

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# USO DE TEORÍAS DE COMUNICACIÓN PARA DISMINUIR EL ERROR DIAGNÓSTICO

Monestel Umaña, Silvia<sup>1</sup> y Samaha, Laya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de la Suiza Italiana, Lugano, Suiza

**Resumen:** Objetivo: El error diagnóstico es el descuido universal en el contexto médico, siendo causa de muchas muertes, daños, y la negligencia más cara en medicina. Una forma de controlar este error es explorando el camino más relevante de la comunicación en el contexto de salud: la comunicación médico-paciente durante la anamnesis. Este documento revisa el modelo de la Teoría de Manejo Motivado de Información en una prueba empírica que observa, desde la perspectiva del médico, el proceso de manejo de información. Debido a que esta teoría ha sido exitosa al predecir decisiones de búsqueda de la información, 50 médicos de diferentes especialidades en Suiza y Costa Rica completaron voluntariamente un cuestionario, brindando datos de cómo su nivel de incertidumbre dirige sus procesos de búsqueda de información para pacientes en cuidado agudo. Los resultados contribuyen al entendimiento de los procesos de búsqueda de información que impulsa a los profesionales de salud, así como los determinantes más fuertes de este proceso. Al haber identificado ocho diferentes categorías en el estado de anamnesis, este modelo parece tener mejor adaptación en sólo uno de ellos, Queja Principal. Este estudio abre las puertas al desarrollo de más investigación aplicando esta teoría en el ámbito médico.

**Palabras claves:** Teorías de comunicación, Anamnesis, Error Diagnóstico, Comunicación Médico-Paciente, Incertidumbre.

Recibido: 11 Julio 2014. Aceptado: 2 Septiembre 2014. Publicado: 7 Octubre 2014.

## USE OF COMMUNICATION THEORIES TO DECREASE DIAGNOSTIC ERROR

**Abstract:** Diagnostic error is the universal mistake in medical care, being the cause of many deaths, injuries, and the most expensive fault in healthcare. One way to control for this error is to explore the most relevant path of communication in the health environment; the doctor-patient communication during anamnesis. Towards that effort, this paper serves to revise the framework of the Theory of Motivated Information Management in an empirical test that looks into the physician's perspective of the information management process. Since this theory has been successful in predicting information-seeking decisions, 50 physicians from various specialties across Switzerland and Costa Rica voluntarily completed a survey to provide data on how their level of uncertainty drives their information seeking processes from patients in acute care. Findings contribute to our understanding of information seeking processes, what drives health providers and what are the strongest determinants of this process. Having identified eight different categories in the anamnesis stage, this model seems to have the best fit on only one of them, Chief Complaint. This study allows further research to elaborate and distinguish the details of the TMIM from the health care providers' point of view; the basis shows a potential fit for the anamnesis stage.

**Key words:** Teorías de comunicación, Anamnesis, Error Diagnóstico, Comunicación Médico-Paciente, Incertidumbre.

### INTRODUCCIÓN

El error diagnóstico es el error médico más común [1]. Se ha reconocido la influencia de la comunicación involucrando diferentes entidades en la atención médica; sin embargo, nunca se ha probado empíricamente. Investigación en el campo de la salud cubre casos donde pacientes que no comparten información apropiada, son deshonestos con la adherencia al tratamiento y/o retienen información considerada útil [2-5]. El médico se convierte en el recipiente de información, quien afronta incertidumbre debido a la imprevisibilidad de sus pacientes. Esta imprevisibilidad impulsa un proceso de manejo de información por parte del médico para lograr avanzar en su manejo de decisiones.

### ERROR DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE INFORMACIÓN

Un diagnóstico es considerado erróneo cuando es atrasado, errado o no hecho del todo [6]. En el Harvard Medical Practice Study, el error diagnóstico fue responsable de 17% de los errores prevenibles en pacientes hospitalizados, y 9% de las autopsias fueron de pacientes que, en vida, experimentaron un error diagnóstico. A pesar de ser considerado la falta más cara en el cuidado médico, donde sólo los pagos por mal praxis sumaron 38.8 billones de dólares para el período de 1986-2010, este error prevenible aún no ha sido estudiado a profundidad [7].

Donde existe interacción entre el paciente y el profesional de salud, es donde más comúnmente puede emerger el error diagnóstico, y por lo tanto donde debería ser prevenido. Esto se debe a la recolección incorrecta de datos del paciente por limitaciones de tiempo, problemas comunicativos y por el nivel de alfabetismo médico de los pacientes al comunicarse con los profesionales en salud [7].

Estudios han revelado interesantes datos del impacto de la comunicación en la relación médico-paciente, donde 50% de los problemas psicosociales y psiquiátricos no son descubiertos, 54% de los problemas del paciente no son solicitados por el médico ni expuestos por el mismo paciente, y en aproximadamente 50% de las visitas existe algún desacuerdo en el tema de consulta. Una comunicación exitosa entre médico y paciente llevará a un diagnóstico exitoso, mayor retención de información por parte del paciente, mayor satisfacción de ambos debido a una disminución de conflictos, aumentada eficiencia de la entrevista médica, adecuada selección del tratamiento y mejor adherencia al mismo, con el resultado final de mejoras en la salud [2].

La mayoría de la investigación realizada con respecto al proceso de búsqueda de información del médico se enfoca en la post-consulta [8-9]. Además, se conoce el carácter asimétrico de la comunicación, cuando el médico solicita información de sus pacientes acerca de síntomas y los pacientes requieren información sobre el significado y tratamientos necesarios [10].

## TEORÍA DEL MANEJO MOTIVADO DE INFORMACIÓN

La Teoría del Manejo Motivado de Información (Theory of Motivated Information Management-TMIM) fue propuesta por Afifi y Weiner en el 2004. Dice que las personas están motivadas a manejar niveles de incertidumbre cuando perciben una discrepancia entre el nivel de incertidumbre que poseen y el que desean. La teoría fue diseñada como un proceso que combina

tres fases jerárquicas: interpretación, evaluación y decisión [11].

La fase de interpretación se caracteriza por el reconocimiento de la existencia de incertidumbre acerca de algún tema. El proceso inicia al desenredar la incertidumbre que los individuos tienen cuando las situaciones son ambiguas o complejas; esta incertidumbre está relacionada con el sentimiento de ansiedad. La fase evaluativa refleja expectativas acerca de los resultados que tendrá la búsqueda de información, así como las habilidades percibidas para encontrar lo que se busca, conocido como valoración del resultado y valoración de la eficacia [11]. La última fase es la fase de la decisión; involucra la selección de diferentes estrategias para el manejo de información. Los individuos podrían buscar la información, evadir la información o reevaluar cognitivamente la situación [12].

## JUSTIFICACIÓN

Observando la ambigüedad que existe en la literatura, donde vasta investigación se ha realizado en los procesos de búsqueda de información por parte de los pacientes; esta investigación estudia la perspectiva del médico en su proceso de búsqueda de información. Entendiendo los niveles de incertidumbre que los profesionales de salud atraviesan y sus modos de afrontarlos lleva a una mejora en la comunicación entre médicos y pacientes, y un entendimiento más preciso y completo.

Considerando lo establecido en la literatura, las hipótesis formuladas son las siguientes:

**H1:** Discrepancia en incertidumbre del médico llevará a ansiedad.

**H2:** a- Niveles de ansiedad tendrán un impacto en la valoración de resultados.

b- Niveles de ansiedad tendrán un impacto en la valoración de eficacia.

**H3:** Ansiedad influenciará la estrategia de búsqueda de información.

**H4:** Valoración de resultados influenciará la estrategia de búsqueda de información.

**H5:** Valoración de eficacia influenciará la estrategia de búsqueda de información.

**H6:** Valoración de resultados tendrá un impacto en la valoración de eficacia.

## MÉTODOS

### MUESTRA

Cincuenta profesionales de salud de Costa Rica y Suiza completaron un cuestionario ( $n = 32$  de Costa Rica). La muestra tuvo una edad promedio de 40 años ( $M = 40.160$ ,  $d.s. = 10.8$ ), fue equivalentemente representada por hombres ( $n = 29$ ) y mujeres ( $n = 21$ ). Los profesionales de la salud en el estudio representaban 15 diferentes prácticas, donde la mayoría eran médicos generales y odontólogos.

La muestra fue seleccionada en base a un método no probabilístico de bola de nieve, obtenida de directorios en línea de proveedores de salud en ambos países. Los correos electrónicos y cuestionarios fueron enviados en inglés y español, con una traducción inversa para comprobar la confiabilidad. Al enviar correos electrónicos a aproximadamente 4000 profesionales, se obtuvo una tasa de respuesta del 1.25%, en un rango de tiempo de tres semanas.

### MEDICIONES Y VARIABLES

La anamnesis está dividida en ocho categorías: 1- Datos Generales (DG), 2- Queja Principal (QP), 3- Historia de la Enfermedad Actual (HEA), 4- Antecedentes Médicos (AM), 5- Medicamentos (M), 6- Antecedentes Patológicos Familiares (APF), 7- Historia Social (HS), 8- Revisión por Sistemas (RS). El cuestionario analizó las preguntas en base a las ocho categorías, debido a sus notables diferencias [13-15]. Las preguntas de este estudio fueron adaptadas de previas aplicaciones de la teoría, asegurándose que los ítems fueran originalmente validados [11,16].

**Importancia del asunto:** el valor de la anamnesis para los médicos. Medida a través de 2 ítems (ej., “¿Qué tan importante es el proceso de anamnesis en la atención médica?”), con una escala de 7 puntos (7 = *muy importante*). El alto promedio de 6.7 ( $d.s. = 1.09$ ) demostrado por la escala sugiere gran importancia percibida.

**Incertidumbre:** diferencia entre el nivel deseado de conocimiento (ej., “¿Idealmente, qué tanta información le gustaría saber sobre sus pacientes al inicio de la anamnesis?”) y el nivel verdadero (ej., “¿Qué tanta información sabe usted típicamente sobre sus pacientes al inicio de la anamnesis?”). Medida con una escala de 7 puntos (7 = *todo*), un índice único fue creado substrayendo cuanto saben de cuanto les gustaría saber, variando entre -3 y +6, entre más positivo el resultado, más información es deseada.

**Ansiedad:** medida con tres preguntas (ej., “¿No saber ésta información sobre los pacientes al inicio de la anamnesis me hace sentir ansioso?”). Los ítems fueron presentados con una escala de 7 puntos de Likert. La consistencia interna fue satisfactoria para todas las categorías de la anamnesis ( $\alpha$  DG = .86,  $\alpha$  QP = .85,  $\alpha$  HEA = .86,  $\alpha$  AM = .87,  $\alpha$  M = .84,  $\alpha$  APF = .86,  $\alpha$  HS = .88,  $\alpha$  RS = .86).

**Valoración del resultado:** medida con dos ítems (ej., “¿Durante la anamnesis, preguntarle a los pacientes sobre \_\_\_\_\_ producirá resultados positivos o negativos?”). Las respuestas fueron en base a una escala de 7 puntos (7 = *extremadamente positivo*). Se alcanzó consistencia interna ( $\alpha$  DG = .92,  $\alpha$  QP = .86,  $\alpha$  HEA = .91,  $\alpha$  AM = .67,  $\alpha$  M = .85,  $\alpha$  APF = .88,  $\alpha$  HS = .92,  $\alpha$  RS = .81).

**Valoración de la eficacia:** para eficacia comunicativa se usaron dos ítems con una escala de 7 puntos de Likert (ej., “Me siento cómodo al hablar sobre \_\_\_\_\_ con mis pacientes”), que cubre la habilidad percibida por los médicos de mantener discusiones de temas importantes. Para eficacia adaptativa, tres ítems (ej., “Podría fácilmente responder en una manera efectiva si el paciente se



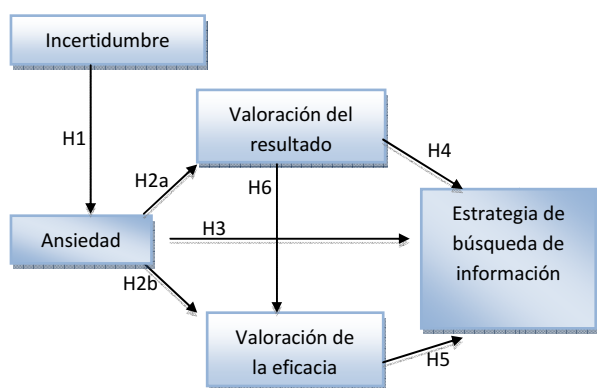
altera durante la anamnesis”) basados en una escala de 7 puntos (7 = *perfectamente bien*) midieron la habilidad percibida de manejar ciertas consecuencias del intercambio de comunicación durante la anamnesis. Para eficacia del objetivo, se usaron 5 ítems basados en una escala de 7 puntos de Likert (ej., “Creo que los pacientes serán comunicativos sobre temas sensibles que puedan surgir durante la anamnesis”), donde se estudiaron las dimensiones percibidas por los médicos de honestidad y habilidad de los pacientes para revelar información importante durante la anamnesis. Agrupados, los ítems presentaron una consistencia interna satisfactoria ( $\alpha$  DG = .86,  $\alpha$  QP = .85,  $\alpha$  HEA = .84,  $\alpha$  AM = .83,  $\alpha$  M = .81,  $\alpha$  APF = .85,  $\alpha$  HS = .85,  $\alpha$  RS = .83).

**Estrategia de búsqueda de información:** medida por cuatro ítems basado en una escala de 7 puntos de Likert (ej., “Durante la anamnesis, yo activamente realizo preguntas a mis pacientes para claramente entender su historia clínica”). Al realizar el test de confiabilidad, se decidió mantener un ítem para lograr consistencia.

**DISEÑO**

La figura 1 representa las hipótesis y enlaces entre las variables. Cada una de las categorías de la anamnesis actuó diferente en el modelo propuesto.

Figura 1, *Proceso de Búsqueda de Información*



Tomado de referencia 16.

**RESULTADOS**

Se realizaron análisis estadísticos de confiabilidad usando SPSS Statistics 21.0, donde los ítems que no cumplían el Cronbach  $\alpha$  de .80 fueron excluidos. Se realizaron además análisis de regresión, ANOVA de una sola vía y t-test de muestra independiente.

Se obtuvo el índice para el nivel de incertidumbre, para analizar la diferencia que los participantes percibían entre la información que poseían y la que deseaban poseer. Los profesionales en salud presentaron un promedio elevado de incertidumbre al inicio de la anamnesis: 1- DG (M = 2.04), 2- QP (M = 2.02), 3- HEA (M = 2.16), 4- AM (M = 2.8), 5- M (M = 2.84), 6- APF (M = 3.06), 7- HS (M = 2.94), 8- RS (M = 2.9).

**DATOS GENERALES**

Todas las hipótesis fueron apoyadas excepto H1. Para H2a, la ansiedad demostró un impacto significativo en la valoración de resultados, donde 23% de la varianza de la valoración de resultados fue asociada con la ansiedad,  $F(1, 48) = 14.55, \beta = .43, p < .001$ . H2b también estuvo significativamente apoyada con 22% de la varianza asociada con la ansiedad,  $F(1, 48) = 13.74, \beta = .23, p < .001$ . El nivel de ansiedad tuvo un impacto significativo en el procesos de búsqueda de información, donde H3 apoya 11% de la varianza y es estadísticamente significativo a  $F(1, 48) = 5.77, \beta = .35, p < .05$ . La valoración de resultados determinó significativamente la estrategia de búsqueda de información, con un 21% de la varianza estipulada en H4,  $F(1, 48) = 12.45, \beta = .54, p < .001$ . En relación con H5, 29% de la varianza en la estrategia de búsqueda de información fue determinada por la valoración de la eficacia,  $F(1, 48) = 19.28, \beta = 1.14, p < .001$ . Para H6, la valoración de resultados fue el determinante más importante para la eficacia, siendo responsable del 48% de la varianza,  $2 F(1, 48) = 44.59, \beta = .39, p < .001$ .





**QUEJA PRINCIPAL**

Todas las hipótesis fueron apoyadas estadísticamente, excepto H1. Para H2a, la ansiedad tuvo un impacto significativo en la valoración de resultados, donde 17% de la varianza en la valoración de resultados se asoció con la ansiedad,  $F(1, 48) = 10.02$ ,  $\beta = .21$ ,  $p < .01$ . También H2b es un predictor, con 12% de la varianza asociada con la ansiedad,  $F(1, 48) = 6.71$ ,  $\beta = .15$ ,  $p < .05$ . El nivel de ansiedad probó tener un impacto significativo en el proceso de búsqueda de información, donde H3 se relaciona con un bajo 9% de esta varianza, siendo estadísticamente significativo a  $F(1, 48) = 4.53$ ,  $\beta = .14$ ,  $p < .05$ . La valoración de resultados determinó significativamente la estrategia de búsqueda de información, y se atribuyó un 55% de la varianza establecida en H4,  $F(1, 48) = 59.62$ ,  $\beta = .74$ ,  $p < .001$ . Para H5, 39% de la varianza en la estrategia de búsqueda de información fue determinada por la valoración de la eficacia,  $F(1, 48) = 31.41$ ,  $\beta = .75$ ,  $p < .001$ . Para H6, la valoración de resultados es un determinante para la eficacia, siendo el responsable de 25% de la varianza,  $F(1, 48) = 15.71$ ,  $\beta = .41$ ,  $p < .001$ .

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL**

Solo H5 y H6 fueron apoyadas. Para H5, 14% de la varianza en la estrategia de búsqueda de información fue determinada por la valoración de la eficacia,  $F(1, 48) = 8$ ,  $\beta = .29$ ,  $p < .01$ . Por el otro lado, la valoración de resultados determinó un 15% de la varianza de la eficacia, establecido en H6,  $F(1, 48) = 8.73$ ,  $\beta = .31$ ,  $p < .01$ .

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

Solo H4 y H6 fueron apoyadas. Según H4, la valoración de resultados determinó un 11% de la varianza en la estrategia de búsqueda de información,  $F(1, 48) = 5.71$ ,  $\beta = .24$ ,  $p < .05$ . Para H6, la valoración de resultados determinó 11% de la varianza de la eficacia,  $F(1, 48) = 5.68$ ,  $\beta = .27$ ,  $p < .05$ .

**MEDICAMENTOS**

H2b, H4, H5, H6 demostraron ser estadísticamente significativas. En apoyo de H2b, la valoración de la eficacia determinó un 9% de la varianza en la ansiedad,  $F(1, 48) = 4.88$ ,  $\beta = .12$ ,  $p < .05$ . Al mismo tiempo, la valoración de resultados prescribió significativamente la estrategia de búsqueda de información con un 9% de la varianza, como estipulado en H4,  $F(1, 48) = 4.54$ ,  $\beta = .19$ ,  $p < .05$ . Para H5, 17% de la varianza en la estrategia de búsqueda de información fue determinada por la valoración de la eficacia,  $F(1, 48) = 9.99$ ,  $\beta = .35$ ,  $p < .01$ . La valoración de resultados fue un predictor de la eficacia a un 10% de la varianza,  $F(1, 48) = 5.28$ ,  $\beta = .25$ ,  $p < .05$ , apoyando H6.

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES**

Todas las hipótesis fueron estadísticamente apoyadas, a excepción de H1 y H3. Para H2a, 13% de la varianza de la valoración de resultados fue determinada por la ansiedad,  $F(1, 48) = 7.17$ ,  $\beta = .26$ ,  $p < .01$ . H2b pareció también ser significativamente soportada, con 10% de la varianza asociada a la ansiedad,  $F(1, 48) = 5.28$ ,  $\beta = .15$ ,  $p < .05$ . Con respecto a H4, 25% de la varianza en la estrategia de búsqueda de información es debido a la valoración de resultados,  $F(1, 48) = 15.94$ ,  $\beta = .59$ ,  $p < .001$ . En términos de H5, 9% de la varianza en la estrategia de búsqueda de información fue determinada por la valoración de la eficacia,  $F(1, 48) = 4.65$ ,  $\beta = .55$ ,  $p < .05$ . Para H6, la valoración de resultados determinó 16% de la varianza a  $F(1, 48) = 9.13$ ,  $\beta = .25$ ,  $p < .01$ .

**HISTORIA SOCIAL**

Sólo H2a y H6 fueron soportadas. En términos de H2a, 14% de la varianza de la valoración de resultados fue debido a la ansiedad,  $F(1, 48) = 8.05$ ,  $\beta = .34$ ,  $p < .01$ . Además, para H6 la valoración de resultados fue responsable del 25% de la varianza de la valoración de la eficacia,  $F(1, 48) = 16.28$ ,  $\beta = .29$ ,  $p < .001$ .



## REVISIÓN POR SISTEMAS

Sólo H2a y H4 fueron estadísticamente soportadas. En cuanto a H2a, la ansiedad demostró un 13% de la varianza de la valoración de resultados,  $F(1, 48) = 7, \beta = .23, p < .05$ . Para H4, un 17% de la varianza de la estrategia de búsqueda de información se debió a la valoración de resultados,  $F(1, 48) = 9.74, \beta = .54, p < .01$ .

## COMPARANDO SUBGRUPOS

El ANOVA demostró diferencias significativas entre los grupos étnicos en lo que se refiere a la importancia percibida alrededor de la anamnesis,  $F(2, 47) = 3.33, p < .05$ . De acuerdo al t-test, no existieron diferencias significativas entre los dos países con respecto a la Importancia del Asunto,  $p < .086$ . Además, el modelo completo demostró no tener diferencias significativas entre Costa Rica y Suiza; sin embargo, algunas variables en algunos de los ocho modelos demostraron lo contrario. Los modelos de APF y RS demostraron diferencias entre los países en incertidumbre y valoración del resultado, donde  $t(48, 39.45) = -2.21, p < .05$  y  $t(48, 36.51) = -2.20, p < .05$ ; respectivamente para incertidumbre, y  $t(48, 27.83) = -3.21, p < .01$  y  $t(48, 23.58) = -2.39, p < .05$ ; para valoración de resultados.

## DISCUSIÓN

La meta del presente estudio fue entender y predecir el proceso de búsqueda de información que los profesionales en salud atraviesan durante el momento de la anamnesis con sus pacientes de cuidados agudos, basado en el TMIM, con el fin de reducir la cantidad de errores diagnósticos.

Los resultados demuestran que la búsqueda de información no es constante a través de las ocho categorías de la anamnesis. Los modelos con el mejor ajuste a la teoría son los de Datos Generales y Queja Principal; donde sólo H1 no fue soportada. La queja principal es la razón central por la cual los pacientes visitan al médico, y el profesional en

salud ve esta categoría como el centro de la anamnesis, dando inicio al proceso de búsqueda de información; mientras que las categorías restantes son razones adicionales para comprender mejor el comportamiento.

El nivel de incertidumbre fue mayor para Antecedentes Patológicos Familiares, Historia Social y Revisión por Sistemas. Concerniente a APF y HS, el profesional en salud considera estas categorías como asuntos personales del paciente, que no están bajo su control. Mientras que la RS sucede al final de la anamnesis, y brinda datos importantes de la salud del paciente, y por ende el médico desea conocer para el futuro tratamiento.

Adicionalmente, la falta de apoyo estadístico para H1 fue prevalente en los ocho modelos. Esto se puede deber a dos motivos. Uno, la discrepancia de incertidumbre no conlleva necesariamente a la generación de ansiedad en el profesional de salud, comprobado también por Fowler y Afifi [16], donde los individuos experimentaron hasta 11 sentimientos relacionados a la incertidumbre. En el presente estudio, el proceso de búsqueda de información parece ser más un deber para el profesional de salud que un proceso iniciado por la ansiedad; además, los profesionales se pueden sentir apoyados por otros exámenes clínicos para obtener mayor información. El otro motivo puede ser que el sentimiento de ansiedad si esté presente, sin embargo no necesariamente producido por la incertidumbre; pueden existir otras fuentes de ansiedad como el peso de la responsabilidad, donde los profesionales de salud necesitan encontrar la solución adecuada para el problema del paciente.

En seis de ocho modelos la valoración de resultados fue un determinante significativo de la estrategia de búsqueda de información. Para HEA y HS, el efecto mediador de la valoración de la eficacia en la valoración de resultados hacen que esta última influya en la estrategia final.

En general, la TMIM tuvo un buen ajuste a través de cuatro de los ocho modelos, sin embargo,

no se obtuvo consistencia entre los modelos. Para los modelos con el peor ajuste, HEA, AM, HS y RS, no es que los profesionales de salud les reste importancia, sino que el proceso de búsqueda de información en estas categorías no es explicada apropiadamente por la TMIM.

Mayores análisis post-hoc demostraron diferencias entre países y etnicidades. Los ocho modelos se compararon en ambos países, donde la incertidumbre y valoración del resultado demostraron las mayores diferencias. Las diferencias en el nivel de incertidumbre se deben a diferentes directrices gobernando los sistemas de salud en cada país; mayor incertidumbre se encuentra en aquellos donde no existe mucha interacción previa con el paciente, como revisar el expediente ya preliminarmente llenado por el paciente con información general y médica. Para la valoración del resultado, las diferencias se deben a discrepancias en los sistemas educativos de cada país.

### LIMITACIONES

La primera limitación fue la falta de literatura acerca del proceso de búsqueda motivada de información de los profesionales de salud durante el momento de la anamnesis; convirtiendo a este estudio en pionero en este contexto.

La segunda limitación fue el reclutamiento de médicos. Enviando correos electrónicos a más de 4000 médicos a lo largo de 3 semanas, la bajísima tasa de respuesta de 1.25% afectó la validez externa del estudio, al obtener una muestra pequeña debido a la naturaleza voluntaria del estudio. Para obtener una muestra representativa se habría necesitado mayor cantidad de recursos.

### CONCLUSIÓN

El modelo propuesto por Afifi [16] en Manejo Motivado de Información parece ser

aplicable no sólo para estudiar al paciente; como los resultados demostraron, el modelo es también útil para analizar la perspectiva del profesional de salud. Ha sido aparente que el nivel de incertidumbre no produjo ansiedad; sin embargo, el ajuste de otras variables fue significativo, permitiendo su interpretación en el contexto de la anamnesis. La entrevista clínica junto con otros pasos en el contexto médico podrían ayudar a mejorar el diagnóstico final, con la posibilidad de disminuir hasta cierto punto el error médico producido por malas técnicas comunicativas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sifferlin, A. Diagnostic Errors Are the Most Common Type of Medical Mistake. *Time Health and Family*. <http://healthland.time.com/2013/04/24/diagnostic-errors-are-more-common-and-harmful-for-patients/>. 2013. Accesada 23 de agosto 2013.
2. Stewart, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 1995 May; 152(9):1423.
3. Gordon, H. & Brown, J. The importance of clinician-patient communication behaviors. *Health Services Research and Development Service*. <http://www.hsrdr.research.va.gov/publications/forum/aug10/#.UmvihyjIU4>. 2010. Accesada 19 de octubre 2013.
4. Tulskey, J. Good communications is not magic. *Health Services Research and Development Service*. <http://www.hsrdr.research.va.gov/publications/forum/aug10/#.UmvihyjIU4>. 2010. Accesada 30 de agosto 2013.
5. Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. & Vargas, A. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Revista Médica de Chile* 2010 Ago; 138(8):1047-1054.
6. Singh, H, Naik, A., Rao, R. & Petersen, L. Reducing diagnostic errors through effective communication: harnessing the power of information technology. *Journal of General Internal Medicine* 2008 Apr; 23(4):489-494.





7. Singh, H. & Weingart, S. N. Diagnostic errors in ambulatory care: dimensions and preventive strategies. *Advances in health sciences education* 2009 Sept; 14(1):57-61.
8. Bryant, S. L. The information needs and information seeking behaviour of family doctors. *Health Information & Libraries Journal* 2004 Jun; 21(2):84-93.
9. Davies, K. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Information & Libraries Journal* 2007 Jun; 24(2):78-94.
10. Brashers, D. E., Goldsmith, D. J. & Hsieh, E. Information seeking and avoiding in health contexts. *Human Communication Research* 2002 Apr; 28(2):258-271.
11. Afifi, W. A. & Weiner, J. L. Seeking information about sexual health: Applying the theory of motivated information management. *Human Communication Research* 2006 Jan; 32(1):35-57.
12. Afifi, W. A. & Weiner, J. L. Toward a theory of motivated information management. *Communication Theory* 2004 May; 14(2):167-190.
13. Kanchan, G. History Taking: Structure and Contents. <http://ocw.tufts.edu/Content/24/lecturenotes/309791>. 2012. Accesada 3 de octubre 2013.
14. Govoni, M. & Leeuw, W. Designing a Comprehensive Health History. <http://www.dentalcare.com/enUS/dentaleducation/continuingeducation/ce76/ce76.aspx?ModuleName=coursecontent&PartID=4&SectionID=-1>. 2012. Accesada 2 de noviembre 2013.
15. Costa, J. A. Historia Clínica. [http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h\\_clini1.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/medicinai/semioclas/h_clini1.pdf). 2006. Accesada 2 de noviembre 2013.
16. Fowler, C. & Afifi, W. A. Applying the Theory of Motivated Information Management to adult children's discussions of caregiving with aging parents. *Journal of Social and Personal Relationships* 2011 Jun; 28(4):507-535.

#### INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Umaña Monestel, Silvia  
silvia@monestel.com

Samaha, Laya  
samahalea@yahoo.com

