

**Jose María Gramajo Garméndez**

**"EPISTEMOLOGIA Y REPRODUCIBILIDAD DE UN  
METODO PARA EVALUAR LA ENTREVISTA MEDICO  
PACIENTE EN LA ENSEÑANZA APRENDIZAJE".**

**Asesor: Lic. M.A. Luis Alberto Della Sera H.**



**Universidad de San Carlos de Guatemala  
FACULTAD DE HUMANIDADES  
Maestría en Docencia Universitaria**

**Guatemala, Octubre de 1994.**

**PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central**

DL

07

T(S20)

Este trabajo fue presentado por el autor como trabajo de Tesis, requisito previo a su graduación de Maestría en Docencia Universitaria.

Guatemala, octubre de 1994.

## INDICE

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <u>INTRODUCCION</u> ..... | 1 |
|---------------------------|---|

### CAPITULO 1

#### MARCO CONCEPTUAL DEL PROBLEMA

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| A. Antecedentes.....               | 3 |
| B. Justificación.....              | 4 |
| C. Determinación del Problema..... | 5 |
| 1. Definición.....                 | 5 |
| 2. Alcances y Límites.....         | 5 |

### CAPITULO II

#### MARCO TEORICO

|  |    |
|--|----|
| 1. Trabajo Clínico.....                  | 6  |
| 2. Entrevista Médico Paciente.....       | 8  |
| 3. Epistemología.....                    | 9  |
| a. Validez.....                          | 10 |
| 4. Proceso de Enseñanza Aprendizaje..... | 10 |
| 5. Evaluación.....                       | 15 |
| 6. Diferencial Semántico.....            | 16 |

### CAPITULO III

#### MARCO METODOLOGICO

|   |    |
|---|----|
| A. Objetivos Generales.....                       | 18 |
| B. Objetivos Específicos de la Investigación..... | 18 |
| C. Definición de las Variables.....               | 19 |
| D. Población y Muestra.....                       | 22 |
| E. Tipo de Investigación.....                     | 25 |
| F. Instrumento.....                               | 25 |
| 1. Confiabilidad.....                             | 26 |
| G. Procedimiento.....                             | 27 |
| H. Modelo Estadístico.....                        | 28 |

#### CAPITULO IV

|    |   |    |
|----|---|----|
| A. | Presentación de Resultados .....                              | 30 |
| 1. | Tabla con los índices de concordancia para cada conducta..... | 31 |
| 2. | Tabla con las calificaciones obtenidas en cada conducta.....  | 32 |

#### CAPITULO V

|    |   |    |
|----|---|----|
| A. | Análisis y Discusión de Resultados..... | 33 |
| 1. | Técnica de Entrevista.....              | 33 |
| 2. | Actitudes del Médico.....               | 34 |
| 3. | Características del Paciente.....       | 35 |

#### CAPITULO VI

|    |                      |    |
|----|----------------------|----|
| A. | Conclusiones.....    | 36 |
| B. | Recomendaciones..... | 38 |

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <u>BIBLIOGRAFIA</u> ..... | 39 |
|---------------------------|----|

|                    |    |
|--------------------|----|
| <u>ANEXO</u> ..... | 42 |
|--------------------|----|

|    |   |    |
|----|---|----|
| A. | Método (Instrumento de recolección de datos)..... | 42 |
| 1. | Técnica de Entrevista.....                        | 42 |
| 2. | Actitudes del Médico.....                         | 42 |
| 3. | Características del Paciente.....                 | 43 |
| B. | Definición Operacional.....                       | 44 |
| 1. | Técnica de Entrevista.....                        | 44 |
| 2. | Actitudes del Médico.....                         | 45 |
| 3. | Características del Paciente.....                 | 46 |

## INTRODUCCIÓN

Durante la formación como Master en Docencia Universitaria, de quien presento este trabajo, se discutió en todos los cursos el tema de los problemas que enfrenta el estudiante en educación superior. Habitualmente, la imagen que se tiene del médico es la de un hombre de ciencia; sin embargo, en la clasificación bibliotecológica del sistema decimal de Dewey, la Medicina aparece situada entre las artes y oficios.

Con frecuencia, el clínico debe decidir sobre la base de datos limitados o incompletos y, por lo general, se ve presionado por el tiempo. Se enfrenta a todo tipo de decisiones: terapéuticas, diagnósticas, ¿qué haremos, qué diremos, cómo actuaremos?

Inevitablemente, en el proceso de la toma de decisiones intervienen muchos factores, ya que siempre existe el elemento representado por la relación emocional entre el paciente y el médico. El clínico debe identificar y tratar de interpretar esos factores. Ha de aprender a conocerse a sí mismo y saber por qué actúa de tal o cual modo; debe aprender a conocer a sus pacientes y descubrir la razón por la cual se comporta de determinada manera. Por último, y muy importante, tiene que llegar a interpretar el proceso de su propia tarea, la "anatomía y fisiología" del proceso de toma de decisiones.

La entrevista del profesional como variable independiente repercute directamente sobre su rendimiento académico al igual que la medicina, es tanto un arte como una ciencia. Su conducción eficaz reclama una destreza cuyo dominio no se adquiere en los libros, sino a través de la experiencia en el consultorio. Con él, se estará seguro de que la historia clínica es completa, aunque nadie podrá enseñarle cómo efectuar las preguntas; esto debe descubrirlo por sí mismo.

En su papel de médico tienen varios objetivos fundamentales durante la entrevista, que incluye la motivación del paciente para lograr su comunicación, el control de la interacción y la medición del significado de las respuestas.

Siendo la entrevista médico paciente una variable no estudiada en el medio, deduciendo que dicha variable repercute sobre toda la actividad académica del médico y teniendo la necesidad de mejorar el sistema académico en la Facultad de Ciencias Médicas, el autor del presente trabajo de Tesis se motivó para cerrar sus estudios de especialidad en Docencia Universitaria, efectuando un estudio preliminar donde se analiza la entrevista médico paciente en la enseñanza aprendizaje, en los estudiantes que se encuentran en su Ejercicio Profesional Supervisado Rural en el que finalizan su formación en la citada Facultad.

Este trabajo está orientado a elevar la calidad de la formación científica básica, del carácter y de la personalidad de los futuros profesionales, en el entendimiento de que esos atributos serán perdurables y les permitirán continuar su preparación durante toda su

vida ya que la tendencia actual en educación médica, ante la avalancha de conocimientos y los aportes de la tecnología, que han hecho de la medicina una empresa multidisciplinaria y muy completa, es preservar su condición de servicio al hombre y a la comunidad y adaptar sus objetivos a las necesidades de salud de la población, para finalmente proponer una serie de conjeturas sujetas nuevamente a exploración que puedan explicar la relación entre la entrevista médico paciente y la actividad académica en esta Facultad de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El presente informe de investigación está conformado por cuatro capítulos. El primer capítulo se inicia con el marco conceptual, seguido por el segundo capítulo que es el marco teórico reseña histórica de la epistemología de un método para evaluar la entrevista médico paciente en la enseñanza aprendizaje.

El tercer capítulo se presenta el marco metodológico que representa el proceso fundamental del trabajo realizado, aquí se detalla el problema de investigación, los objetivos generales derivados de tales problemas, las definiciones conceptuales de las variables utilizadas, la población y la muestra sujeta a estudio, el instrumento que sirvió para recolectar la información indicándose su confiabilidad; el procedimiento que se siguió para desarrollar ordenadamente el trabajo y el modelo estadístico que se usó para analizar los datos.

El cuarto capítulo está destinado al resultado de la investigación, los cuales están presentados por medio de cuadros a través de las tablas los índices de concordancia de Kappa.

Y en el último capítulo aparece la discusión de los resultados, las conclusiones a las que se llegó luego de concluir el trabajo, para finalizar con las recomendaciones que se constituyen en uno de los apartados más importantes de la investigación.

También se incluye la bibliografía consultada al final del trabajo, y se anexa una copia del instrumento utilizado y su operacionalización.

## CAPITULO I

### MARCO CONCEPTUAL

#### A. ANTECEDENTES:

La Facultad de Ciencias Médicas inició el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural, en 1967, siendo la práctica de dos meses de duración, por la proyección de salud comunitaria, estudiantes y profesores plantearon ante las autoridades respectivas que el tiempo dedicado a esta práctica era insuficiente para alcanzar mejores objetivos, consolidando el Programa a seis meses el primero de febrero de 1974, por lo que se tiene desde entonces, en el último año de la carrera de medicina (6º año), al estudiante en los puestos de salud de las comunidades del país, período comprendido del 1º de febrero al 31 de julio y del 1º de agosto al 31 de enero, tomando en cuenta que la población estudiantil por promoción en este último año la mitad de ellos inicia con hospitalario, la otra mitad inicia con rural, en el primer semestre del año, en el segundo semestre, los que terminaron con la práctica rural inician hospitalario etc. (31)

En la enseñanza médica como en otras áreas de la educación formal, los recursos de evaluación se han orientado casi con exclusividad al aprendizaje teórico y para comprobarlo, basta reflexionar sobre la forma y el contenido de las evaluaciones con importancia curricular: la aprobación de una disciplina, el examen profesional, el examen para tener acceso al postgrado, las diversas evaluaciones para poder realizar entrenamiento del pregrado, etc.

Se pretende conocer en forma sistematizada los distintos eventos que conducen a la detección y resolución de los problemas clínicos. Es precisamente la entrevista médico paciente un evento decisivo, válido y reproducible de lo que consideró el inicio para una adecuada destreza clínica, cuya resultante es la resolución de los problemas clínicos de los pacientes.

En la actualidad en el pregrado de medicina, se utiliza la ficha del método de weed, donde se encuentra plasmado datos generales, motivo de consulta, historia de la enfermedad, revisión por sistemas, examen físico, plan diagnóstico, plan terapéutico, no existiendo un método ni sistema para realizar la entrevista médico paciente lo que va en merma la información útil que a través de esta puede conseguir.

B. JUSTIFICACION:

Por lo tanto 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 a la destreza clínica, de su lugar preponderante en la enseñanza de medicina orientada 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)<sup>1</sup>, en las diferentes modalidades de la intervención médica.

Lo que es preciso lograr la formación de un profesional de la medicina pertinente a las características que el país requiere, para hacer frente a los problemas de atención de la salud, ya que el hombre es un ser eminentemente social, que se congrega en familias, ciudades y naciones, necesita vitalmente de la comunicación interhumana. De todas las artes y oficios, es la profesión médica la que más necesita de la comunicación ya que a través de ella logra su entrevista con los pacientes para el logro de los objetivos.

Por lo que es necesario en todo sistema educativo, el formar individuos útiles a la sociedad, capaces de analizar, resolver problemas, cuestionar y crear métodos confiables para las entrevistas.

Por lo que se requiere de un médico que reflexione en la entrevista médico paciente, que de lo contrario probablemente creerá que resolver el problema de su paciente se limita a detectar lo más evidente y prescribir lo más recomendado.

Por lo tanto en el presente trabajo de investigación es importante conocer que la entrevista médico paciente es necesario para el desarrollo ulterior del quehacer, cuya resultante es la resolución de los problemas clínicos de los pacientes.

---

<sup>1</sup>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 psicosocial.



C. DETERMINACION DEL PROBLEMA:

Este trabajo enfoca la búsqueda de un método confiable para evaluar la entrevista médico paciente, conociendo la importancia que reviste esta interfase en la atención médica.

1. DEFINICION DEL PROBLEMA:

A través de esta investigación se trata de resolver el siguiente problema:

Es necesario establecer un método válido y confiable para evaluar la entrevista médico paciente en el proceso de enseñanza aprendizaje.

La entrevista médico paciente es el período de intercambio de una conversación, cuando comienza a moldearse la futura relación durante el cual se preguntará sobre la historia, antecedentes, así como el examen físico sobre la queja principal, lo que redundará en un diagnóstico exacto y si es necesario en un plan razonable de tratamiento.

Tomando en consideración que el médico cuenta con la ventaja de confrontarse con hechos no modificables por teoría propia del paciente o por enfermedades imaginarias es este el proceso de atención médica el que tiene como propósito cardinal, la resolución de problemas clínicos, de su práctica cotidiana donde enfrenta gran diversidad de situaciones de tal índole, por lo que debe de adoptar una actitud más alerta para detectar cualquier respingo que indique una molestia, que el método de interrogatorio debe ser lento y deliberado y su actitud debe transmitir un interés verdadero de lo que el paciente dice.

2. ALCANCES Y LIMITES:

- A. Ambito Geográfico: Alumnos de medicina que se encuentran realizando su práctica en puestos de salud del Departamento de Jutiapa.
- B. Ambito Institucional: Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- C. Ambito Personal: Alumnos de ambos sexos del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural, Fase III, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- D. Ambito Temporal: Los alumnos de promoción y los incorporados (repitentes, que se incorporan al sexto año y extranjeros) en el segundo semestre de 1993 (19 de agosto de 1993 al 31 de enero de 1994), del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

El mundo actual demanda de nuestras instituciones mayor eficiencia y capacidad de adaptación y, para esto, requiere una mejor comprensión del papel del estudiante como individuo y de su responsabilidad en el aprendizaje (9).

#### 1. TRABAJO CLINICO:

La clínica es un complejo proceso donde interactúan múltiples factores. Surge estrictamente en el siglo XVIII (11). El verdadero desafío en la educación, lo constituye el evaluar adecuadamente lo que aprenden los sujetos en procesos 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 por que son necesarias para un buen trabajo médico. Se describen en el paciente los hallazgos de correlacionar los resultados de la evaluación física:

- a) las características del interrogatorio y la exploración física durante la entrevista médica (ejecución de la historia clínica);
- b) las características de la descripción de los datos (elaboración de la historia clínica);
- c) las actitudes del médico;
- d) el reconocimiento del problema principal del caso y
- e) la adecuación de las hipótesis diagnósticas planteadas.

En la ejecución de la historia clínica se despliegan 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 criterio exclusivo para validar los otros componentes de este proceso (26).

La carrera de medicina tienen 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.

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

- a) sensibilizar al futuro médico en la percepción de indicadores físicos o psíquicos de mejoría o deterioro en el estado del paciente;
- b) adquirir destreza 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 económico social en la efectividad de la acción médica; con frecuencia los escasos recursos y la ignorancia resultante de aquél, impide una

adecuada y precoz atención médica debido a lo avanzado de la enfermedad o a la imposibilidad de adquirir los medicamentos prescritos.

El valor, el ambiente que el mejor tratamiento no es aquél que se apoya exclusivamente en los más recientes descubrimientos científicos, sino el que considera además, las necesidades del enfermo y que en consecuencia, se encuentra dentro de sus posibilidades reales;

- d) ampliar y profundizar el conocimiento de la historia natural de un gran número de padecimientos cardiovasculares, 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 tipos de tratamiento y conocer sus indicaciones;
- f) familiarizarse con los efectos secundarios o indeseables de los procedimientos de estudio y tratamiento y 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 ocasiones obstaculiza las disposiciones tendientes a beneficiarlo (25).

La detección del problema, condición de su resolución, dependerá:

- a) del grado en el cual el médico distinga entre enfermedad, padecimiento 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 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 (el síndrome ulceroso atípico) y
- b) 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 (18,24,28).

La resolución propiamente dicha, incluye diversos tipos de intervenciones: prevención (primaria o secundaria), tratamiento y/o rehabilitación que dependen de las características propias del problema (8).

Una posible explicación en la resolución de los problemas clínicos sería el dominio de 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 (26).

## 2. ENTREVISTA MEDICO PACIENTE:

En la entrevista médico paciente, como menciona Lain Entralgo (28,32), se distinguen dos tipos de relaciones: a) relación objetivante, basada en los conocimientos propios de la medicina y b) relación interpersonal propiamente; ambos tipos de relaciones interactúan y es difícil establecer una tajante línea de demarcación entre una y otra.

El médico y el paciente comparten un vocabulario mutuo. En la primera fase de la entrevista deberá evaluar la inteligencia, el medio ambiente, la experiencia y la educación del paciente, como factor importante para proceder de acuerdo con ello. Formulando las preguntas en lenguaje comprensible aumenta la posibilidad de una respuesta coherente. Además está comunicando algo de gran importancia para el paciente, es decir, que el médico es capaz de comprender su situación y su experiencia, ya que por lo general, el paciente es motivado por el deseo de aliviar sus síntomas, fuerza muy positiva que da buenos resultados. El mayor inconveniente intrínseco es el temor a las consecuencias de su enfermedad, factor conflictivo que lo convierte en un relator poco digno de confianza.

La entrevista, al igual que la medicina, es tanto un arte como una ciencia (5).  
Entrevista: reunión de contacto directo entre educador y educando, habitualmente fuera del período de clase. Puede emplearse por medio de evaluación o de exploración. Como parte del proceso de orientación, posibilita una mejor comprensión del crecimiento del educando y de los obstáculos que encuentra en el logro de sus propósitos (30).

En la entrevista el médico debe elegir con cuidado las palabras para poder ser comprendido. El método de su interrogatorio debe ser lento y deliberado, y su actitud debe transmitir un interés verdadero por lo que el paciente dice. Si bien la observación de la conducta constituye una parte esencial, en los niños no está en condiciones de obtener las respuestas verbales que tanto valor adquieren en el paciente adulto (21).

Durante la entrevista inicial, tanto la historia como el examen físico deben complementarse entre sí como parte de un conjunto que se inicia con la primera conversación y al final el médico deberá sentirse satisfecho de haber respondido preguntas específicas: ¿La queja principal está relacionada con determinada órgano y el diagnóstico explica dicha queja? ¿Existen diferencias entre los síntomas y los hallazgos, y si los hay, qué medidas deben seguirse para descartar un problema psicosomático? ¿El diagnóstico es suficientemente específico como para poder instituir el tratamiento sin retraso? ¿El problema es agudo o crónico? ¿Se trata de un proceso que requiere o no cirugía inmediata, una enfermedad no quirúrgica que se presenta como un abdomen agudo o una afección crónica exacerbada que simula un abdomen agudo? ¿Cuál es el diagnóstico diferencial? etc., el médico debe persuadir a todo paciente

de que su total cooperación redundará en un diagnóstico exacto y si es necesario, en un plan razonable de tratamiento (5).

La elección de las palabras desempeña papel fundamental, pues la palabra "tocar", en el caso de las mamas o los ovarios, puede despertar imágenes de explotación sexual, lo cual no ocurre, por lo general, con el término "palpar". El médico debe ser diligente y cortés a fin de ganar la confianza de los pacientes y estos a su vez hablarán y responderán sin temor a las preguntas (21).

La entrevista médico paciente que incluye el interrogatorio y la exploración es la fuente, casi exclusiva, de la mayor parte de la información relativa a lo antes dicho también, de la entrevista médico paciente depende, en gran medida, de que el enfermo siga adecuadamente las recomendaciones y tratamientos. Por lo tanto, una adecuada entrevista médico paciente es un objetivo a alcanzar en cualquier adiestramiento clínico, independientemente de otros objetivos. La detección de un problema clínico incluye precisar el nivel de intervención adecuada.

El abordaje del método de solución de problemas, que en algunas escuelas de medicina y otras plantea como principales características las siguientes:

- a) La integración de la investigación, el servicio y la docencia.
- b) La articulación de la atención primaria con la atención integral.
- c) La subordinación de la teoría a la práctica.
- d) La ubicación de la enseñanza en situaciones reales.
- e) La formación de diversos tipos de personas.
- f) La modificación de los espacios físicos y equipos tradicionales.

Este abordaje se establece como fundamental la idea de la integración de la teoría con la práctica, del aprendizaje basado en la realidad (además de la enseñanza libresco, que en otros modelos es la que se presenta con exclusividad o se privilegia), así como de los servicios referidos a las necesidades verdaderas de la población que debe ser atendida (14).

Desde hace varios años se han iniciado 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 juzgado esto último a través de criterios relevantes como por ejemplo: el tipo de logros en el trabajo, la calidad de las actividades profesionales, etc. (12).

### 3. EPISTEMOLOGIA:

La epistemología 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 en los consultorios en un laboratorio de producción de conocimientos, a la vez que logre descubrir los instrumentos más adecuados para que se dé ese conocimiento (23).

## A. VALIDEZ:

Para efectuar medidas es preciso disponer de instrumentos que respondan a ciertas cualidades, con el fin de que los resultados puedan significar alguna cosa para el propio docente, la institución, el estudiante y la sociedad. Entre las cualidades principales de todo instrumento son esenciales cuatro: la Validez, la fiabilidad ("fidelidad, constancia con la cual un instrumento mide una variable dada"), la objetividad ("grado de concordancia entre los juicios aportados por examinadores independientes y competentes, sobre lo que constituye una buena respuesta para cada uno de los elementos de un instrumento de medida") y la comodidad, pero en definitiva contribuyen más o menos a las de validez y fiabilidad.

"VALIDEZ". "Es el grado de precisión con que la prueba utilizada mide verdaderamente aquello por lo que fue diseñado como instrumento de medida" (32).

"VALIDEZ. El grado de precisión con el que el instrumento mide lo que tiene por objeto medir" (32).

Los resultados obtenidos de la entrevista médico paciente son muy válidos para la identificación del proceso de Enseñanza Aprendizaje. Dentro de la validez tenemos: de contenido y de predicción. La primera responde a las preguntas que se quiere medir, mediante una revisión colectiva y atenta. La segunda da el valor que tienen los resultados para predecir las actuaciones de los estudiantes.

Dentro de las cualidades del instrumento tuve presente la **pertinencia**: que es el grado de respeto de los criterios establecidos en la selección de las preguntas para que estén de acuerdo con los fines del instrumento.

Ebel demuestra que "para ser válido un instrumento de medida debe ser a la vez pertinente". Según los comentarios de Ebel "el concepto de pertinencia corresponde, más o menos, al de validez de contenido. Por definición, una pregunta es pertinente si coopera a la validez del instrumento" (32).

Para la evaluación la cualidad primordial es la **validez**.

## 4. PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE:

El proceso de enseñanza aprendizaje constituye un proceso, porque la instrucción no puede ser un hecho aislado o estático, sino una continua actividad paralela a la vida misma.

Proceso, porque hoy día no existen conocimientos definitivos ni estables, pues continuamente se hace necesario reconocer, actualizar y dar vigencia continua y sistemática al conocimiento inicialmente adquirido (14,30,33).

En el proceso de enseñanza-aprendizaje, la práctica ha mostrado que frecuentemente el alumno tiende a aprender mejor aquello que va dirigido hacia la evaluación de lo que plantean los objetivos educacionales formales (14).

Se considerará como educación al proceso por el cual se capacita el individuo (como miembro de una sociedad) para entender la vida y actuar de acuerdo con los valores escogidos, así como plantear las estrategias ante una tarea que va a acometer. El adiestramiento o entrenamiento será entendido como el proceso encaminado al dominio de habilidades rutinarias establecidas previamente, siguiendo normas o reglas. Currículum se entenderá como tal al proceso en sí y los resultados de las interrelaciones de los elementos y acciones que se efectúan en el proceso de la educación formal (14).

Proceso, ir hacia adelante, indica el Diccionario. En el proceso de enseñanza aprendizaje todo se encuentra en interacción y cambio. Están en interjuego sus agentes, sus medios, su contenido, su contexto interno y externo, sus apoyos y hasta sus obstáculos.

El proceso de enseñanza se puede investigar además de ser susceptible de ser planificado y organizado, de manera que la investigación oriente la planificación, y ésta se convierta a su vez en fuente de investigación. Como fuente de investigación y como objeto de planificación y práctica, el proceso de enseñanza aprendizaje tiene una caracterización social y una historicidad determinada, ante lo cual surge la necesidad de hacer recortes en tiempo y espacio cuando de alguna manera se intenta incidir en él.

Los nuevos postulados doctrinales en la formación del futuro médico se pueden resumir en los siguiente puntos, que señalan sólo la tendencia predominante (20):

- a) Acentuación de la formación básica científica, familiarizando precozmente al estudiante de medicina con el método científico y su aplicación a la solución de los problemas de salud, en el seno de la comunidad y en los individuos.
- b) Contacto cada vez más precoz con los enfermos. Estudio de la patología clínica y de la semiología, a través del examen de enfermos, hecho bajo la guía de sus preceptores.
- c) Estudio integral del hombre y, en especial, de sus aspectos psicológicos, antropológicos y sociales.
- d) Integración de la enseñanza. La integración de la enseñanza a lo largo del plan de estudios y entre las asignaturas de cada curso ha adquirido singular importancia. Gradual y progresivamente se ha ido considerando indispensable el establecimiento de una estrecha vinculación interdisciplinaria, por medio de proyectos de investigación o estudios combinados, en los que participan profesores y estudiantes de ramas científicas fundamentales, preclínicas y clínicas.

En cuanto a la relación maestro alumno se pueden distinguir cuatro modelos imperantes; el modelo llamado tradicional se basa en que el centro del proceso descansa en el maestro. El maestro es activo, los alumnos pasivos; el maestro organiza y decide, los alumnos ejecutan; el maestro enseña, los alumnos aprenden. El maestro se concibió como un administrador de experiencias de aprendizaje y, el alumno, como el que decidía acerca de sus propias necesidades. La enseñanza individualizada y multimedios son características de este modelo. Otro modelo es el de los grupos en situaciones de aprendizaje o aprendizaje

"grupal". Aprender es acumular conocimientos y repetir a semejanza lo enseñado por el profesor (20).

Sobre el modelo relativo al aprendizaje colectivo Bleger (1977) dice: "El proceso de aprendizaje funciona como una verdadera mayéutica no en el sentido de que todo consiste en sacar de cada uno lo que ya él tiene dentro de sí, sino en tanto el grupo crea sus objetivos y descubrimientos mediante una activación de lo que en cada ser humano hay de riqueza y experiencia aun por el simple y mero hecho de vivir".

Aprendizaje es la interiorización de pautas de conducta mediante la transformación de las estructuras cognoscitivas, como resultado de la interacción con el medio ambiente.

Ausubel (1969) define la estructura cognoscitiva como "el conjunto de hechos, definiciones, proposiciones, conceptos, etc., almacenados [...] de una manera organizada, estable y clara". Para las aproximaciones cuantitativas lo que importa es cuánto aprende el alumno, qué aprende el alumno (20).

### 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 diferente 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 sí mismo ("culto a la información")

### 2. Aprendizaje práctico:

- a) Es un efecto de la relación con el paciente, sin el 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 dos 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, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de los individuos afectados o 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, aprendizaje puramente teórico o práctico, lo 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 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 por qué 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 del aprendizaje teórico).
- b) Cómo un individuo puede establecer una adecuada relación médico/paciente y no percatarse de indicadores de gravedad en el enfermo (predominio del aprendizaje práctico) y
- c) Por qué un alumno puede ser excepcional en exámenes escritos (predominio del aprendizaje teórico) y mediocre al enfrentar problemas clínicos reales (27).

En un sistema docente orientado a la atención médica existen condiciones que facilitan u obstaculizan el aprendizaje efectivo:

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

b) Factores subjetivos.

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

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

- a) Una proporción adecuada de número de pacientes/día/médico que constituye la limitante del tiempo que puede dedicarse a cada caso (teoría y 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 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 a 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 incluye 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 con base en discusión y crítica) y la cantidad de información que pueda vincularse con la práctica clínica. Lo anterior proporcionará mayor o menor aprendizaje efectivo con la consecuente repercusión en el proceso de atención médica.

Las actividades de investigación representan la única vía para la obtención de información original. Estas actividades, además de su importancia para otros sistemas de atención médica, son el recurso principal para hacer que la información corresponda realmente a la práctica (28).

La calidad académica lograda en las instituciones educativas no alcanzan los niveles esperados y ambas se han convertido en problemas que exigen una resolución inmediata. Los problemas educacionales se han reconocido como motivo de preocupación y han sido atacados de manera más o menos metódica por una sola vertiente que es la de la enseñanza (20).

Al hacer se aprende haciendo, nadie puede aprender por uno, sino uno mismo, el estudiante tiene por fundamental tarea estudiar y, finalmente, la búsqueda de mejores métodos docentes es una aspiración y un deber permanente (22).

## 5. EVALUACION:

La evaluación es una función técnica, sistemática y permanente, que permite a través de diversos procedimientos, establecer el grado de eficiencia con que el sistema educativo cumple con sus objetivos generales y específicos. Comprende tanto al educando como al docente, a la escuela, autoridades, legislación, política educativa, métodos y procedimientos, currícula, planeamiento y programación.

La evaluación es un proceso que acompaña al desarrollo educativo a fin de determinar si se produce o no aproximación al logro de los objetivos.

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 procesos diarios de los alumnos, revelándole dónde pueden haber quedado una laguna en el aprendizaje (18). La evaluación debe orientarse primordialmente a detectar el aprendizaje de las capacidades que directa o indirectamente se relaciona con la resolución adecuada de los problemas clínicos (5).

Evaluación como lo expresa Víctor López Cámara es "el proceso de interpretación y explicación en el cual se busca una amplia base de información que emerge del trabajo diario (del currículum); el propósito de la evaluación es informar a quienes toman las decisiones, abriendo un amplio campo para la crítica y el juicio razonable".

La evaluación se ha considerado como la contrastación de lo que se ha propuesto como procedimientos y propósitos, con lo realmente efectuado durante su operación (14).

Para Bloom, la evaluación es un sistema de control de calidad que permita determinar en cada etapa del proceso de enseñanza aprendizaje, si él es eficaz o no y, si no lo es, qué cambios deben efectuarse para asegurar su eficacia antes que sea demasiado tarde.

La evaluación clínica ha sido de manera eficaz para que, principalmente en el modelo de enseñanza por materias (o tradicional), a través de sus aspectos pedagógicos y epistemológicos, se refuerce la reproducción de un modelo dominante (14).

Una forma de evaluar en esta investigación, la entrevista médico paciente, es el método descrito por Osgood el que consta de varias escalas escogidas y de conceptos que deben evaluarse siendo este:

## 6. DIFERENCIAL SEMANTICO:

El diferencial semántico es un método para observar y evaluar el significado psicológico de los conceptos. Aunque cada persona ve las cosas en forma un poco diferente, a veces muy diferente, todos los conceptos tienen algún núcleo común de significado (13).

Osgood fue quien inventó el diferencial semántico, conocido desde entonces con las siglas DS, con el propósito de medir los significados connotativos de los conceptos como puntos de lo que llamó "espacio semántico".

El diferencial semántico (DS) consta de varias escalas escogidas entre muchísimas para un determinado propósito de investigación, y de los conceptos que deben evaluarse de ellas; se fundan las escalas: Evaluación, Potencia, Actividad (13).

Cuando se emplea el diferencial semántico en la investigación, el primer paso consiste en seleccionar los conceptos u otros estímulos que se evaluarán mediante los adjetivos bipolares. Por ejemplo si estudiamos la manera en que los maestros perciben el ambiente educacional, recurriremos a conceptos como: ESCUELA, ALUMNO, ENSEÑANZA, DIRECTOR, DISCIPLINA.

El formato de los instrumentos del diferencial semántico es sencillo. Aunque hay formularios más complicados, en el esquema que aparece en la parte inferior se ilustra uno que es eficaz.

### ESCUELA

|                 |             |              |
|-----------------|-------------|--------------|
| (V)1. agradable | : : : : : : | desagradable |
| (A)2. angular   | : : : : : : | redondo      |
| (A)3. pasivo    | : : : : : : | activo       |
| (V)4. feo       | : : : : : : | hermoso      |
| (P)5. delicado  | : : : : : ; | tosco        |

El diferencial semántico aporta gran cantidad de datos, de modo que es posible efectuar numerosos análisis. Las puntuaciones pueden analizarse para hallar las diferencias que existen entre conceptos, entre escalas, entre sujetos o cualquier combinación de ellos (13).

El diferencial semántico en la investigación de la entrevista médico paciente; es flexible y relativamente fácil de adaptar a las diversas exigencias; su aplicación y calificación resultan rápidas, confiables y con buen índice de consistencia interna, por lo que se aplica presentándolos en los instrumentos para su evaluación con los estudiantes de medicina del último año de la carrera en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

### CAPITULO III

#### MARCO METODOLOGICO

En este capítulo se presenta el marco metodológico sobre el cual se desarrolla el actual trabajo de investigación. Aquí se describen específicamente los problemas que dieron origen al presente estudio, los objetivos de investigación las variables sujetas a análisis, el diseño de investigación, los instrumentos, los sujetos y el procedimiento de trabajo.

##### A. OBJETIVOS GENERALES:

Para dar respuesta al problema planteado se confeccionaron los siguientes objetivos generales de trabajo, en ellas las unidades de análisis son los estudiantes del último año del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

1. Establecer un método reproducible para evaluar la entrevista médico paciente en la enseñanza aprendizaje a través de la observación de la conducta del médico y el paciente utilizando el índice de concordancia de Kappa.
2. Lograr una metodología válida y reproducible de la entrevista médico paciente, a través de la observación de la conducta del médico y el paciente en base a un método de Diferencial Semántico que incluye 3 partes: a) técnica de la entrevista, b) actitudes del médico y c) características del paciente.

##### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACION:

1. Elaborar un instrumento válido y confiable que sirva como marco operativo para evaluar la entrevista médico paciente.
2. Valorar la Epistemología y reproducibilidad de un método para evaluar la entrevista médico paciente en la enseñanza aprendizaje del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
3. Identificar la importancia de la entrevista médico paciente en la detección de los problemas clínicos.
4. Comunicar el método de la entrevista médico paciente en el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural para su manejo en todos los centros de asistencia clínica.
5. Aplicar el método en los centros de asistencia clínica en el Departamento de Jutiapa, área de salud definida en el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural.

C. DEFINICION DE LAS VARIABLES:

Registro.

En esta investigación no se trabaja con variables dependientes e independientes dado el caracter exploratorio de la misma y la ausencia de estudios que sirvan de base para dicha clasificación, las variables utilizadas para realizar el trabajo de campo son definidas a continuación.

1. Técnica de entrevista: El proceso que el médico utiliza para preguntar al paciente sobre sus problemas clínicos, sus antecedentes y revisión por sistemas con base en los siguientes parámetros:
  - a. Vocabulario:  
El número de palabras diferentes que es capaz de expresar un individuo o que corresponden al uso de una determinada capa de la población (Activo: corresponde a las palabras que el individuo comprende y usa; el pasivo: a las que solamente puede comprender).
  - b. Forma de preguntar:  
Modalidad particular bajo la cual se presenta o expresa y se tiene un entendimiento sobre el problema planteado.
  - c. Tipo de preguntas:  
Conjunto o serie de características que sirven para identificar o definir la forma de las preguntas sobre determinado problema.
  - d. Seguridad:  
Obligación de indemnidad a favor de uno, en relación al interrogatorio del problema a estudiar.
  - e. Participación:  
Es producto de la interacción que se da en la enseñanza aprendizaje y que se expresa como una manifestación de conducta intelectual, emocional o motriz del sujeto de la educación.
  - f. Precisión:  
Determinación, exactitud, puntualidad, concisión.
  - g. Razonamiento:  
Operación mental por medio de la cual se emiten juicios. Formulación lógica del pensamiento o de un argumento.
  - h. Objetividad:  
Aspiración constante de hacer abstracción de móviles y de opiniones personales en el juicio.
  - i. Ética:  
Parte de la filosofía que tiene por objeto el estudio de los juicios de valor referido a las conductas humanas. A este nivel la enseñanza de la ética sólo es posible en las clases superiores de la educación secundaria.

j. Organización:

Coordinación racional de las actividades de un cierto número de personas que intentan conseguir una finalidad y objetivo común y explícito, mediante la división de funciones y de trabajo, a través de una jerarquización de la autoridad y de la responsabilidad.

2. Actitudes del Médico: La conducta del médico durante el proceso de la entrevista con el paciente, que incluyen los siguientes parámetros.

a. Cortesía:

Respeto o afecto que tiene una persona a otra.

b. Claridad:

Palabra o frase con que se dice a uno franca o resueltamente algo desagradable.

c. Identificación:

Término general que se usa para describir el proceso de integración de las metas, maneras y formas de otra persona a través de él.

d. Motivación:

Es un recurso pedagógico que, con los fundamentos de la psicología y el conocimiento individual del sujeto de la educación, hace uso de diversas técnicas y medios para despertarle interés por su aprendizaje y orientar sus capacidades en la forma que le sea más favorable.

e. Comunicación:

Interacción entre los hombres mediante símbolos o claves que éstos codifican y decodifican de acuerdo a los modelos de pensamientos adquiridos propios de la cultura empírica y/o científica, que le permiten explicarse el mundo exterior y a sí mismos y que, consecuentemente, lo llevan a valorar y actuar de acuerdo a esas representaciones.

f. Comprensión:

Conocimiento que se extiende a una valoración más o menos profunda del significado de los objetos, cualidades, etc., con referencia a condiciones, a causas y efectos y a otras relaciones, en la medida necesaria para la solución adecuada de problemas correspondientes a la vida individual y social.

g. Respeto:

Manifestaciones de acatamiento que se hacen por cortesía, sentimiento que lo distingue aun rasgo fundamental del carácter, que es propio, en sus manifestaciones más completas, de la madurez mental.

h. Confianza:

El sentimiento, la idea, de poder apoyarse en la conducta, sentimiento, idea, de otro o de uno mismo (en base de las relaciones de jerarquización natural entre profesores y alumnos, y constituye uno de los elementos más estimulantes de la motivación).

i. Participación:  
Es producto de la interacción que se da en la enseñanza aprendizaje y que se expresa como una manifestación de conducta intelectual, emocional o motriz del sujeto de la educación.

j. Persuasión:  
La acción de inducir a alguien a creer o hacer aquello de lo cual se le ha persuadido, que puede ser tanto real como falso o asentado en consideraciones irracionales. La acción de persuadir.

3. Características del Paciente: Cualidades que permiten la particularidad y diferenciación del tipo de paciente, que incluyen los siguientes parámetros:

a. Expresión:  
Acción de manifestar exteriormente, por la palabra o por signos, pensamientos o sentimientos.

b. Precisión:  
Determinación, exactitud, puntualidad, concisión.

c. Nivel cultural:  
Conjunto de conocimientos exigidos a toda persona en un medio cultural determinado -de costumbres, de instituciones y de obras que, en un medio dado, son a la vez el efecto y el medio de la cultura personal de los que pertenecen a ese medio- como básicas para actuar en sociedad.

d. Nivel intelectual:  
Conjunto relativamente fluido de personas que por su educación y actividad, y que por valores que representan, han asumido una determinada función de guías espirituales en la sociedad moderna. Nivel de entendimiento, que requiere de modo especial.

e. Estado físico:  
Situación en que se encuentra una persona, en relación con los cambios que influyen en su condición.

f. Estado de salud:  
Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

g. Sinceridad:  
Acción y efecto de ser sincero, razonable.

h. Disposición:  
Habilidad para dominar ciertos tipos de problemas de salud, basándose en experiencias anteriores con problemas de una clase parecida.

i. Estado de conciencia:  
Capacidad que tiene el hombre de conocer inmediatamente sus estados o actos internos, así como su valor moral, y este conocimiento en sí mismo.



j. **Congruencia:**

Conveniencia, oportunidad, ilación o conexión de ideas, palabras, etc.

k. **Tipo de respuesta:**

Forma de responder al médico para complementar o identificar sobre determinado problema.

l. **Cooperación:**

Esfuerzo común y coordinado de los pacientes, impulsado y dirigido por el médico u otra persona, en vistas de un trabajo conjunto. Su valor educativo es muy grande pues destaca las relaciones singulares y necesarias de relación de la vida familiar y social.

m. **Colaboración:**

Conjunto de iniciativas de los médicos y pacientes, que tienden a la unidad de acción a la consecución o ejecución de algo en lo que le causa el problema.

D. **POBLACION Y MUESTRA:**

Para determinar la población se efectuó dentro del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural un censo poblacional de alumnos que ingresaron en el segundo semestre, debido a que en este semestre se incorporan al programa estudiantes que tienen pendiente únicamente su práctica rural previo a cerrar su pensum de estudios de la carrera de medicina, estudiantes que ingresan al programa con inicio del sexto año en el segundo semestre, estudiantes que van por promoción quienes terminaron su programa hospitalario desde el 1ro. de febrero al 31 de julio y los extranjeros. Los estudiantes son asignados por promedio en los Puestos de Salud de los Departamentos determinados por el programa, siendo estos 12 los departamentos de Guatemala y un promedio de 16 estudiantes por departamento, por semestre.

Para la estimación de la población sujeto de estudio se determino el departamento con el tipo de muestreo al azar simple, teniendo el departamento de Jutiapa que cuenta actualmente con más estudiantes que el resto de los departamentos siendo 18, dispersos en el área de salud de las comunidades de práctica.

A continuación se detallan los totales poblacionales y muestrales y su correspondiente proporción.

1.

| <u>DEPARTAMENTO</u>  | <u>TOTAL DE ESTUDIANTES</u> |
|----------------------|-----------------------------|
| a.1 Guatemala Norte  | *13                         |
| a.2 Guatemala Sur    | *12                         |
| *Guatemala Sub Total | 25                          |
| b. Sacatepequez      | 15                          |
| c. Chimaltenango     | 16                          |
| d. Escuintla         | 15                          |
| e. Suchitepequez     | 15                          |
| f. Retalhuleu        | 10                          |
| g. San Marcos        | 15                          |
| h. Solola            | 15                          |
| i. Jutiapa           | 18                          |
| j. El Progreso       | 14                          |
| k. Zacapa            | 11                          |
| l. Chiquimula        | 4                           |
| TOTAL                | 173                         |

\*Total de Departamentos de práctica 12.

\*Total de la población inscrita en el segundo semestre 190 estudiantes.

\*Renuncia de estudiantes en su primera semana de práctica: 17.

\*Motivos de renuncia: estudiantes mujeres embarazadas, lugares de práctica no agradables para ellos, enfermedad etc.

Los estudiantes escogen en orden, el lugar de práctica asignado a un departamento dependiendo de su promedio de calificación obtenida desde su primer año de estudio de la carrera de medicina.

2.

| <u>PARA LAS VARIABLES:</u>     | <u>POBLACION</u> | <u>MUESTRA</u> | <u>%</u> |
|--------------------------------|------------------|----------------|----------|
| A. Técnica de entrevista       | 173              | 18             | 10.4     |
| B. Actitudes del médico        | 173              | 18             | 10.4     |
| C. Característica del paciente | 173              | 18             | 10.4     |

3.

| <u>PARA LAS VARIABLES</u>      | <u>DEPTO. DE JUTIAPA</u> | <u>MUESTRA</u> | <u>%</u> |
|--------------------------------|--------------------------|----------------|----------|
| A. Técnica de entrevista       | 18                       | 18             | 100      |
| B. Actitudes del médico        | 18                       | 18             | 100      |
| C. Característica del paciente | 18                       | 18             | 100      |

Posterior a la toma al azar de uno de los Departamentos de Guatemala, se puede observar que la muestra que se tomo es la de conveniencia siendo su ventaja el ser realizable, alcanzable, fidedigna, este es un método de muestreo en el cual la "muestra" se encontró disponible en el tiempo del período de investigación, teniendo el total de los estudiantes del Departamento de Jutiapa comprendidos en el 100% ya que se tomaron a los 18 estudiantes del área de salud del mismo, entrevistando a todos los pacientes que asisten a una consulta específica en cierto día de la semana si desean participar en el estudio.

De la población estudiantil del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural quedo comprendido entre el 10% y 11%, que se encuentran dentro de los límites establecidos para darle representatividad a la muestra, en poblaciones menores de 200 estudiantes. Hago mención que los estudiantes dentro del programa vienen de diversos establecimientos de práctica (Hospitales Nacionales de la capital y de los departamentos).

Dentro de el departamento de Jutiapa no se elimino a ningun sujeto, debido a que la evaluación de la entrevista médica es parte de la práctica del estudiante de medicina y los pacientes acuden a los Puestos de Salud por demanda espontánea, por lo que todos deben de efectuar la entrevista médico paciente, para el llenado de sus fichas clínicas.

#### E. TIPO DE INVESTIGACION:

Para iniciar el estudio de Epistemología y Reproducibilidad de un método para evaluar la Entrevista médico paciente en la Enseñanza Aprendizaje, se ha diseñado una investigación de campo que cae dentro de la clasificación: a) en relación a la profundidad: Descriptiva, b) en relación al grado de control de variables: No experimental, c) de acuerdo en la forma en que se recoge la información: Observacional, d) de acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo: Prospectivo y e) de acuerdo a los propósitos: Aplicativo. Ya que la intención de la misma plantea construir un modelo para la evaluación de la entrevista médico paciente en la enseñanza aprendizaje de la clínica en el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de medicina.

No se elaboraron hipótesis experimentales en esta investigación, debido a que es un estudio descriptivo, no experimental y para la descripción de los hechos se trabajó en una forma común de asegurar la confiabilidad -esto es, la repetibilidad- de las mediciones, en especial con propósitos de investigación, es repetir la medición y valorar el grado de concordancia, lo que contribuye a darle validez y confiabilidad a los resultados aquí encontrados, por ello se elaboraron Objetivos Generales que algunos autores le asignan el nombre de hipótesis teóricas.

Se pretende que este estudio sirva como base para la realización de otras investigaciones donde se establezca la validez predictiva en el proceso de enseñanza aprendizaje en la entrevista médico paciente, con muestras similares o bien diferentes.

#### F. INSTRUMENTO:

El método para evaluar la entrevista médico paciente constituye un interés en nuestro medio, en la detección y resolución de los problemas clínicos (ver anexos 1, 2 y 3).

Para la confección; estructuración del instrumento se inició primero con la participación de los docentes del Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, utilizando la técnica de Lluvia de Ideas; para poder evaluar a los estudiantes en los Puestos de Salud en el momento en que efectuaban la entrevista con los pacientes para el llenado de las fichas clínicas.

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.

Tomando todas las ideas, el método se desarrolló consta de tres (3) partes:

- 1) Técnica de la entrevista con 10 ítems;
- 2) Actitudes del médico con 10 ítems y
- 3) Características de los pacientes con 13 ítems, contenidos las tres partes en las boletas utilizado para cada evaluación.

Luego fue aplicado por un grupo de observadores piloto (docentes del programa) con los estudiantes respectivos de sus departamentos y a los cuales se les preguntó si el método y las instrucciones del mismo eran claras y de fácil comprensión. Teniendo un grado de acuerdo aceptable de cada docente mayor de 0.40 del valor de kappa. Los resultados indicaron que 5 preguntas del total de las tres partes no manifestaron una consistencia interna significativa por lo se efectuaron las correcciones a la misma. En la siguiente prueba los sujetos contestaron correctamente el ejercicio y se encontró un buen índice de consistencia interna.

Finalmente fué solicitada la opinión de los docentes respecto al método empleado, usando el método de Juicio de Expertos, los mismos se mostraron complacidos con el instrumento, la cual obviamente esta sujeto a mejorar con nuevos estudios en base a los resultados de las pruebas.

#### 1. CONFIABILIDAD DEL TRABAJO DE CAMPO:

Dos observadores categorizan independientemente varios aspectos usando el mismo conjunto de categorías. Los "observadores" son las dos formas de la prueba y la concordancia que se quiere determinar se denomina generalmente la confiabilidad de la prueba. La concordancia es una clase muy especial de asociación, la medida de concordancia más simple está dada por la proporción de las veces que los dos observadores están de acuerdo. No hay ninguna ordenación subyacente en las categorías usadas en la que se quiera enfocar la atención, de modo que kappa proporciona una medida de concordancia útil entre las dos personas. De una manera alternativa, puede usarse para determinar la confiabilidad entre dos pruebas con las que se clasifiquen a los mismos individuos usando las mismas categorías. Una forma común de asegurar la confiabilidad de las mediciones, es especial con propósitos de investigación, es repetir la medición y valorar el grado de concordancia. Cuando una persona mide la misma característica dos veces y los compara, se obtiene un índice de variabilidad intraobservador llamado confiabilidad intratasador o intraclassificador.

Cuando dos o más personas determinan la misma característica y sus mediciones se comparan, se obtiene un índice de variabilidad interobservadores llamado confiabilidad intertasadores. La observación da como resultado un sí o un no, que es una medida nominal (2,4,6,7,10,16,17).

#### G. PROCEDIMIENTO:

Para la realización de la investigación se siguió el procedimiento que a continuación se detalla.

Esta investigación surgió como una inquietud del investigador en el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos d Guatemala y con el apoyo en el desarrollo de la metodología, del asesor de la misma.

Al asesor se le presentó el proyecto inicial y su autorización para poder llevar a cabo con fines de investigación el tema. Revisado, por el asesor solicito se efectuara una prueba piloto por el tipo de preguntas que tenia cada parte del método a evaluar la entrevista médico paciente, esto sirvió para comprobar si los sujetos comprendían el instrumento y lo contestaban correctamente. Posteriormente el asesor planteo la necesidad de mejorar la metodología para el informe final. Las respuestas fueron analizadas y los resultados fueron adecuados, el total de médicos y pacientes valubles bajo las características descritas fue de 18.

Los jueces, dos médicos del Area de Salud de Jutiapa se les entreno de la siguiente manera: primero, se les dió a conocer el estudio; segundo, se les entrego el instrumento con sus respectivas instrucciones para su manejo; tercero, se revisó y evaluó cada una de las partes del instrumento; cuarto, se efectuaron pruebas observacionales con otros médicos en el momento en que asistían a sus pacientes; quinto, presentaron las pruebas, no encontraron dificultad para su desarrollo, dudas, inquietudes o preguntas sobre el mismo y sexto, se procedio a efectuar el estudio con los 18 estudiantes médicos al día siguiente del entrenamiento.

Los datos se recopilaron, luego se tabularon y presentados en cuadros estadísticos. Para valorar la variación interobservador del método se utilizo el índice de concordancia Kappa específicamente diseñado para el análisis no paramétrico de observaciones que implican diversos grados o calificaciones. Se aplico en cada inciso de: la técnica de entrevista, las actitudes del médico y las características del paciente. El índice de kappa tiene las siguientes ventajas sobre otros coeficientes de concordancia: discrimina entre grados de concordancia y compara lo observado con lo esperado por azar (2,4,6,10). Se establecieron los siguientes valores arbitrarios para las cuatro variantes diferentes de conductas posibles: A = 3, B = 2, C = 1 y D = 0; en esta forma se podrá obtener un índice promedio para cada inciso (suma de los valores obtenidos en cada observación/número de observaciones realizadas) mismo que se llevará a la escala 0 - 10 y en adelante lo llamaremos calificaciones (de cada conducta).

#### H. MODELO ESTADISTICO:

En esta sección se describe el modelo estadístico que fundamenta el análisis de los resultados. Se realizó para cada sujeto una medición de la concordancia entre dos observadores. Kappa proporciona una medida de concordancia útil entre las dos personas.

Para calcular Kappa, por lo general es más rápido usar la siguiente fórmula equivalente.

$$K = \frac{nD - \sum t_i u_i}{n^2 - \sum t_i u_i}$$

$t_i$  y  $u_i$  = son los totales marginales

$n$  = es el número total de observaciones

$D$  = es la suma de las frecuencias de las casillas de la diagonal.

$\sum t_i u_i$  = quiere decir que se multiplenen entre sí los totales marginales, de renglón y columna que convergen en cada casilla de la diagonal y que se sumen después.

Criterio de Fleiss para establecer el grado de acuerdo.

| <u>VALOR DE KAPPA</u> | <u>INTERPRETACION</u>          |
|-----------------------|--------------------------------|
| < 0.40                | No hay acuerdo                 |
| 0.40 - 0.75           | Acuerdo intermedio (aceptable) |
| > 0.75                | Buen acuerdo (excelente)       |

Cuando se trata de conocer la concordancia entre un evaluador recién entrenado y la persona estandar, utilizando Kappa, esta se puede calcular fácilmente de la siguiente manera.

Partimos de una tabla 2x2.

Diagnóstico del Examinador Estandar

+                      -

|   |   |
|---|---|
| a | b |
| c | d |

Diagnóstico del Examinador en entrenamiento

$n = \text{total de sujetos observados} = a + b + c + d$   
 $P = \text{Probabilidad de acuerdos positivos} = \frac{2a + b + c}{2n}$

$$K = \text{Kappa} = \frac{4(ad - bc) - (b - c)^2}{(2a + b + c)(2d + b + c)}$$

Var (K1) = Varianza de Kappa =

$$\frac{(1 - K_i) [(1 - K_i)(1 - 2K_i) + [K_i(2 - K_i)]]}{2P(1 - P)}$$

n

IC 95% = Intervalo de Confianza al 95% para  $K_i = K_i \pm 1.96 \sqrt{\text{var}(K_i)}$

(2,4,6,7,10,16).

## CAPITULO IV

### PRESENTACION DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados encontrados luego de haber desarrollado los pasos metodológicos correspondientes. Se efectúa esta presentación por medio de cuadros, divididos en dos tablas; en la tabla 1 aparecen los índices de concordancia obtenidos para cada conducta en cada apartado; en la tabla 2 aparecen las calificaciones obtenidas por el grupo estudiado en cada conducta evaluada, siendo ambos pertinentes a los objetivos planteados en esta investigación.

De las 33 conductas potencialmente valorables (ver anexo 1, 2 y 3), por circunstancias propias de la entrevista y ciertas peculiaridades de los pacientes no fueron valables: la 3 de la técnica de entrevista; en este caso, más de la mitad de 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 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 valuable ya que el médico tenía instrucciones de no hacer prescripciones.

A continuación se detallan a través de las tablas los índices de concordancia de Kappa antes señalados.

#### RESULTADOS:

En la Tabla 1 aparecen los índices de concordancia obtenidos para cada conducta en cada apartado.



TABLA 1  
INDICE DE CONCORDANCIA (Kw) DE LA  
METODOLOGIA UTILIZADA\*

| <u>INCISO</u> | <u>TECNICA DE ENTREVISTA</u> | <u>INCISO</u> | <u>ACTITUDES DEL MEDICO</u> | <u>INCISO</u> | <u>CARACTERISTICA PACIENTE</u> |
|---------------|------------------------------|---------------|-----------------------------|---------------|--------------------------------|
| 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             | NE                          | 8             | 1.00                           |
| 9             | 1.00                         | 9             | NE                          | 9             | 0.34                           |
| 10            | 0.60                         | 10            | NE                          | 10            | 1.00                           |
|               |                              |               |                             | 11            | 0.49                           |
|               |                              |               |                             | 12            | 1.00                           |
|               |                              |               |                             | 13            | NE                             |
| X             | 0.57                         | X             | 0.66                        | X             | 0.81                           |

DE LA TABLA 1:

un total de 18 observaciones para cada conducta considerada.

Sobre

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

DE LA PRESENTACION DE LA TABLA 1:

Obsérvese que en la técnica de entrevista las conductas 2 y 7 tienen un valor inferior a 0.42 nivel en el cual aparece la significación estadística ( $p < 0.01$ ). En cuanto a las actitudes del médico sólo 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.

## CAPITULO V

### ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este capítulo se encuentra conformado por cuatro secciones, en las primeras tres secciones estas dan prueba de los objetivos planteados, discusión de los resultados contrastándolas con la teoría presentada en el marco teórico, posteriormente en la cuarta sección se establecen las conclusiones a las que se han llegado a través de la presente investigación y finalmente se dan recomendaciones pertinentes al estudio.

Como podemos observar, un médico general debe de estar en capacidad de hacer frente a los problemas de salud del país en la forma más adecuada y con las características de estar consciente de sus propias limitaciones y las de su conocimiento para la atención de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Tener la habilidad suficiente de encontrar soluciones a los problemas que se le presenten durante el ejercicio profesional, con los recursos tecnológicos a su alcance, con suficiente preparación científica, investigar sus causas y proponer soluciones y capaz de poder autoeducarse.

Por lo tanto la entrevista médico paciente es el período de intercambio de conversación con el paciente, siendo esta su anamnesis, lo que redundara en un diagnóstico posterior al examen físico.

Los "observadores" es una de las formas de la prueba y la concordancia que se determina, se denomina generalmente la confiabilidad de la prueba.

#### 1. TECNICA DE ENTREVISTA:

Como se aprecia en la tabla 1, lograr la investigación temprana de síntomas de las enfermedades requiere educar al público y a los médicos para que aprendan a responder prontamente a indicios que puedan ser indicativos de enfermedad; la concordancia promedio fue de 0.57 lo que revela un grado satisfactorio de reproducibilidad del método sin embargo, en los incisos 2 y 7 la concordancia no alcanzó el límite de significación estadística (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 independientes, contrastables, que disminuyen el peso de la subjetividad en la valoración. Para mejorar aún más, la reproducibilidad (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 ciertos puntos independientes del observador o ambos procedimientos a la vez.

Lo anterior demuestra cómo no basta con describir conductas con precisión y aclarar su utilización con un instructivo ni aún discutir ampliamente cada inciso, sólo la prueba empírica de su utilidad nos permite identificar los aspectos deficientes del método para emprender su corrección.

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 método, 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 deficiencias en los egresados de la licenciatura independientemente de su escuela de procedencia.

## 2. ACTITUDES DEL MEDICO:

En lo que se refiere al médico sus actitudes, escribir una historia clínica cuando el paciente esté en calma y no muy medicado y confirmándola con miembros de la familia cuando el paciente esté incapacitado es útil para reducir errores causados por la enfermedad del paciente o por los efectos de la medicación; tanto la concordancia como las calificaciones fueron superiores a la técnica de entrevista.

En cuanto a lo primero (concordancia), es un hallazgo que habíamos observado (docentes del programa) 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 del 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 valubles.

### 3. CARACTERISTICAS DEL PACIENTE:

La principal razón de evaluar a los pacientes radica en la necesidad de apreciar el grado de dificultad de la entrevista; notase que las conductas consideradas son sólo aquellas estrechamente relacionadas con la entrevista. Este apartado resulto 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 valuable.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES

En esta sección se describen las conclusiones a las que se llegó en esta investigación a través de la información obtenida mediante el método de observación aplicado a los estudiantes del programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y sus correspondientes análisis estadístico.

Se ha insistido en la búsqueda de un método adecuado para evaluar la entrevista médico paciente, conscientes de la importancia que reviste esta interfase en la atención médica.

El grado de reproducibilidad alcanzado lo considero satisfactorio, susceptible por supuesto, de mejorar.

Los resultados mostraron: técnica de entrevista Kw 0.57, actitudes del médico Kw 0.66 y características del paciente Kw 0.81. La significación estadística a nivel de  $p < 0.05$  corresponde a un Kw 0.42.

La concordancia global de cada parte del método es satisfactoria y la necesidad de modificar 4 ítems del total de 33 cuya concordancia no fue estadísticamente significativa.

Es claro que la metodología que presento se refiere a muchos intentos de iniciar un método en nuestro medio, de la cadena de eventos que constituyen la detección y resolución de problemas clínicos. Sólo la evaluación integral del proceso permitirá jerarquizar la importancia relativa de cada componente, en cuanto a su repercusión en los resultados de la atención médica.

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.

Quiero hacer hincapié que una metodología como la que presento es inseparable de las características de los usuarios, es decir, de los observadores que habrán de evaluar.

Desafortunadamente 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 etc.

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 consoliando la dualidad contradictoria validez-reproducibilidad: mayor cantidad y más

complejas conductas (mayor validez) propicia mayor validez (menor reproducibilidad); menor cantidad y más simples comportamientos (menor validez) propicia menor variación (mayor reproducibilidad).

En el contexto de las dos tendencias opuestas es la validez la que debe, a mi juicio, prevalecer sobre la reproducibilidad en este tipo de metodología, es decir, lo fundamental de un método orientado a evaluar parte de la aptitud clínica es el grado en el cual permite "aprehender" los sucesos ocurridos a los que se dirige siempre y cuando reúna un mínimo aceptable de reproducibilidad.

Los resultados permiten observar algunas diferencias distintivas de cada grupo, así como establecer una orientación en el enfoque de investigación más apropiado para el aprendizaje.

## RECOMENDACIONES

En esta sección hago referencia a la posibilidad de ampliar integralmente esta investigación y las relacionadas a las soluciones que se pueden dar a la problemática encontrada.

Los resultados de esta investigación deberán servir no solamente para el programa académico, sino también a otras facultades, escuelas o programas académicos, en el sentido de funcionar como líneas de orientación para efectuar sus propios proyectos de evaluación de la enseñanza de la clínica.

Desde los primeros años de la carrera 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.

Se realicen seminarios, simposium u otras actividades sobre la relación médico paciente, lo cual se tendrá mucha comprensión sobre la importancia en la resolución de los problemas de salud de los pacientes.

Realizar métodos que tiendan a mejorar la evaluación observacional en la entrevista médico paciente para la obtención de la información clínica.

Insistir en la enseñanza aprendizaje del estudiante la importancia de la reproducibilidad del método para evaluar la entrevista médico paciente en la búsqueda de un diagnóstico verdadero para poder tratar adecuadamente a los pacientes que acuden a los servicios de salud por demanda espontánea.

Para la obtención de información clínica sobre un paciente, por parte del médico y que se pueda evaluar, se implementen métodos de observación o se aplique esta metodología para evaluar la entrevista médico paciente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bavaresco de Prieto, Aura M. Las Técnicas de la Investigación. 4ta. edic. Edit. Iberoamérica, S.A. México, 1986.
2. Bloch D., & Kraemer H. 1989, March. 2x2 Kappa Coefficients: Measures of Agreement or Association. Biometrics 45, 269-287.
3. Bloom, B.: Taxonomía de los objetivos de la educación. El Ateneo, Buenos Aires, 1971.
4. Castillo Salgado, Carlos: Métodos para evaluar confiabilidad y validez de la información en salud. Curso: uso de la epidemiología en la programación y evaluación de servicios sanitarios, documento de apoyo del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, 11 agosto de 1993.
5. Lain Entralgo, Pedro. Historia Universal de la Medicina, Medicina Actual. Salvat Editores, S.A. Barcelona (España), 1975. Tomo VII.
6. Chris Leach. Fundamentos de Estadística. Enfoque no paramétrico para ciencias sociales (depto. de psicología Universidad de Newcastle en Tyne). Edit. Limusa, México, 1982.
7. Dawson-Saunders, Robert G. Trapp. Bioestadística Médica. Editorial El Manual Moderno, S. A. México 1993, pp. 66-68.
8. Feinstein, A.: Clinical Judgment. R. E. Krieger. Pub. Co. New York, 1976, p. 231.
9. Figueroa Guzmán, Ma. Luisa: Aprendizaje en sistemas escolarizados y en la educación abierta. UNAM, Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, Perfiles educativos, número 55-56, 1992.
10. Fleiss, Joseph. 1981. Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd ed. USA: John Wiley & Sons, 218.
11. Foucault, M.: El nacimiento de la clínica. Siglo XXI, México, 1975, p. 84.
12. Gronlund, N. E.: Medición y evaluación en la enseñanza. Ed. Pax, México, 1973, p. 85.



13. Kerlinger, Fred N. Investigación del comportamiento; Técnicas y Metodologías. Interamericana segunda edición, México, D. F. 1984.
14. López Cámara, Víctor: Una propuesta para la evaluación de la enseñanza clínica de la odontología. UNAM, Centro de Investigaciones y Servicios Educativos. Perfiles Educativos, núm. 55-56, 1992.
15. Martínez, C. F.: Consulta Médica y entrevista clínica, Med. del hombre en su totalidad, México, 1979, p. 39 y 55.
16. Matute, Jorge., Boy, Erick: Estandarización de Personal en Diagnóstico Clínico de Bocio: ¿cómo evaluar la Concordancia entre examinadores de la Tiroides?. INCAP, Guatemala, documento.
17. Mausner, J., Bahn A. Epidemiología. Editorial Interamericana. México, 1977. Capítulo 11, páginas 221-237.
18. Nelson, Clarence H. Mediciones y evaluación en el aula. Edit. Kapelusz S.A. Argentina 1971, p. 143.
19. Rivera, Mario Dary: Aprendizaje Independiente. Revista Investigación y Educación, Guatemala, Vol. IV-V, No. 4-5, 1987-1988, p. 25.
20. Rojas Fernández, Gilda., Quesada C., Rocío. El Aprendiz: Polo olvidado en el proceso de enseñanza aprendizaje. UNAM, México, Centro de Investigaciones y servicios educativos. Perfiles Educativos, núm. 55-56, 1992.
21. Sandberg, Eugene C. Tratado de Obstetricia. Mosby Company, décima edición, San Luis, Toronto, Londres. 1981.
22. Sistematización de la enseñanza, especificación de objetivos. Vol.1 y 2. Comisión de nuevos métodos de enseñanza. UNAM. México, 1975.
23. Taylor, D. C.: The components of sickness: diseases, illnesses, and predicaments. Lancet, II: 1008. 1979.
24. Viniegra, L.: Características de la docencia en el Instituto Nacional de la Nutrición. Rev. Invest. Clín. Méx. 28: 201-205, 1976.
25. Viniegra, L.: La historia clínica como instrumento de enseñanza aprendizaje. Rev. Invest. Clín. Méx., 31:281, 1979.

26. Viniegra, L.: La importancia de las modalidades de la relación médico paciente en los sistemas de atención médica. Rev. Invest. Clín. Méx., 31: 239, 1979.
27. Viniegra, L.: Lineamientos básicos de un plan general para cursos de especialización médica en disciplinas clínicas. Rev. Invest. Clín. Méx., 33: 75, 1981.
28. Viniegra, L.: ¿Que significa la resolución de un problema clínico? Rev. Invest. Clín. Méx., 33: 151-159, 1981.
29. Glosario educativo. Documentos mimeografiados, OPCA, Facultad de Ciencias Médicas, USAC, Guatemala, 1989.
30. Merani, Alberto L. Diccionario de Pedagogía. Ediciones Grijalbo, S. A., Barcelona, 1982.
31. Programa de Ejercicio Profesional Supervisado Rural. Facultad de Ciencias Médicas, Fase III, Universidad de San Carlos de Guatemala. Documento mimeografiado, Guatemala, 1992.
32. J.J. Guilbert. Guía Pedagógica para el personal de salud; Planificación de la Evaluación. 4ª Edición 1981. OMS/OPS. Ginebra. Cap. II.
33. El Proceso de Enseñanza Aprendizaje. Universidad de San Carlos de Guatemala, Fac. de CC.MM.: Fase IV, Programa para Formación Docentes. Julio 1982. (Doc. mimeografiado)

ANEXO 1

| APTITUD CLINICA |   | A | B | C | D | TECNICA DE ENTREVISTA  |
|-----------------|---|---|---|---|---|--|
| NE              | 1. Ausencia de vocabulario técnico.                                     | — | : | — | : | Uso frecuente de vocabulario técnico.                                  |
| NE              | 2. Usa preguntas claras.  | — | : | — | : | 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. Facilidad para mantener al paciente dentro de la cuestión principal. | — | : | — | : | Dificultad para mantener al paciente dentro de la cuestión principal.  |
| NE              | 9. Las maniobras exploratorias se realizan con delicadeza.              | — | : | — | : | Las maniobras exploratorias se realizan con brusquedad.                |
| NE              | 10. Orden en su desempeño.  | — | : | — | : | Desorden en su desempeño.  |
|                 |   | A | B | C | D |  |

ANEXO 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 responder.  | — | : | — | : | Aprésura al paciente a responder.  |
| NE              | 8. Facilita las respuestas ante los 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 aumenten 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 |  |

ANEXO 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 física.         | — | — | — | — | Frecuentes 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 |   |

## ANEXO

### DEFINICION OPERACIONAL

Tanto en la técnica de entrevista, como en las actitudes del médico y en las características del paciente existen 4 grados (A, B, C y 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 existan a criterio del evaluador suficientes elementos de juicio o dudas importantes de interpretación que no se hubiesen discutido con anterioridad.

#### OPERACIONALIZACION (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 considerará cuando exista un exceso de 3 o más vocablos técnicos (A=0, B=1, C=2, D=3).
2. Todas las preguntas deben ser claras y directas a juicio del observador (A), la conducta D significa que todas las preguntas formuladas no fueron claras.
3. Sólo 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 será no 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 silencio prolongados, en la falta de firmeza de las preguntas, 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 no hubo titubeos; la conducta A es la situación opuesta.
5. La sugerencia debe emplearse cuando aumenta la validez del dato obtenido (sugerencias negativas para obtener un dato positivo o viceversa) o en casos en que el paciente tienda a contestar afirmativamente a la mayoría de preguntas y sea importante detectarlo.

Fuera de estos casos la sugerencia no es pertinente. Sugerencias exclusivamente pertinentes es 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 su análisis o bien, cuando se cuenta ya 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 y es prolijo, se logra reubicarlo en el tema no analizando aún completamente. Lo opuesto es la conducta D.
9. Lo más importante es que las maniobras exploratorias no provoquen ciertas reacciones (dolor) que impidan saber si el signo es real o provocado por la brusquedad, 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) analizado (s) en 5 o más ocasiones (A=0, B=1-2, C=3-4, D=5).

#### OPERACIONALIZACION (actitud del médico):

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. En temas 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 que considera conducta A (A=3, B=2, C=1, D=0).
5. Los temas personales se refieren a la situación animoso del individuo: en sí mismo, en su ambiente familiar, su trabajo, sus expectativas, etc.

Las preguntas directas sobre aspectos de la personalidad también se considerarán como 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 entrevistador 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 y sus allegados y la evolución. Se considerará que propicia la libre expresión en las condiciones arriba señaladas cuando estimule la 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 como sea necesario, es facilitar las respuestas (Conducta A), lo opuesto es conducta D. Si el paciente no titubea este aspecto es no valuable.
9. Si el paciente es impreciso, el proporcionarle 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 valuable.
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 Conducta D. Si el paciente colabora, será no valuable.

#### OPERACIONALIZACION (Características del Paciente):

1. El empleo de palabras claras y cortas en sus expresiones, debe restringirse con un máximo de 3, si se utilizan más de 3, se considerará uso excesivo. El empleo frecuente (A) se considerará cuando exista un exceso de 6 o más palabras (A=6, B=5, C=4, D=3).
2. Todas las preguntas deben ser claras y directas a juicio del observador (A), la conducta D significa que todas las preguntas formuladas no fueron claras.  
  
Los puntos 3 y 4 no requieren explicación.
5. La conducta A significa que no hay limitaciones que dificulten el interrogatorio en los detalles necesarios en la comprensión del problema. Lo opuesto es la conducta D.
6. La conducta A significa que no hay limitaciones que dificulten la exploración física en la sucesión interna del padecimiento actual. Lo opuesto es la conducta D.

7. Los temas personales se refieren a la situación animosa del individuo: en sí mismo, en su ambiente familiar, su trabajo etc. Las preguntas directas sobre aspectos de la personalidad su sinceridad se considerará como propiciatorias, 5 o más preguntas sobre estos temas es conducta A (A=5, B=4-3, C=2-1, D=0).
8. No requiere explicación.
9. La conducta A significa que se mantiene con un conocimiento y reflexivo de las cosas, mantiene el tema, no se aparta de él. Lo opuesto es la conducta D.
10. La conducta A significa que se da oportunidad a su conveniencia del interrogatorio y la exploración física del problema y profundiza en su análisis. Lo opuesto es la conducta D.
11. No requiere explicación.
12. El orden se refiere tanto a la secuencia de las maniobras de exploración física. Lo más importante será la no resistencia a las maniobras que se le efectuarán. Se considerará desorden (D) cuando se pierda la secuencia de las maniobras en 5 o más ocasiones (A=0, B=1, C=3-4, D=5).
13. Lo más importante es la atención prestada, contribuye con el propio esfuerzo a la consecución o ejecución de algo en lo que le causa el problema, si esta situación ocurre 3 o más ocasiones se marcará la D (A=0, B=1, C=2, D=3).