario técnico
NE	2	Usa pregunta clara				Las preguntas no son claras
NE	3	Emplea preguntas alternativas o equivalentes cuando son necesarias				No emplea preguntas alternativas o equivalentes cuando son necesarias.
NE	4	No muestra titubeos en su actuación				Su actuación es titubeante.
NE	5	Emplea la sugerencia cuando es pertinente				Emplea la sugerencia cuando no es pertinente
NE	6	No reitera innecesariamente				Frecuentes reiteraciones innecesarias
NE	7	Facilidad para seguir indicadores o claves del problema principal				Dificultad para seguir indicadores o claves del problema principal.
NE	8	Las maniobras exploratorias se realizan con delicadeza				Dificultad para mantener al paciente dentro de la cuestión principal.
NE	9	Orden en su desempeño				Las maniobras exploratorias se realizan con brusquedad.
NE	10					Desorden en su desempeño
		A	B	C	D	

A N E X O 2

APTITUD CLINICA		A	B	C	D	ACTITUDES
NE	1	Saluda amablemente al paciente				No saluda amablemente al paciente
NE	2	Da una introducción pertinente y adecuada				No da una introducción pertinente o es inadecuada.
NE	3	Usa apropiadamente el contacto visual				Evita el contacto visual o lo utiliza excesivamente.
NE	4	Propicia temas no médicos				Evita temas no médicos
NE	5	Propicia temas personales				Evita temas personales.
NE	6	Permite la libre expresión del paciente cuando es pertinente				No permite la libre expresión del paciente cuando es pertinente o lo hace con exceso.
NE	7	No apresura al paciente a responde				Apresura al paciente a responder
NE	8	Facilita las respuestas ante lo titubeos y dudas del enfermo.				No facilita las respuestas ante los titubeos y dudas del enfermo.
NE	9	Da explicaciones o aclaraciones pertinentes que aumentan la precisión de los datos obtenidos.				No da explicaciones o aclaraciones pertinentes que aumentan la precisión de los datos obtenidos.
NE	10	Frecuentemente intenta la persuasión ante las resistencias del paciente				No intenta la persuasión ante las resistencias del paciente.
		A	B	C	D	

CUADRO 3

		A	B	C	D	CARACTERISTICAS DEL PACIENTE
NE	1	Conciso				Verborreico
NE	2	Precisión en las contestaciones				Imprecisión en las contestaciones
NE	3	Alto nivel cultural				Bajo nivel cultural
NE	4	Alto nivel intelectual				Bajo nivel intelectual
NE	5	Sin limitaciones orgánicas que dificulten el interrogatorio				Graves limitaciones orgánicas que dificultan el interrogatorio.
NE	6	Sin limitaciones orgánicas que dificulten la exploración física.				Graves limitaciones orgánicas que dificultan la exploración física.
NE	7	No evita temas personales				Evita temas personales
NE	8	Disposición a contestar				Renuente a contestar
NE	9	No se aparta del tema interrogado				Frecuentemente se aparta del tema interrogado
NE	10	No se contradice				Se contradice frecuentemente
NE	11	No tiende a contestar afirmativamente				Tiende a contestar afirmativamente a todas las preguntas.
NE	12	Sin resistencias a las maniobras de exploración				Frecuentemente resistencias a las maniobras de exploración física.
NE	13	Presta atención a las recomendaciones y/o explicaciones				No presta atención a las recomendaciones y/o explicaciones.
		A	B	C	D	