



# **UNIVERSIDAD DE CUENCA**

## **Facultad De Ciencias Médicas**

### **Carrera De Medicina**

# **Evaluación de las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina mediante la aplicación de la Guía Calgary Cambridge. Cuenca 2018**

*Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Médico*

#### **AUTORAS:**

Paulina Daniela Bermeo Ochoa. CI: 0105704571

Andrea Fernanda Estévez Vélez. CI: 0104234752

#### **DIRECTOR:**

Dr. René Fernando Estévez Abad. CI: 0102157146

#### **ASESOR:**

Dr. Jorge Leonidas Parra Parra. CI: 0101311397

Cuenca - Ecuador

30/04/2019



## RESUMEN

**Antecedentes:** las habilidades comunicacionales constituyen un pilar fundamental en la formación profesional de un médico y permiten establecer una buena relación médico paciente indispensable para el diagnóstico y el tratamiento eficaz.

**Objetivo:** evaluar las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

**Metodología:** se trata de un estudio observacional y descriptivo en los estudiantes de último año de la carrera de medicina. Se utilizó la guía Calgary-Cambridge para evaluar las habilidades comunicacionales de los estudiantes. Los datos obtenidos se analizaron con el programa IBM SPSS Statistics 24.0. Para el análisis se utilizaron estadísticos de tendencia central, frecuencia y chi cuadrado con la elaboración de tablas y gráficos.

**Resultados:** la media de edad fue de 24,04 ( $\pm 1,154$ ) años. La mayoría de estudiantes fueron de la Universidad de Cuenca representando el 51%, del total el 20% conocen la guía Calgary-Cambridge, solo 19% cursaron la cátedra optativa de médico paciente. Al evaluar las habilidades comunicacionales se encuentra que: saludan al paciente 90%, demuestran respeto 89%, mientras que solo el 11% resume la entrevista al cerrar la sesión. El puntaje de los estudiantes que se formaron en comunicación médica fue de 13,79 ( $DS\pm 2,323$ ) mientras que aquellos que no estudiaron relación médico paciente puntuaron 11,60 ( $DS\pm 3,371$ ) sobre 23.

**Conclusiones:** existe una deficiencia en el desempeño en habilidades comunicacionales de los internos de la carrera de medicina, uno de los posibles causales parece estar relacionado con dificultades en la enseñanza de comunicación médica.

**Palabras claves:** Habilidades comunicativas. Relación médico-paciente. Guía Calgary Cambridge.



## ABSTRACT

**Background:** communicational skills are considered very important in the physician professional training; these skills are basic to establish a good doctor-patient relationship which will be helpful in the diagnosis and effective treatment.

**Objective:** to evaluate the communicational skills of the medical school interns that work at Vicente Corral Moscoso Hospital.

**Methodology:** we present an observational and descriptive study on medicine students finishing the career. The data obtained was admitted to the program IBM SPSS Statistics 24.0. For the analysis it was used measures of central tendency, frequency and chi squared test and subsequently showed in tables and graphics.

**Results:** the mean age was 24,04 ( $\pm 1,154$ ) years. The students belong to the three faculties of medicine in Cuenca. Most of participants where students of the University of Cuenca constituting 51% of the total and only 20% of them know the Calgary-Cambridge guide while just 19% chose to study Doctor-Patient Relationship as an elective subject. When we evaluated the communicational skills, we found that 90% of the students greet the patient, 89% show respect, whilst only 11% summarize the interview at the end of the session. The mean score of the students trained in medical communication was 13,79 ( $DS\pm 2,323$ ) whereas the score obtained by the ones who didn't was 11,60 ( $DS\pm 3,371$ ) over 23.

**Conclusions:** there is a deficit in the communicational abilities of the interns, in the current investigation we established different reasons to explain why, among which we highlight the lack of education of medical communication.

**Key words:** Communicational abilities. Doctor patient relationship. Calgary-Cambridge guide.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>4</b>
<b>.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>15</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>18</b>
<b>FUNDAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
Comunicación en medicina .....	18
Empatía en la comunicación .....	20
Atención centrada en el paciente.....	21
Guías para evaluar comunicación: Calgary – Cambridge.....	23
Inicio de la sesión .....	24
Recogiendo la información .....	25
Entendiendo la perspectiva del paciente .....	25
Proporcionando estructura a la entrevista .....	26
Construyendo la relación .....	27
Cerrando la sesión .....	28
Enseñanza de comunicación en medicina .....	30
Elementos que interfieren con la comunicación .....	32
Evidencia de estudios similares .....	34
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>38</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
Objetivo general .....	38
Objetivos específicos .....	38
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>39</b>



<b>DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO .....</b>	<b>39</b>
Tipo de estudio.....	39
Área de estudio .....	39
Universo y muestra de estudio.....	39
Criterios de inclusión y exclusión .....	40
Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	40
Tabulación y análisis.....	40
Procedimientos para garantizar aspectos éticos .....	41
Operacionalización de variables .....	41
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>42</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>42</b>
Caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio.....	42
Puntuación de los internos según la guía Calgary – Cambridge.....	44
Análisis de las habilidades comunicacionales de los internos .....	50
Inicio de la sesión .....	50
Recogiendo la información .....	51
Entendiendo la perspectiva del paciente .....	52
Proporcionado estructura .....	53
Cerrando la sesión .....	54
<b>CAPÍTULO VI .....</b>	<b>55</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO VII .....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>63</b>
<b>CAPÍTULO VIII .....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>70</b>
ANEXO 1 .....	70
ANEXO 2 .....	73
ANEXO 3 .....	74
ANEXO 4 .....	78



**Cláusula de Licencia y Autorización para la Publicación en el Repositorio  
Institucional**

Paulina Daniela Bermeo Ochoa en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Evaluación de las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina mediante la aplicación de la Guía Calgary Cambridge. Cuenca 2018”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de abril de 2019

---

Paulina Daniela Bermeo Ochoa

CI: 0105704571



### Cláusula de propiedad intelectual

Paulina Daniela Bermeo Ochoa, autora del proyecto de investigación **"Evaluación de las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina mediante la aplicación de la Guía Calgary Cambridge. Cuenca 2018"** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 30 de abril de 2019

Paulina Daniela Bermeo Ochoa

CI: 0105704571



**Cláusula de Licencia y Autorización para la Publicación en el Repositorio  
Institucional**

Andrea Fernanda Estévez Vélez en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "**Evaluación de las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina mediante la aplicación de la Guía Calgary Cambridge. Cuenca 2018**", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de abril de 2019

*Andrea Estévez*

---

Andrea Fernanda Estévez Vélez

CI: 0104234752





### Cláusula de propiedad intelectual

Andrea Fernanda Estévez Vélez, autora del proyecto de investigación **“Evaluación de las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina mediante la aplicación de la Guía Calgary Cambridge. Cuenca 2018”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 30 de abril de 2019

---

Andrea Fernanda Estévez Vélez

CI: 0104234752



## **DEDICATORIA**

A mis padres, quienes, han sido la luz que guía mi camino, los que me han brindado apoyo incondicional y que con su infinito amor me han animado a cumplir todos los sueños que he tenido.

A mis hermanos quienes fueron mis primeros amigos, compañeros de travesuras y a pesar de que elegimos cosas diferentes nunca nos hemos separado. En especial al niño de mis ojos que con sus bromas y cuidados me ha enseñado que no hay amor más puro que el familiar.

A mis mascotas que son su lealtad y compañía no han permitido que me sienta sola durante todos estos años.

A todos mis profesores que me enseñaron que con dedicación y responsabilidad tendré un excelente futuro y me enseñaron a amar esta bella profesión.

A todos mis amigos que me enseñaron a reírme de los malos momentos, a encontrarle el lado bueno a las cosas y que alegraron todo este recorrido.

Paulina Daniela Bermeo Ochoa



## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico a mis padres, quienes con su esfuerzo, amor y perseverancia me han permitido llegar a cumplir un objetivo propuesto, gracias por inculcar en mi el sentido de responsabilidad y amor por lo que se hace y la valentía para no tener miedo a nuevos retos.

A Mateo, mi hermanito, quien con su cariño y paciencia me ha enseñado que nada es imposible, gracias por estar preocupado por mi durante este largo viaje.

A mis abuelos y todos aquellos que me han acompañado durante este camino que con su aliento y consejos han ofrecido su apoyo incondicional.

“La motivación es lo que te pone en marcha, el hábito es lo que hace que sigas”.  
(Jim Ryun)

Andrea Fernanda Estévez Vélez



## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestro agradecimiento va dirigido a la Universidad de Cuenca que se ha convertido en un hogar durante todos estos años, al Hospital Vicente Corral Moscoso que nos abrió sus puertas para la realización de esta investigación.

Agradecemos especialmente al director Dr. Fernando Estévez y asesor Dr. Jorge Parra de este proyecto, quienes han sido nuestra guía al realizar este trabajo, con sus conocimientos y su inagotable ayuda hemos podido concluir nuestra investigación.

A todos los compañeros internos quienes a pesar del cansancio y todo el trabajo que debían realizar aceptaron formar parte de este estudio.

**Las autoras**



## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

La medicina es una profesión compleja, consta de una parte teórico-práctica pero requiere el desarrollo de habilidades comunicacionales. La primera parte ha sido la que más se ha estudiado, mientras que la segunda históricamente ha sido considerada como una habilidad complementaria y no parte eje del aprendizaje en medicina. Precisamente, las habilidades comunicacionales son las que permiten establecer una buena relación con los pacientes, y precisamente por medio del desarrollo de las mismas se obtienen mejores resultados en la práctica médica (1).

Estas habilidades influyen en la comunicación durante la entrevista e incluyen: las destrezas necesarias para aprender a escuchar, la comunicación de malas noticias, el respeto por la diversidad, aprender a brindar recomendaciones a los pacientes y sus familiares e interpretar el lenguaje corporal; todo esto con la finalidad de ofertar un mejor trato al paciente y ayudarlo tanto a enfrentar la posibilidad terapéutica frente a una enfermedad así como enseñarle a sobrellevar una enfermedad crónica (2)(3).

En la actualidad, se puede encontrar varios instrumentos para evaluar objetivamente las habilidades comunicativas, entre los cuales se encuentra la guía Calgary-Cambridge publicada en 1996 con la finalidad de planificar los objetivos educacionales en estudiantes jóvenes. Este instrumento además de servir como una guía de evaluación rápida que enfrenta todo el momento de la entrevista, permite aportar una retroalimentación completa y estructurada al estudiante (1)(4).

En la actualidad, la formación de los estudiantes de medicina pone énfasis en el aprendizaje de las guías de tratamiento o las interpretaciones de los estudios clínicos como sustento biológico de la capacitación teórica relacionada con la salud y la enfermedad además de constituir la base fundamental de la práctica médica y de la toma de decisiones. De igual forma, es importante mencionar que el aprendizaje y capacitación en habilidades efectivas para la relación médico-paciente



es poco valorado, razón por la cual se decidió estudiar las capacidades comunicacionales de los estudiantes de último año utilizando la guía Calgary-Cambridge; esto permitirá conocer la forma en que los estudiantes de pre-grado se desenvuelven frente al paciente y así recomendar si este aspecto deberá ser reforzado en la formación médica.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir del tercer año de la carrera se inicia el estudio de las áreas relacionadas con la clínica acompañado del contacto con los pacientes tanto en ambientes de consulta externa como de hospitalización. En estas condiciones parece imprescindible que se permita que los estudiantes conozcan la metodología y utilicen las maneras correctas de relacionarse con los pacientes y las diferentes formas de abordar situaciones complejas que pueden surgir durante la interacción con una persona que tiene un padecimiento. Los estudiantes tienen que aprender a indagar no solo el problema físico del enfermo, sino también los sentimientos e ideas que tiene acerca del mismo, lo que muchos autores denominan “dolencia” (3).

A pesar de la importancia que tiene este tema, existe evidencia de que seminarios cortos que enfrentan estos contenidos desde un punto de vista teórico pero que no se acompañan de práctica, son insuficientes para lograr una buena enseñanza médica (5). Al revisar el sílabo de Semiología se identifica como primer tema de estudio la entrevista médica; en esta herramienta de programación curricular la relación médico – paciente está considerada una hora de taller teórico y cinco horas de práctica con pacientes reales o simulados; cuando se compara esta programación con estudios revisados al parecer no son tiempos suficientes para cubrir las necesidades básicas de aprendizaje en comunicación médica (6).

Es imperativo que se brinde mayor importancia a temas que parecen simples e innatos y se profundice en las habilidades que necesita un médico para interactuar con los pacientes. Un médico que sepa escuchar a la persona, que pueda hacer las preguntas exactas, que logre hacer sentir bien al paciente simplemente por entender cómo se siente y además que realice de manera correcta el examen físico para poder plantearse una hipótesis diagnóstica que alivie las dolencias que tiene la persona parece ser un mejor médico (7)(8). La pregunta fundamental que plantea el tema de estudio se relaciona con interpretar si el tiempo en el que estos conocimientos son enfrentados en la carrera médica, permite a los estudiantes en formación entender el concepto básico de la relación médico-paciente, y si se puede llegar entonces a concebir como un pilar fundamental para lograr la mejor



interacción con los pacientes en las condiciones de formación y después en el desempeño profesional, o si por el contrario existe una falla en la enseñanza de comunicación médica.

En la oferta académica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, malla 2013, consta también como asignatura la cátedra “Relación Médico-Paciente” pero se oferta como cátedra optativa, es decir que no consta en la malla curricular obligatoria para la formación médica. En esta cátedra uno de los objetivos educacionales se relaciona con la intencionalidad de complementar la formación de los estudiantes en las habilidades comunicacionales que un profesional de salud debe tener (9).





## JUSTIFICACIÓN

La relación entre el médico y el paciente, o bien sea entre el estudiante y el paciente requiere el mejor desempeño en las habilidades comunicativas que no deben ser consideradas como destrezas innatas, sino por el contrario, deben ser cultivadas a partir de los primeros años de la carrera. Con el enfrentamiento de esta formación desde los primeros años de la carrera se espera garantizar que como profesionales tengan la capacidad de formar lazos de confianza con el paciente y así asegurar una buena atención médica; por eso parece importante conocer si las habilidades en comunicación aprendidas en las facultades de medicina de nuestra ciudad son suficientes o por el contrario son deficientes para la práctica médica (10)(11).

Los resultados de esta investigación serán útiles; por una parte para los estudiantes que participen de la investigación quienes recibirán retroalimentación acerca de las debilidades y fortalezas con las que cuentan; y por otra, para las autoridades de la escuela de medicina, quienes a partir de las conclusiones podrán discutir con los docentes la importancia de una cátedra o de los tiempos suficientes que permitan modelar y capacitar en los temas relacionados con habilidades comunicacionales en busca de una mejor formación médica (12).



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTO TEÓRICO

#### Comunicación en medicina

La comunicación permite la relación entre las personas, para los profesionales de la salud ésta herramienta es de vital importancia y se conecta con el éxito de una buena entrevista clínica. Es así que en muchas universidades como la Universidad Católica de Chile, la Universidad de Missouri-Kansas y la Universidad de Zaragoza para mencionar algunos ejemplos, se ha incluido una cátedra que ahonda en temas de comunicación en el ámbito de la salud como recorrido obligatorio de la formación médica (13).

La mejor capacidad comunicativa implica algunos tiempos: utilizar las palabras correctas para la interacción con los pacientes; el saber qué decir, a quién, cuándo, cómo y la manera en la que se cuenta una noticia, sobre todo las malas; el aprender a callar en los momentos necesarios para así poder brindar el mejor servicio a las personas que acuden en busca de ayuda profesional (13). El uso adecuado de competencias comunicativas le permite al médico poder obtener la información importante del enfermo, encaminándola hacia un diagnóstico acertado y asegurando la adherencia al tratamiento, al mismo tiempo que permite reducir las situaciones de ansiedad y depresión del paciente (13)(14)(15).

Si los médicos no se entrenan en estas habilidades, se les va a dificultar tanto la realización de mejores anamnesis así como permitir que el paciente sienta y exprese satisfacción con la atención brindada (14). A partir de los años 70 del siglo pasado, las habilidades que se consideraban necesarias para que el médico desempeñe de forma correcta su vida profesional estaban asociadas con tres elementos: el conocimiento clínico y técnico adquirido por el estudio de la bibliografía, la realización de un correcto examen físico aprendido mediante la práctica y la resolución de problemas médicos aprendida en la práctica tutorial para



finalmente ofertar el mejor tratamiento. En estos tiempos, no se consideraba de manera particular la importancia a las habilidades comunicacionales que por lo contrario se entendían como innatas a la práctica y al desempeño del aprendizaje tutorial, sin tener tiempos particulares que permitiesen su modelado y corrección; por lo tanto estos contenidos no formaban parte del currículo de la carrera (16).

En 1999 la Asociación Americana de Escuelas de Medicina emitió un informe en el que hacía hincapié acerca de la importancia que tiene la relación médico-paciente en la formación médica, concluyendo que todas las escuelas de medicina deberían enseñarla de manera formal al considerarla como una competencia básica que los estudiantes deberían aprender en medicina (1)(17)(18). Por ello actualmente la enseñanza de la relación médico-paciente se encuentra reconocida dentro de los perfiles del egresado de la carrera de medicina, además que se considera uno de los pilares importantes para la práctica médica, tanto, que son habilidades evaluadas para el ingreso en las residencias y programas de posgrado (17)(19).

Según la asociación del Colegio Médico Americano de Cincinnati se han identificado siete momentos fundamentales en la entrevista médica ambulatoria que son: construcción de la relación, apertura de la discusión, recopilación de la información, entender la perspectiva del paciente, compartir información, buscar un acuerdo para los planes y el cierre de la entrevista (20). La comunicación médico paciente no es una habilidad fácil de enseñar y tampoco de aprender si no se practica todos los días, sin embargo con acertada preparación por parte de los docentes y una buena disposición por parte de estudiantes es posible hacerlo mejorando así la relación médico paciente beneficiando tanto al estudiante y al médico en su vida profesional, como a los futuros enfermos de los que tome responsabilidad (15).

### **Modelos de relación médico paciente**

La relación médico paciente ha evolucionado con el paso de los años, en el pasado el médico tomaba la mayoría de decisiones ignorando las creencias del enfermo pero en la actualidad el marco de recomendaciones de la Bioética transforma en



imperativo la inclusión del paciente en la toma de decisiones. Afortunadamente, el modelo paternalista ha sido dejado de lado siendo por lo tanto utilizado en pocos casos y se han desarrollado otros modelos para llevar a cabo esta interacción sustentados en la relación horizontal y el respeto por las personas (14).

Entre los principales modelos de relación entre médicos y pacientes se mencionan:

- El modelo participativo: en el cual el médico expone al paciente las opciones de tratamiento que puede recibir y comenta las ventajas y desventajas de cada una. Mantiene una comunicación activa cuando el paciente toma la decisión y el médico la respeta (21).
- El modelo informativo: en el cual el médico simplemente brinda información, la decisión es tomada por el paciente sin tomar en cuenta las sugerencias del médico; este modelo se desarrolló en respuesta al auge del autonomismo (21).
- El modelo interpretativo: se proporciona información, opciones y consecuencias de los tratamientos mencionados, el médico ayuda a que el paciente tome una decisión informada pero procura no influir en la decisión final (21).
- El modelo paternalista: el médico según su criterio elige el mejor tratamiento para el paciente sin que el paciente conozca todas sus opciones y tampoco forme parte de la decisión final. Este modelo fue muy utilizado por los médicos hace muchos años sin embargo, con el advenimiento de la Bioética y sus principios cada vez se debe utilizar menos esta manera de tratar a un enfermo ya que no se respeta la autonomía (21).

### **Empatía en la comunicación**

La empatía es una habilidad de los seres humanos, que implica puntos de vista interpretativos, emocionales, cognitivos y morales que hacen referencia a la capacidad para entender las experiencias y sentimientos de otra persona en una situación determinada. En otras palabras, es el ponerse en la posición de otra



persona y entender su punto de vista y cómo se siente con respecto a un momento definido. Se ha comprobado que para los profesionales en el área de la salud la empatía es compleja y se relaciona con una estructura multidimensional que incluye entender al paciente. Son importantes en el desarrollo de la empatía la expresión verbal como no verbal del médico evitando juzgar al enfermo, comprobar que el paciente comprenda la situación y actuar de manera que pueda involucrarse en su tratamiento (22)(23).

Los médicos que muestran empatía y buenas competencias comunicativas brindan la confianza necesaria como para que un paciente hable libremente de sus molestias y haga las preguntas que crea pertinentes, generando bienestar físico y emocional en el paciente (23). La empatía ha demostrado tener efecto terapéutico en los pacientes, reduciendo el estrés y mejorando la calidad de vida, además de generar una mayor adherencia a los tratamientos. El desarrollo de la empatía en niveles apropiados constituye un beneficio también para los médicos relacionándose con mayor precisión diagnóstica, trabajo más significativo, menor agotamiento laboral y reducción de los litigios médicos; pero sobretodo la satisfacción de percibir la mejoría de un paciente al salir de la consulta (23).

Se ha visto que para los estudiantes de medicina es un reto practicar la empatía en las primeras etapas de formación debido a que por una parte tienen que aprender a mantener cierta distancia con su paciente conocido como “profesionalismo” y por otra parte se les enseña que al momento de atender a una persona deben esforzarse y tratarlos como a un familiar. Encontrar el equilibrio entre los dos extremos se consigue con la práctica y no solo se aprende en las aulas de clases (24)(25).

### **Atención centrada en el paciente**

El nuevo modelo de cuidado al paciente requiere que se tome en cuenta no solo la parte biológica sino también la parte social; es así como la OMS propuso el criterio biopsicosocial de cuidado además de la llamada “atención centrada en el paciente”,



dejando de lado el modelo paternalista y con la cual se espera alcanzar mejores resultados en cuanto al cuidado de la salud (26) (27).

La atención centrada en la persona se define como aquella en la que el equipo de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) trabaja en conjunto con el paciente y sus familiares para tomar las mejores decisiones considerando siempre los deseos, derechos y necesidades del enfermo. Siempre entregando la información necesaria para que tanto el paciente como sus familiares puedan tomar una decisión informada (26) (28).

Existen tres tiempos básicos al momento de entrevistar a un paciente: el primero es tomar en cuenta las necesidades del paciente, además de sus dudas, sentimientos, preocupaciones, etc. El segundo es entender las creencias y el medio cultural en el cual el paciente se desenvuelve. El tercero, es poder llegar a un acuerdo acerca del manejo terapéutico siempre respetando lo que el paciente desee (26) (29). Sin embargo este modelo de atención puede parecer de cierta manera “utópico” ya que no siempre es posible que dos personas se pongan de acuerdo, sobre todo si tomamos en cuenta los factores que pueden interferir en el intercambio emocional y de datos entre el médico y el paciente.

Con estas consideraciones muchos médicos argumentan que el tiempo es la principal barrera para la buena comunicación; este prejuicio puede influenciar de manera negativa cuando se trata de negociar la agenda o cuando el médico está explicando las opciones terapéuticas. La segunda barrera que afecta a la comunicación médico – paciente es la dificultad para poder negociar los diferentes planes de tratamiento ya que muchas de las opciones están centradas en la efectividad médica (medicina basada en evidencias) y no toman en cuenta las preferencias o las necesidades del enfermo (28).

Finalmente, otra barrera importante es la actitud defensiva o fragmentaria que el médico puede tomar con el paciente o sus familiares; la cual no existirá cuando el médico entienda al enfermo y su entorno como un todo, cuando reconozca las



experiencias pasadas de la enfermedad y cuando tenga la capacidad de ser empático hacia la persona que le consulta (26).

### **Guías para evaluar comunicación: Calgary – Cambridge**

Para poder evaluar cómo un estudiante de medicina se desenvuelve con un paciente se han propuesto diferentes instrumentos entre los cuales encontramos el MAAS-Global Rating Test, Liverpool Communication Skills Assessment Scale y la Guía Calgary Cambridge (30). El presente estudio utiliza la Guía Calgary Cambridge creada por Silverman, Kurtz y Draper en 1996 y publicada en 1998. Es una guía observacional que resume las habilidades específicas que ayudan en la comunicación. La lista de habilidades con la que cuenta es larga debido a que la comunicación médica es compleja, la última actualización de la guía que fue realizada en 2005 por los mismos autores cuenta con 73 puntos, y no difiere mucho de la versión de 1998 (15).

En esta versión se incluyen todas las tareas involucradas en cualquier entrevista médica como son: construir la entrevista médica, dar estructura a la entrevista, iniciar la entrevista, recoger la información junto con el examen físico, explicar, planificar y finalmente cerrar la entrevista. Ha sido utilizada en todos los niveles de educación médica desde los primeros años hasta la formación en especialidad (18). Esta herramienta ayuda a delinear, enseñar y evaluar de forma objetiva las habilidades de comunicación necesarias para una correcta interacción médico paciente (31).

A continuación, se explica en breves rasgos los elementos más importantes de la guía, los cuales fueron utilizados como parte del formulario de encuesta del presente trabajo.



## **Inicio de la sesión**

Es uno de los momentos más importantes de la entrevista médica porque ocurre en pocos minutos y es cuando el médico comienza a establecer una buena relación con el enfermo, y a pesar de que dura poco tiempo, la manera en la que se inicie la entrevista definirá el curso de toda la interacción médico paciente.

Sin importar el escenario de la entrevista, el médico tiene que iniciar la sesión de tal manera que pueda entender la razón por la que el enfermo acude, siendo el objetivo primordial al inicio de la conversación con el paciente. Se debe evitar las interrupciones y comenzar siempre con preguntas abiertas que permitan la libre expresión del enfermo. Para poder cumplir de manera correcta esta parte de la entrevista el médico tiene que prepararse, establecer una buena relación e identificar el motivo de consulta (15).

La preparación comienza antes de la llegada del paciente, ya sea en la consulta, hospitalización o en emergencia, la persona que va a atender al enfermo está en la obligación de dejar de lado otras tareas y concentrar su interés en el enfermo, atendiendo a sus necesidades y al motivo por el que consulta (15). Al iniciar la consulta el médico tiene que saludar al paciente y obtener su nombre y sus datos personales, se presenta y aclara su rol y la naturaleza de la consulta, tiene que demostrar interés y respeto tomando en cuenta que el paciente esté cómodo; así podrá establecer una relación cordial con el paciente, la cual se tendrá que mantener a lo largo de toda la entrevista (15).

Por último se debe ahondar en el motivo de la consulta, identificando los problemas que el paciente desea discutir utilizando preguntas abiertas para facilitar al enfermo contar su historia. El médico practica la escucha atenta del relato sin interrumpir o dirigir las respuestas del paciente, confirma la lista de problemas y busca más detalles sobre los problemas ya expuestos por el paciente. Finalmente el médico negocia la agenda tomando en cuenta la necesidades del paciente, enfatizando una





relación colaborativa que se sustenta en una estructura clara para la entrevista y la priorización de los problemas ya identificados (15).

### **Recogiendo la información**

La historia clínica, contribuye con el 60-80% de los datos para poder llegar al diagnóstico. Sin embargo, para que esto se cumpla el médico tiene que conocer la manera correcta de recoger los datos, evitando a toda costa utilizar un mismo esquema para todos los pacientes lo cual se debe enfatizar en la educación de los estudiantes para que no comenten este tipo de errores. No se trata simplemente de extraer información, sino que el médico está en la obligación de hacer que el paciente se sienta escuchado y demostrar que sus problemas son prioridades para el médico, fortaleciendo así la relación que se estableció al inicio de la sesión (15).

El médico incentiva a que el paciente cuente sus problemas desde el comienzo de la enfermedad hasta la actualidad utilizando sus propias palabras. Mientras el médico intenta clarificar lo que no entiende sigue realizando preguntas abiertas y pasa a preguntas cerradas para aclarar los enunciados. Durante la recopilación de información es necesario que el médico escuche atentamente lo que relata el paciente, que facilite las respuestas del mismo utilizando lenguaje verbal y no verbal e ir resumiendo periódicamente para así clarificar lo no entendido. El lenguaje que utilice el médico debe ser conciso, sus comentarios, fáciles de entender y sobre todo evitar el uso de jerga, es decir, utilizar lenguaje especializado a la profesión médica (15).

### **Entendiendo la perspectiva del paciente**

La habilidad del médico para explorar los problemas del paciente va acompañada del entendimiento de lo que cree el paciente acerca de su enfermedad. Esta habilidad requiere de mucha práctica y experiencia por parte del facultativo. Durante



toda la entrevista el médico está obligado a recoger el lenguaje verbal y no verbal del paciente, estando pendiente de palabras clave que indiquen sentimientos (15).

Ahora bien, entre los elementos que se incluyen dentro de la perspectiva del paciente se encuentran:

- Ideas o creencias acerca de la posible causa de la enfermedad o acerca de los elementos que influyen en la salud.
- Preocupaciones acerca del significado los síntomas.
- Esperanzas en el médico y en la ayuda que representa para curar la enfermedad.
- Emociones sobre la enfermedad.
- Repercusiones en la vida diaria.

### **Proporcionando estructura a la entrevista**

Esta habilidad, al igual que la construcción de la relación con el paciente, se trabaja durante toda la entrevista y el médico es el encargado de mantenerla, de tal manera que tanto el paciente como él mismo se sientan cómodos durante todo el intercambio. Los objetivos de proveer una estructura ordenada a la entrevista son: permitir flexibilidad, ayudar al paciente a entender qué ocurre durante el intercambio e involucrarlo en el transcurrir de la entrevista participando y colaborando durante todo el tiempo (15).

Para poder llevar una entrevista organizada, el médico debe resumir periódicamente lo que relata el paciente para así confirmar que ambos están de acuerdo o resolver cualquier punto que no se encuentre claro para lo cual también se emplean elementos de transición los cuales ayudan a que el enfermo se sienta parte activa de la entrevista (15). Como ya se mencionó anteriormente, la interacción médico paciente deber ser estructurada, sin ser rígida e inflexible; al contrario, la habilidad del médico está en llevar una entrevista secuenciada y suficientemente flexible como para permitir una conversación ordenada con el enfermo (15).



Finalmente, se debe tomar en cuenta el tiempo utilizado en la entrevista, sin duda es uno de los factores que en la actualidad presiona a los profesionales de la salud y puede llevar a entorpecer la consulta. La duración de la entrevista requiere mantener el paso durante la misma, es decir, ni apurarla ni enlentecerla demasiado además de aprender a percibir cuánto tiempo ha pasado, evitando perder el contacto visual como sucede al mirar el reloj, lo que tendrá un efecto negativo en la relación con su paciente (15).

### **Construyendo la relación**

Una buena o mala relación entre el médico y su paciente influirá en el éxito o fracaso de la consulta; en consecuencia, construir una buena relación durante toda la entrevista es parte crucial de la comunicación médica elemento que suele pasar desapercibido o por el contrario puede darse por sentado.

El médico necesita utilizar de manera apropiada el lenguaje verbal y su comportamiento no verbal, manejando cuidadosamente su expresión facial, el contacto visual, la postura que toma, su posición y cuánto se mueve durante la entrevista; si va a tomar notas tiene que intentar no interferir el diálogo con el paciente y debe estar atento al comportamiento del paciente para detectar cualquier incomodidad (15). El médico está en la obligación de aceptar las creencias y sentimientos que muestra el paciente evitando juzgar a la persona, debe mostrar una actitud empática y expresar su preocupación cada vez que pueda durante la entrevista. Debe ofertar su ayuda y apoyo construyendo así una excelente relación con el enfermo (15).

Además de todas las actividades mencionadas, el paciente se siente bien con la atención brindada cuando el médico lo hace partícipe de la toma de decisiones, para lo cual el médico debe compartir lo que piensa acerca del problema alentando a que el paciente se involucre, explicar de manera racional las preguntas del enfermo y además planificar de manera conjunta el cronograma de tratamiento (15).

## Cerrando la sesión

Para poder cerrar de forma adecuada la sesión es muy importante prestar atención durante toda la entrevista e ir resolviendo de manera periódica cualquier pregunta o duda, para que así, al final de la consulta no se acumulen las interrogantes producto de mala comunicación durante la entrevista (15). Al cerrar la sesión se debe establecer el plan a futuro, primero se deja en claro el curso de acciones que se tomarán, teniendo en cuenta que el paciente esté de acuerdo y dejando posibles alternativas en caso de que el lineamiento de acción principal no funcione. Siempre es necesario explicar al paciente la posibilidad de una falla terapéutica asegurando que existen otras opciones de ser el caso (15).

El médico resume toda la sesión de manera breve y estimula a la discusión de cualquier punto no entendido clarificando el plan de cuidado. Finalmente repasa una vez más la aprobación del paciente acerca del plan terapéutico asegurando la concordancia con el mismo y preguntando por última vez si existe alguna duda o si hay algo que le incomode (15).



Ilustración 1. Esquema de la entrevista médica tomado de Moore P., Gómez G., Kurtz S., Vargas A., La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?.



Así es como se debería llevar una entrevista médica y a pesar de que parezca que la guía Calgary – Cambridge resulta larga y tediosa, si los estudiantes aprenden a seguir los pasos mencionados, después de un tiempo se les facilitará mucho el uso de la guía y complementarán su actuar en la vida profesional. Entre las ventajas de esta guía, se encuentra el poder estructurar de forma más organizada las entrevistas, facilita realizar evaluaciones a los estudiantes y sobre todo permite realizar retroalimentación para mejorar las habilidades comunicacionales de las personas en estudio (20) (23).

Otras ventajas de utilizar esta guía como referencia incluyen el aportar con la enseñanza de comunicación médica ya que su estructura es fácil de entender y de aprender así como proveer una pauta al momento de comunicarse, dejando espacio para que cada profesional pueda utilizar su personalidad y estilo al momento de la entrevista, evitando así la rigidez en la interacción médico – paciente. (15)

La Guía Calgary-Cambridge ha facilitado la creación de currículos para la enseñanza médica siendo utilizada en la mayoría de países europeos, Estados Unidos, Oceanía, además de Chile, Argentina y Brasil. A pesar de ser un documento relativamente corto se puede utilizar de manera efectiva tanto en grupos pequeños de enseñanza o de manera individual (15). En 2003 se hizo una actualización de la guía después de quince años de publicada en la cual se representan tres diagramas que esquematizan toda la entrevista médica para mejor enseñanza de la comunicación, también se incorpora la manera de integrar la perspectiva del paciente en todos los pasos de la entrevista médica (15).

Desde su creación en inglés ha sido traducida a varios idiomas y como se ha mencionado ha sido aplicada en las escuelas de medicina alrededor del mundo; además, se identificó que era igual de útil en otras carreras relacionadas con la salud como son la medicina veterinaria y la odontología, y ha conseguido de igual manera los mismos objetivos por los cuales se utiliza en medicina (32).



## Enseñanza de comunicación en medicina

La enseñanza de comunicación médica es compleja y requiere de esfuerzo tanto de las autoridades como de docentes bien capacitados y de alumnos dispuestos a aprender. Es necesario recalcar la importancia de la buena comunicación tanto con los pacientes como con los pares, ya que garantizará un buen entendimiento de la información y ayudará a establecer la relación interpersonal con sustento emocional (16). Las habilidades comunicacionales se pueden enseñar y se pueden aprender, es por eso que muchas escuelas de medicina alrededor del mundo han implementado cátedras para enseñar y practicar comunicación formando parte importante del pensum académico de la formación de un médico. Se han implementado diferentes maneras de enseñar comunicación siendo la práctica clínica desde años inferiores la más utilizada. Se ha visto que los estudiantes o médicos formados en comunicación son más amigables y *empáticos* con sus pacientes y sus colegas (16).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en una de sus recomendaciones invita a establecer procesos comunicacionales de acuerdo a la cultura y las características de cada población de tal manera que la enseñanza de la comunicación se haga de acuerdo a las necesidades culturales previamente establecidas. Para poder desarrollar un programa de comunicación aceptable, es necesario conducir investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas que ayudarán a identificar los componentes necesarios para crear mejores programas de enseñanza médica.

Se han establecido ciertas características esenciales que todo estudiante de medicina debe tener al momento de aprender a comunicarse: poder utilizar el lenguaje verbal y no verbal, poder comunicarse con diferentes audiencias y familiarizarse con las diferentes culturas (16).

Ahora bien, ¿cómo se debe enseñar las habilidades comunicacionales a estudiantes de medicina?; existen diferentes técnicas de enseñanza entre las cuales recalcamos:



- Pacientes estandarizados: esta técnica trabaja con un paciente real a quien se le ha solicitado permiso para usar su propia historia y resultados del examen físico. Esta persona no es un actor y tiene la ventaja de que al momento de comunicarse expresa sus emociones verdaderas (33).
- Pacientes simulados: aquí intervienen personas ordinarias que han recibido entrenamiento para representar un escenario clínico, pudiendo dar toda la información para garantizar una buena historia clínica. Este paciente no puede ser diferenciado de un paciente real si fue correctamente entrenado. Esta forma ha adquirido especial importancia en la enseñanza de ciencias sanitarias en ambientes seguros y es coordinada por la persona encargada de controlar la lección (33).
- Modelaje (*role-modeling*): consiste en que el estudiante aprende mediante la observación directa de la interacción de un profesional de la salud, generalmente su docente con sus pacientes. El estudiante tiene al profesor como una guía o un ejemplo. Aunque durante mucho tiempo éste fue el medio con el cual se aprendía la relación médico paciente se ha demostrado su poca efectividad ya que depende del actuar del docente, si éste realiza algo no recomendado el estudiante puede llegar a imitar estas malas acciones con sus pacientes. Es necesario que los docentes se capaciten e intenten actuar de mejor manera cuando están frente a sus pacientes. Los estudiantes deben formar pensamiento crítico que les permita identificar cuáles son las actitudes dignas de aprender y cuáles no practicar (34)(35).
- Juego de roles: constituye una forma de aprendizaje para la cual se realiza una simulación de interacción entre estudiantes, quienes tienen diferentes funciones previamente definidas para que al momento de participar ellos sepan cuál es su condición, sus deberes y obligaciones. A las personas que participan en este tipo aprendizaje se les pide que se imaginen cómo actuarían las personas a las que están representando, así que actúan frente a un público y posterior a ello la audiencia determina cómo podría mejorar



cada parte (por lo general dos o tres estudiantes) se indica los aciertos y errores cometidos como parte de la retroalimentación (36).

El aprendizaje de la comunicación efectiva con los pacientes es requisito fundamental para el ejercicio de la medicina, en consecuencia todo estudiante debe entender que la atención de un paciente no significa solamente tener conocimiento científico sino que además implica aprender a escuchar al paciente y a sus familiares, a ser empático con las personas que lo buscan, a mostrar confianza para que el enfermo cuente sus problemas y la importancia del alivio de los síntomas tanto para el paciente como para las personas que le rodean (32)(37)(38).

### **Elementos que interfieren con la comunicación**

La bibliografía consultada refiere ciertos elementos que no permiten la correcta comunicación, los hemos dividido en elementos externos a los actores de la comunicación y elementos propios de los participantes (médico, paciente o familiares)

#### Elementos Externos:

- Información en línea: el 40% de pacientes buscan explicación a sus síntomas en línea antes de acudir a consultas médicas. Algunos de estos pacientes, al ser atendidos muestran mayor inconformidad porque reciben diagnósticos inesperados o creen tener una condición más grave; por el contrario se sienten satisfechos cuando el profesional concuerda con lo consultado en internet. El mayor problema de las consultas en línea es la gran cantidad de información incorrecta disponible en la red la cual repercute de manera negativa al momento de establecer una relación médico paciente (39).
- Tiempo de espera previo a ser atendido: un largo tiempo de espera predispone a que el paciente termine insatisfecho después de la consulta, en especial al momento de acudir a una sala de urgencias o bien al acudir a consulta externa. Mientras menor sea el tiempo de espera, la percepción del





paciente en cuanto a calidad de atención y al compromiso del médico mejorará exponencialmente (40).

- Uso de la tecnología: uno de los mejores inventos para la humanidad ha sido la creación de nuevas tecnologías. En el campo médico tiene diferentes usos como lo son el almacenamiento de fichas médicas y el uso de los bancos de datos así como para los exámenes complementarios. Sin embargo la tecnología puede afectar negativamente a la comunicación en consulta si el médico se limita a transcribir el relato del paciente a un dispositivo electrónico y deja de lado el contacto visual elemento importante para construir una buena relación (41)(42).
- Tiempo para la consulta: disponer de 15 minutos o menos para una consulta representa un gran riesgo, tanto para el paciente quien recibe un diagnóstico incompleto y no se siente aliviado después de la consulta, como para el médico que debe atender a un mayor número de pacientes en el tiempo asignado y sufre de agotamiento. En los hospitales públicos en este tiempo definido se debe completar tanto la atención como el registro de la historia clínica (43).

#### Elementos Propios de los Actores de la Comunicación:

- Agotamiento del servidor de salud: el profesional de la salud es un ser humano con necesidades básicas y energía agotable sobre todo si durante la mayor parte del día se dedica a la atención de otras personas. Razón por la cual se ha visto que mientras más pacientes atiende un médico en un día mayor es la probabilidad de sufrir el “Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout” (44).
- Nivel de estrés del médico: la labor del médico en cualquier ámbito tiene diversos grados de complejidad. Toda consulta, procedimiento diagnóstico y terapéutico lleva al médico a un estado de angustia por el paciente. Considerando que un médico tratante ejerce la medicina 5 días a la semana donde atiende a varias personas en diferentes condiciones, lleva consigo la preocupación de varias vidas al mismo momento. Por otra parte se



encuentran las exigencias del sistema de salud y los problemas personales del facultativo (45).

- Angustia del paciente y su familia: todo proceso patológico conlleva consigo estados de ansiedad y angustia por parte de la persona que la padece y su familia. Muchas veces esta condición puede afectar la manera de expresarse del paciente y la reacción frente al diagnóstico (46).

### **Evidencia de estudios similares**

Al realizar búsquedas sobre estudios similares se encuentra una tesis de grado a nivel local realizado por Jaimes N y cols., en 1996, en el cual buscaban identificar la calidad del proceso de comunicación médico-paciente considernado elementos tales como espacio, emisor, receptor, mensaje y canal en consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso. La investigación se basó en preguntar al paciente, al médico y al estudiante sus opiniones y expectativas en cuanto a la comunicación en la consulta médica. Entre los resultados los autores mencionan que existe una deficiencia en la comunicación médico paciente y sugieren dos elementos importantes, el primero es la modificación del currículo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y el segundo que se realicen más estudios al respecto (47).

Mientras que a nivel internacional se pueden encontrar muchas referencias. Así, en Alemania, Simmenroth-Nayda et al, determinaron que la habilidad menos realizada por los estudiantes era el “saludo al paciente”, por el contrario el “negocio de la agenda” era ejecutado por la mayoría de los participates (1). Otro estudio realizado en Inglaterra por Burt et al., evaluando la “Escala de Calificación de Consulta Global” basada en la guía Calgary-Cambridge sobre 24 puntos encontraron como valor inferior 1.5 puntos traducido a que los participantes carecían de las habilidades necesarias para llevar una entrevista satisfactoria; en este mismo estudio el valor mayor fue 16.25 sobre 24 puntos, indicando que a pesar de ser el puntaje más alto no llega a cumplir las habilidades requeridas en la consulta (31).



En la Universidad de Hamburgo, en el período 2007 al 2011, Bachmann et al. calificaron las habilidades comunicacionales de estudiantes de medicina mediante filmaciones de 176 consultas, se pudo evidenciar que la mayoría de los estudiantes mostraron buenas habilidades comunicacionales en especial al momento de saludar al paciente, demostrar respeto en la entrevista y formular comentarios y preguntas fáciles de entender; los menores puntajes se encontraron en los acápites relacionados con entender la perspectiva del paciente, explorar las dudas, estimular la expresión de emociones y recoger el lenguaje verbal y no verbal (48).

En un estudio realizado en 94 estudiantes de la Universidad de Medicina de Inje en Korea por Roh, H et al, en el 2012, se buscaba evaluar las habilidades comunicacionales de los estudiantes con una paciente de sexo femenino con dolor abdominal. Los participantes fueron filmados mientras entrevistaban a la paciente; todos los estudiantes realizaban las preguntas correctas para identificar los problemas de la paciente, no obstante, la mayoría no confirmó la lista de problemas y ninguno negoció la agenda (29).

Una investigación realizada por Liew et al, con 240 estudiantes de Medicina en el Centro de Habilidades de la Universidad Medica Internacional de Kuala Lumpur en Malasia en el 2012 evaluó las habilidades comunicacionales de los estudiantes quienes debían relacionarse con un paciente simulado con odinofagia. Las mejores habilidades giraban en torno al momento de recoger la información mientras que la mayor cantidad de dificultades se encontraron al finalizar la sesión (49).

Bosse HM et al. investigando a 101 estudiantes de grado de medicina en India en el departamento de Medicina Familiar del Colegio Médico Cristiano entre los años 2010 y 2011, planteó la dificultad de enfrentar un caso complejo de un paciente de 20 años con dolor abdominal y diarrea; asimismo, el paciente tenía la preocupación de padecer una enfermedad maligna y refería antecedentes de haber acudido previamente donde otro médico quien lo dejó insatisfecho. Los resultados de la investigación demostraron que la mayoría de los estudiantes tenían la habilidad de



escuchar atentamente, sin embargo la mayor dificultad fue el recoger el lenguaje no verbal y entender la perspectiva del paciente (50).

En un estudio por Taylor et al, realizado en el 2018 con 558 estudiantes de la carrera de medicina de varias universidades de Australia se filmaron y grabaron las conversaciones para analizarlas. Las patologías que presentaron los pacientes fueron las más comunes como resfríos, cefaleas u odinofagias. Se encontró que la habilidad más deficiente fue la incapacidad de proporcionar estructura a la entrevista, en cambio la habilidad más desarrollada fue al momento de recoger la información (51).

En la Universidad de Heidelberg en la rotación de pediatría se realizó un estudio con 103 alumnos de último año de la carrera de medicina quienes debían atender a pacientes pediátricos junto con sus madres. Ellas describen las molestias del niño y sus inconformidades con el tiempo de espera o la atención que está recibiendo. Al respecto, se encontró como habilidad más deficiente el entender la perspectiva del paciente, mientras que el área en donde los estudiantes mostraron mayor fortaleza fue al momento de recoger la información (52).

Simmenroth-Nayda et al, de la escuela de medicina de Göttingen en Alemania investigaron a 194 estudiantes de medicina evaluando sus habilidades comunicacionales. Mediante una consulta, se comprobó mayor destreza al momento de escuchar atentamente y demostrar respeto al paciente, por el contrario las destrezas menos desarrolladas se relacionaron con el momento de negociar la agenda y tomar en cuenta las ideas del paciente (53).

Ammentorp et al, en la universidad del Sur de Dinamarca, en el 2010 investigando sobre habilidades comunicacionales de los estudiantes quienes debían atender a un paciente simulado y ser filmados, encontraron que la mayor cantidad de fallas se presentaron al momento de darle una secuencia lógica a la entrevista. También se registraron fallas al momento de tomar en cuenta el tiempo. La mayoría de



estudiantes mostraron buenas habilidades al recoger el lenguaje verbal y no verbal y al formular preguntas y comentarios fáciles de entender (54).



## CAPÍTULO III

### OBJETIVOS

#### Objetivo general

Evaluar las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

#### Objetivos específicos

- Caracterizar a los sujetos de estudio según variables de edad, sexo, rotación, institución formadora.
- Determinar la participación en procesos previos de formación en relación médico paciente.
- Identificar la utilización de las habilidades comunicacionales interno paciente, mediante la aplicación de la guía Calgary-Cambridge.
- Desarrollar un proceso de retroalimentación sobre habilidades comunicacionales con los sujetos de estudio.



## **CAPÍTULO IV**

### **DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

#### **Tipo de estudio**

Es una investigación de tipo descriptivo, observacional, de carácter prospectivo y transversal.

#### **Área de estudio**

El presente estudio se realizó en los servicios de medicina interna, ginecología, pediatría y cirugía, tanto en el área de hospitalización como de emergencia del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, hospital de segundo nivel de la zona 6 del Ministerio de Salud Pública, de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay, Ecuador.

#### **Universo y muestra de estudio**

El universo estuvo conformado por todos los estudiantes del año de internado que se encontraban laborando en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” cuya cifra ascendía a 124.

La muestra fue obtenida a través del método no probabilístico de conveniencia para la selección de la misma, considerado el mejor método cuando no se encuentran muchos estudios locales en este ámbito. En este sentido se optó por seleccionar una muestra de 100 observaciones, correspondiente al 80,64% del total del universo.

Al calcular el tamaño de la muestra mediante la fórmula de Fisher para universos finitos, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, se obtuvo una muestra de 94 observaciones.



## **Criterios de inclusión y exclusión**

### Criterios de Inclusión

- Se incluyó a los estudiantes del internado rotativo de la Universidad de Cuenca, del Azuay y Católica que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

### Criterios de exclusión

- Se excluyó a todos los estudiantes que no aceptaron participar y que no firmaron el consentimiento informado.

## **Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El método para la obtención de la información de las habilidades comunicacionales en los estudiantes fue la observación directa de la fuente registrada durante la interacción con los pacientes tanto en emergencia como en el área de hospitalización. Los participantes no conocían que serían evaluados, permitiendo así disminuir los posibles sesgos.

Se aplicó un formulario con base en la guía Calgary-Cambridge, versión resumida (1)(55), en el cual se incorporaron variables tales como edad, sexo, universidad de procedencia, servicio en el que laboraban, formación en comunicación y conocimiento de la guía Calgary-Cambridge (Anexo #1).

Para poder utilizar de manera correcta la guía Calgary-Cambridge las autoras del proyecto, mediante una exhaustiva revisión bibliográfica y explicación por parte del director además de aprendizaje por el curso de Relación Médico Paciente, se capacitaron en el manejo de la misma.

## **Tabulación y análisis**

Los datos obtenidos se registraron en el formulario físico y posteriormente fueron trasladados a una base de datos en Microsoft Excel Office versión 2011;





posteriormente, para el análisis estadístico se importaron al programa IBM SPSS Statistics 25.0 (software de prueba).

Las variables cuantitativas discretas fueron analizadas a través de medidas de tendencia central (media, desvío estándar) y cálculo de frecuencias. Mientras las variables cualitativas nominales se analizaron mediante chi cuadrado de Fisher con un intervalo de confianza del 95%.

Cada pregunta de la guía fue calificada sobre un punto, dando un total de 23 puntos, técnica que se utilizó para poder puntuar la entrevista de cada participante. No se utilizó una categorización cualitativa de la guía, al contrario, se trata de una herramienta observacional que brinda información de los elementos de la comunicación y permite hacer retroalimentación de los puntos no realizados por los estudiantes.

Los resultados se presentan tabulados en medidas de frecuencia y porcentaje y los resultados se muestran en tablas simples y gráficos.

### **Procedimientos para garantizar aspectos éticos**

El presente estudio fue revisado por la Comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas la cual realizó sugerencias ortográficas y gramaticales, además de correcciones en cuanto a las citas bibliográficas.

Los datos obtenidos fueron absolutamente confidenciales utilizados con propósitos de investigación, cuidando el anonimato de los participantes que aceptaron libremente formar parte de la investigación mediante la firma del consentimiento informado (Anexo #2). Luego de su aceptación las autoras observaron las entrevistas de los internos con sus pacientes y llenaron el formulario de acuerdo al desempeño de cada uno de ellos. Las investigadoras están comprometidas a no revelar información innecesaria o que pueda perjudicar a los encuestados.

### **Operacionalización de variables**

Ver Anexo #3.



## CAPÍTULO V

## RESULTADOS

## Caracterización sociodemográfica de la muestra en estudio

Tabla 1. Distribución de 100 internos de medicina que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso según edad, sexo, universidad de procedencia y rotación. Cuenca, 2018-2019.

VARIABLE	VALOR (número y porcentaje)
<b>EDAD</b>	
Media	24,04 ± 1,154
Mínima	22
Máximo	30
<b>SEXO</b>	
Masculino	44
Femenino	56
<b>UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA</b>	
Universidad de Cuenca	51
Universidad del Azuay	14
Universidad Católica	35
<b>ROTACIÓN</b>	
Medicina Interna	23
Ginecología	26
Pediatría	23
Cirugía	28
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Fuente: base de datos

Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

**Descripción:**

En el estudio se encontró que la edad media de los encuestados fue  $24,04 \pm 1,154$ , el sexo predominante es el femenino representando el 56% de los participantes. Según la universidad de procedencia el grupo predominante fue el de la Universidad de Cuenca con el 51% de internos, mientras que el grupo minoritario fue el de la



Universidad del Azuay con el 14%. El servicio con más sujetos de estudio fue cirugía con 28%, seguido por ginecología con 26%.



### Puntuación de los internos según la guía Calgary – Cambridge

Tabla 2. Distribución de 100 internos de medicina que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso según puntaje obtenido en la aplicación de la guía Calgary – Cambridge. Cuenca, 2018.

PUNTAJE	FRECUENCIA	%
0-5 Puntos	3	3
6-10 Puntos	27	27
11-15 Puntos	59	59
16-20 Puntos	11	11
21-23 Puntos	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: base de datos  
Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

#### Descripción:

Según el puntaje obtenido por los internos, la mayoría de ellos (59%) alcanzan entre 11-15 puntos sobre 23, por el contrario ningún estudiante alcanzó el puntaje máximo durante la entrevista.

La segunda categoría que obtuvo mayor puntaje fue de los estudiantes con puntuaciones entre 6-10 representada por el 27%; mientras que 3 personas obtuvieron una nota menor a 5.



**Tabla 3. Distribución de 100 internos de Medicina según universidad de procedencia y puntaje promedio obtenido al aplicar la guía Calgary Cambridge. Cuenca, 2018.**

<b>UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA</b>	<b>PROMEDIO DE PUNTAJE (CALIFICACIÓN SOBRE 23)</b>	<b>DESVÍO ESTÁNDAR</b>
Universidad de Cuenca	12,736	± 3,063
Universidad Católica de Cuenca	11,26	± 3,416
Universidad del Azuay	11,21	± 3,468
<b>PROMEDIO GLOBAL</b>	<b>11,73</b>	

Fuente: base de datos  
Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

**Descripción:**

Los internos con el mejor puntaje fueron aquellos de la Universidad de Cuenca con un promedio de  $12,73 \pm 3,063$  sobre 23, en cambio los estudiantes de la Universidad del Azuay obtuvieron la menor puntuación ( $11,21 \pm 3,468$ ).

En términos globales se advierte que el conjunto de internos del Hospital Vicente Corral Moscoso superan mínimamente el 50% de la puntuación máxima otorgada a la aplicación de la guía.



**Tabla 4. Distribución de 100 internos de Medicina según el servicio donde laboran y puntaje promedio obtenido al aplicar la guía Calgary Cambridge. Cuenca, 2018.**

SERVICIO DONDE LABORAN	PROMEDIO DE PUNTAJE (SOBRE 23)	DESVÍO ESTÁNDAR
Cirugía	14,25	± 2,171
Pediatría	11,87	± 3,252
Medicina Interna	11,83	± 3,676
Ginecología	9,92	± 2,591

Fuente: base de datos  
Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

**Descripción:**

Con respecto a los servicios en donde laboraban los internos se encontró que aquellos trabajando en la rotación de cirugía obtuvieron el mejor puntaje, con un promedio de  $14,25 \pm 2,171$ ; el siguiente grupo con el mejor puntaje fue el de medicina interna con un promedio de  $11,83 \pm 3,676$ , seguido de los de pediatría con  $11,87 \pm 3,252$  y en último lugar aquellos de ginecología con  $9,92 \pm 2,591$  sobre 23.



**Tabla 5. Distribución de 100 internos de Medicina según formación en comunicación médica y promedio del puntaje obtenido al aplicar la guía Calgary – Cambridge. Cuenca, 2018.**

FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN MÉDICA	PROMEDIO DE PUNTAJE (SOBRE 23)	DS	MÍNIMO	MÁXIMO
Si	13,79	± 2,323	8	18
No	11,60	± 3,371	4	18

Fuente: base de datos  
Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

**Descripción:**

El promedio obtenido por los estudiantes que han recibido formación en comunicación médica se encuentra mejor puntuado (13,79) con respecto a aquellos que no se formaron (11,60). Además, se observa que el mínimo puntaje (4) fue alcanzado por los internos que no se formaron en relación médico paciente mientras que, el máximo que fue 18 puntos está distribuido en ambos grupos.



**Tabla 6. Distribución de 100 internos según la universidad de procedencia y el puntaje obtenido por rangos al aplicar la guía Calgary – Cambridge. Cuenca, 2018.**

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA	PUNTAJE SEGÚN GUÍA CALGARY-CAMBRIDGE					TOTAL
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-23	
Universidad de Cuenca	1	10	32	8	0	51
Universidad del Católica	2	12	18	3	0	35
Universidad del Azuay	0	5	9	0	0	14
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>59</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>100</b>

Fuente: base de datos

Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

### Descripción:

La mayor parte de los sujetos investigados puntuaron en el rango de 11-15 puntos. Llama la atención que el 62,74% de los estudiantes de la Universidad de Cuenca llegan al rango de puntaje mencionado mientras que únicamente el 51,42% de los internos de la Universidad Católica alcanzaron el rango de 11-15 puntos en la evaluación.

Al analizar la relación entre la universidad de procedencia y el puntaje alcanzado en la aplicación de la guía, se encontró que no existe relación entre las variables ( $X^2=0,362$ ) por lo que se concluye que, sin importar en qué universidad hayan estudiado los internos existe una deficiencia en la enseñanza de relación médico paciente, si se analiza únicamente la relación estadística entre ambas variables.





**Tabla 7. Distribución de 100 internos según la formación en comunicación médica y el puntaje obtenido por rangos en la guía Calgary – Cambridge. Cuenca, 2018.**

FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN MÉDICA	PUNTAJE SEGÚN GUÍA CALGARY-CAMBRIDGE					TOTAL
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-23	
Si	0	2	13	4	0	19
No	3	25	46	7	0	81
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>59</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>100</b>

Fuente: base de datos

Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

### **Descripción:**

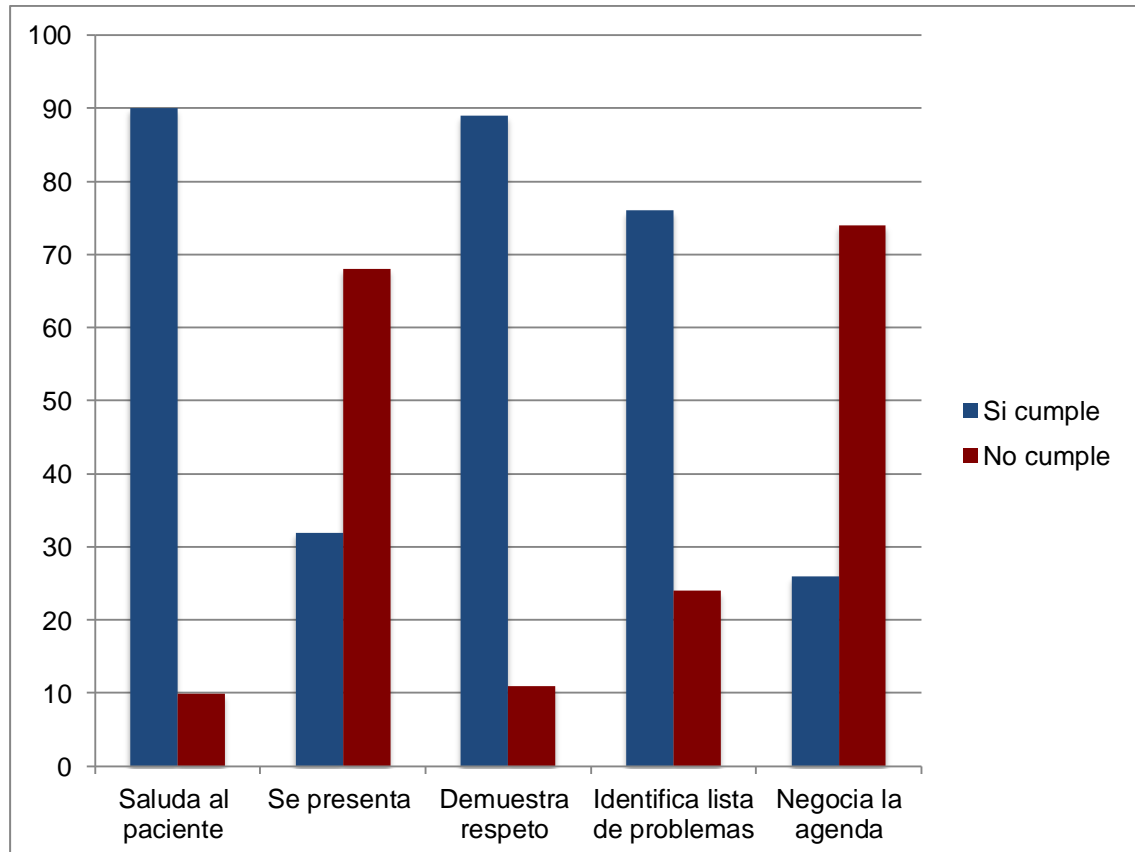
El 81% de los participantes dicen no haber tenido formación en comunicación médica, de estos el 56,79% alcanzaron el puntaje de 11-15 por el contrario de los estudiantes que si tuvieron formación en comunicación médica el 68,42% alcanzaron la puntuación media; dato importante encontrado en el estudio ya que existe una diferencia de las habilidades comunicacionales entre estos dos grupos.

Al analizar la relación entre la formación en comunicación médica y el puntaje, no existe relación estadística entre ambas variables ( $X^2=0.133$ ).

## Análisis de las habilidades comunicacionales de los internos

### Inicio de la sesión

Gráfico 1. Habilidades de los internos de medicina en el hospital Vicente Corral Moscoso al inicio de la sesión. Cuenca, 2018.



Fuente: base de datos

Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

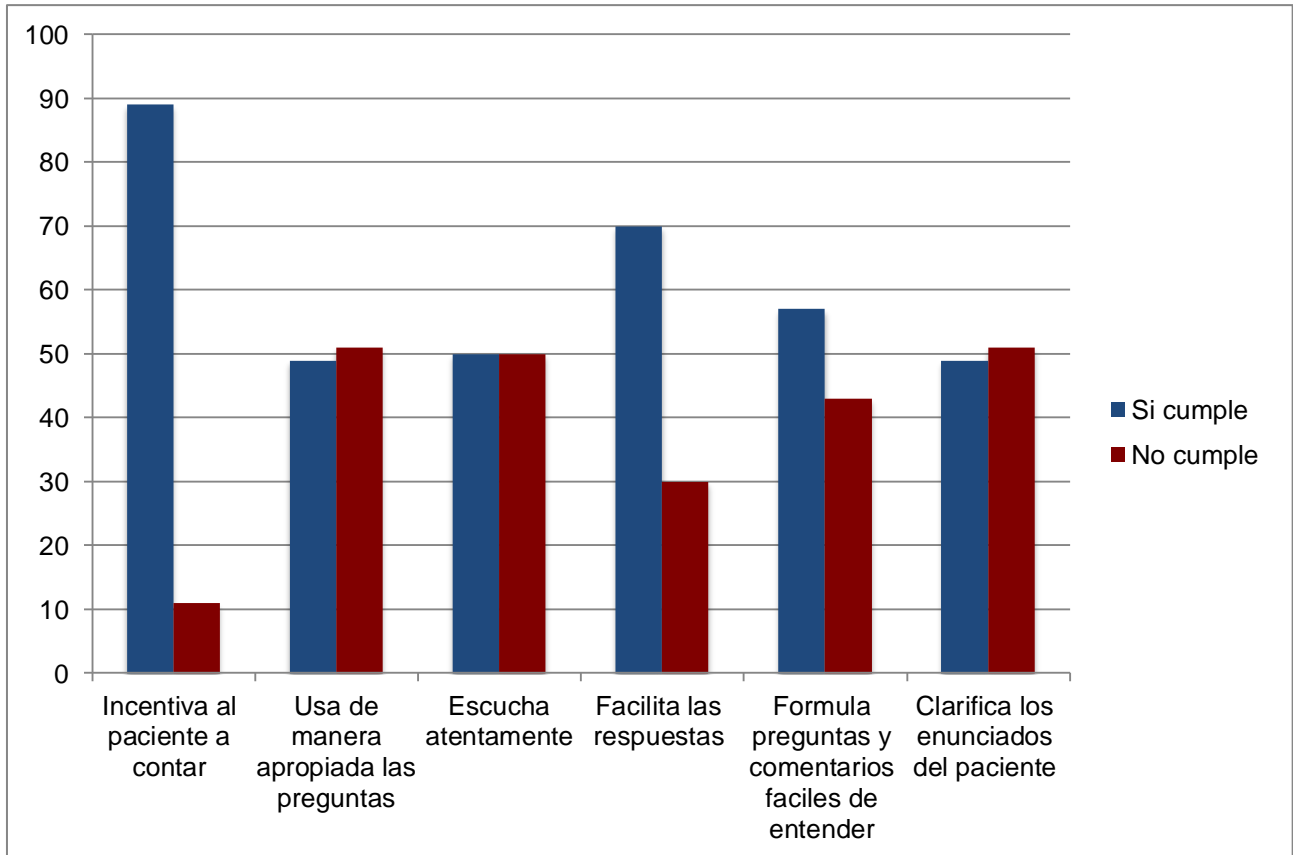
### Descripción:

Dentro de las habilidades comunicacionales evaluadas en el inicio de la sesión se demuestra que el 10% de los participantes no saludan al paciente además el 68% de estos no se presenta y no aclara su rol. El 11% de los encuestados no demuestran respeto al momento de comunicarse con sus pacientes. Por otra parte, se encontró que al momento de identificar la lista de problemas únicamente el 24% no cumple con esta tarea. Finalmente, el 74% de los participantes no negocian la agenda con sus pacientes.



**Recogiendo la información**

**Gráfico 2. Habilidades de los internos de medicina en el hospital Vicente Corral Moscoso según desempeño al momento de recolectar la información. Cuenca, 2018.**



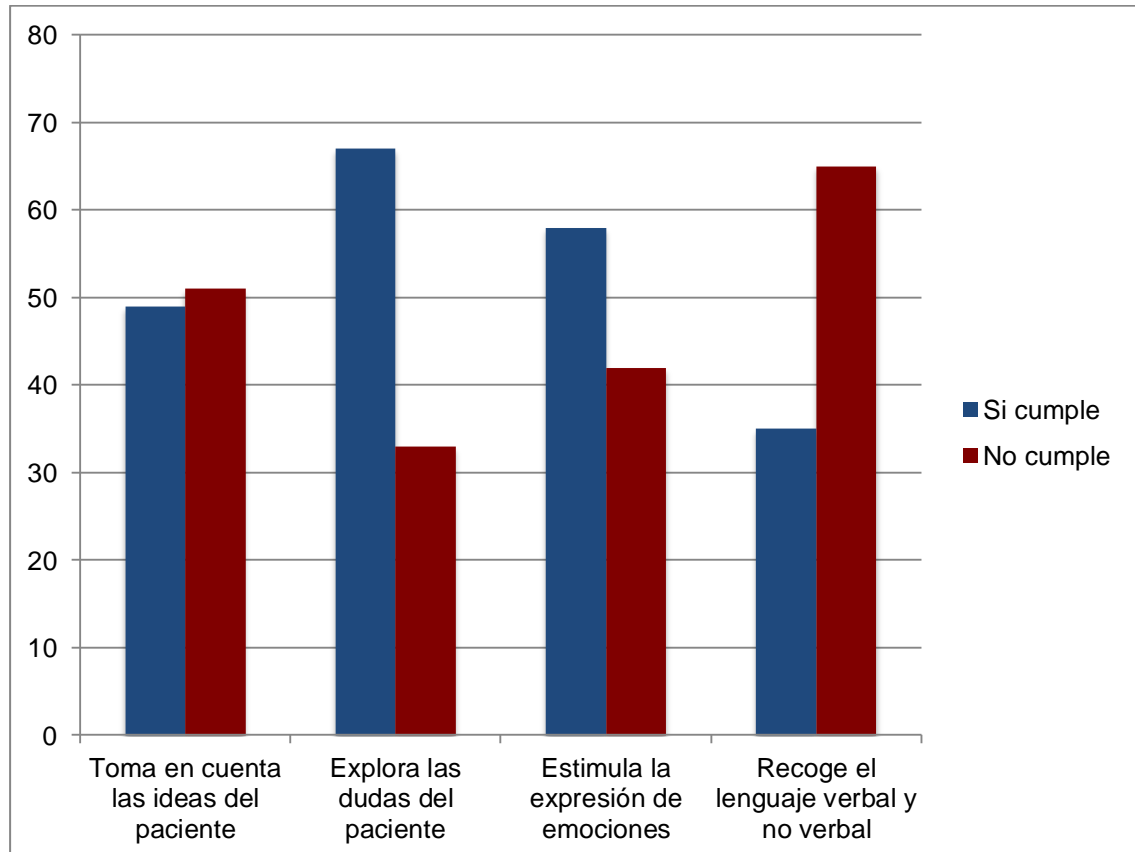
Fuente: base de datos  
Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

**Descripción:**

Con respecto a las habilidades que se necesitan para la recopilación de la información se encontró que un 11% de los encuestados no incentiva al paciente a contar su historia, por otra parte, el 50% no escucha atentamente al paciente y el 30% no facilita las respuestas. Además, el 43% de los participantes no formula preguntas y comentarios fáciles de entender y el 51% no clarifica los enunciados del paciente.

### *Entendiendo la perspectiva del paciente*

**Gráfico 3. Habilidad de los internos de medicina del hospital Vicente Corral Moscoso para entender la perspectiva del paciente. Cuenca, 2018.**



Fuente: base de datos

Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

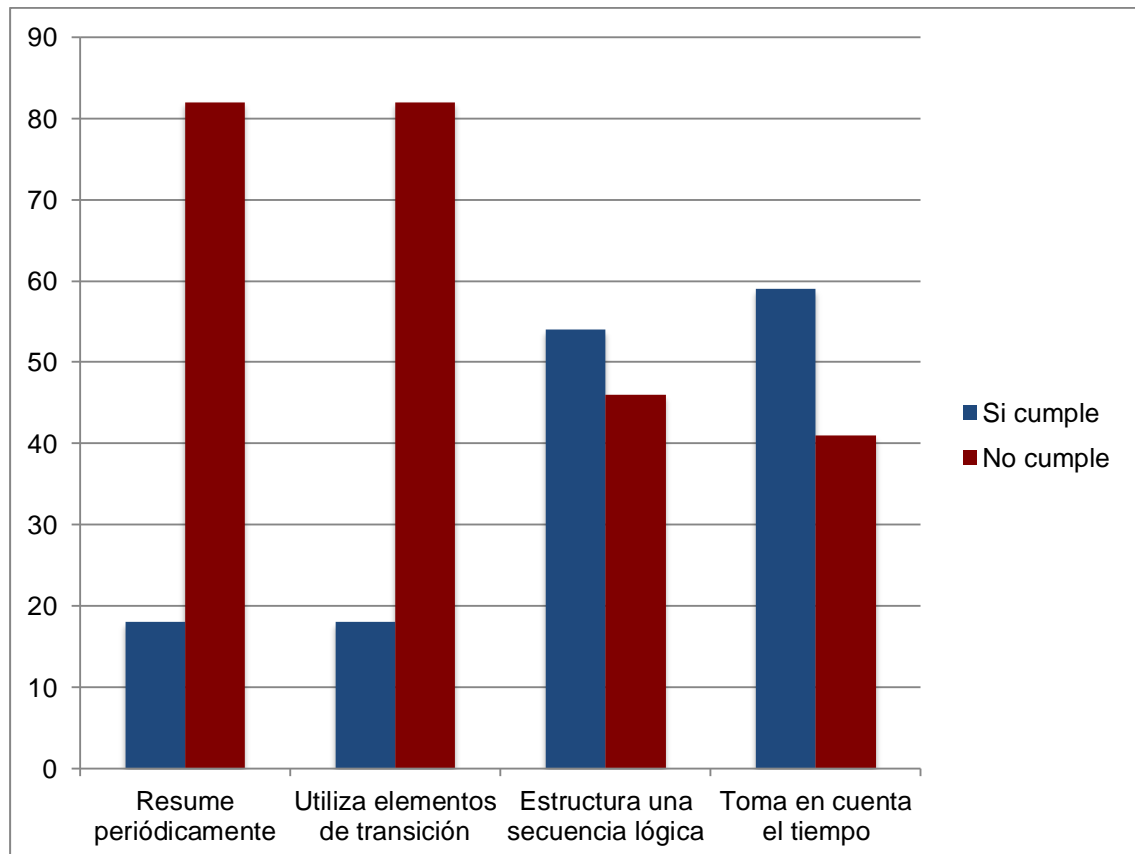
### **Descripción:**

Entre las habilidades comunicacionales requeridas para entender la perspectiva del paciente el 51% de los sujetos de estudio no toman en cuenta las ideas de los pacientes; por otra parte, el 65% de los participantes no recogen el lenguaje verbal y no verbal de sus pacientes mientras los entrevistan.

El 23% no explora las dudas que tiene el paciente y el 24% de los mismos no estimulan la expresión de emociones.

### ***Proporcionado estructura***

**Gráfico 4. Habilidades de los internos de medicina en el Hospital Vicente Corral Mosocoso a la hora de proporcionar estructura a la entrevista. Cuenca 2018.**



Fuente: base de datos

Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

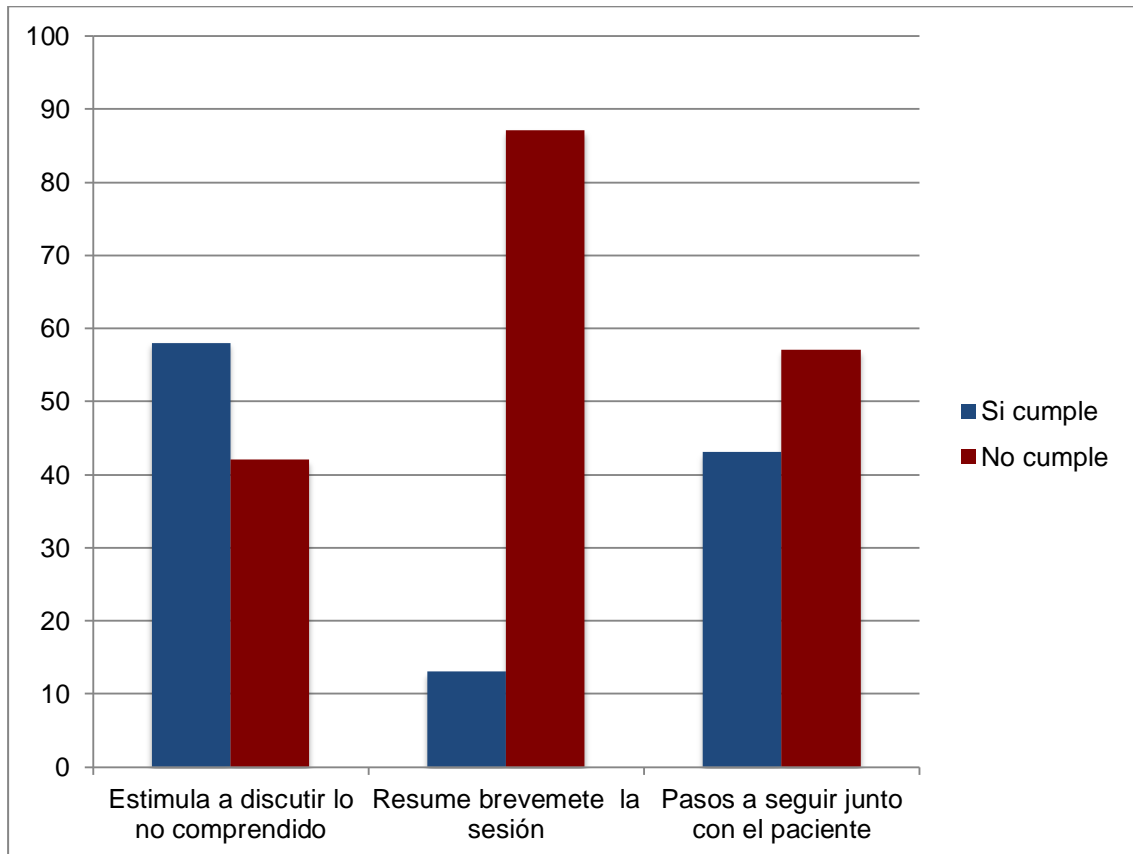
### **Descripción:**

Al momento de proporcionar estructura a la entrevista el 82% de los internos no resume periódicamente la entrevista ni utilizan elementos de transición para pasar de un segmento al otro; lo cual indica la falta de refuerzo en este tipo de habilidades; mientras que, el 46% de los participantes no estructuran una secuencia lógica durante su interacción con el paciente.

Finalmente, el 41% de los estudiantes no toma en cuenta el tiempo de la entrevista.

### ***Cerrando la sesión***

**Gráfico 5. Habilidades de los internos de medicina en el hospital Vicente Corral Moscoso al momento del cierre de la sesión. Cuenca 2018.**



Fuente: base de datos

Elaborado: P. Bermeo, A. Estévez.

### **Descripción:**

Dentro de las habilidades para cerrar la sesión se encontró que 42% de los participantes no estimulan a discutir lo no comprendido por parte del paciente o de sus familiares, por otra parte 57% de ellos no discuten los pasos a seguir junto con el paciente. Finalmente, el 87% no resume brevemente la sesión.



## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

Se establece la importancia de una buena relación entre el médico y el paciente sustentada en el aprendizaje, entrenamiento y modelización de las herramientas de la comunicación como elementos fundamentales para llevar adelante una mejor práctica médica. Por esta razón es necesario analizar de qué manera los estudiantes de último año de medicina se comunican con sus pacientes, tomando en cuenta la ausencia formal en el currículo de cátedras que oferten la capacitación y formación en comunicación, salvo la Universidad de Cuenca en donde además se oferta como optativa.

El presente estudio utiliza la guía Calgary-Cambridge que permite evaluar de manera objetiva el desarrollo de la comunicación médica. Tal como Simmenroth et al. concluyen en su estudio, esta guía posee la capacidad de evaluar y reproducir los principales objetivos del aprendizaje en comunicación médica incluso en los primeros años de formación, valorando la construcción de una relación con el paciente y el desarrollo de la entrevista mediante una actitud empática, hasta escuchar atentamente y poder realizar preguntas acordes a la situación (1).

Existe cierta polémica al momento de construir un pensum académico que incluya un curso formal de comunicación médica y que aborde por completo las habilidades necesarias para establecer la mejor relación médico paciente; tanto en consulta externa, hospitalización o la sala de emergencias, escenarios en los cuales el médico graduado labora constantemente. En consecuencia, el estudiante de medicina tiene que practicar arduamente hasta alcanzar las habilidades básicas de comunicación por lo que se sugiere que las facultades de medicina de todo el mundo construyan un currículo que refuerce tanto la parte técnica de la medicina como la enseñanza en comunicación, evitando dejar de lado este elemento tan importante para la práctica médica (56).

Se puede evidenciar la existencia de un déficit en la enseñanza de la comunicación médica hacia los estudiantes que laboran en el Hospital Vicente Corral Moscoso



considerando que pocos han sido los estudiantes que recibieron formación en este ámbito, aspecto reflejado en los resultados observados; en este aspecto Choudhary y cols. en un estudio realizado en India observaron una mejoría significativa de las habilidades comunicacionales en estudiantes de cuarto año de cirugía después de haber recibido entrenamiento en comunicación (20).

En el estudio que se presenta, se encuentra que la mayoría de participantes saluda y demuestra respeto por los pacientes al iniciar la sesión. También se muestra que gran parte de los encuestados no se presenta ni aclara su rol y tampoco negocia la agenda, resultados comparables con un estudio realizado en la escuela de medicina de Göttingen, Alemania donde los estudiantes mostraron mayor destreza al momento de demostrar respeto con el paciente mientras que las destrezas menos desarrolladas se relacionaron con el momento de negociar la agenda (53). En otro estudio similar que se realizó en Korea en el año 2012 se concluyó que la mayoría de los participantes no confirmó la lista de problemas y ninguno de ellos negoció la agenda con sus pacientes (29).

Al momento de recolectar la información se observa que la mayoría de internos incentiva al paciente a contar su historia y facilita las respuestas del paciente tomando en cuenta la información verbal pero dejando de lado el lenguaje no verbal. Bosse et al., demostraron que en la rotación de pediatría de la Universidad de Heidelberg la habilidad mejor desarrollada por los estudiantes fue el recoger la información (52), estos datos son similares a los encontrados en la presente investigación en la que más de la mitad de los participantes muestra esta habilidad. En este mismo aspecto, la investigación realizada por Liew et al., en estudiantes de Medicina en el Centro de Habilidades de la Universidad Medica Internacional de Kuala Lumpur en Malasia en el 2012, demostró que al evaluar las habilidades comunicacionales de estudiantes las mejores se relacionaron con el momento de recoger la información (49).

En el departamento de Medicina Familiar del Colegio Médico Cristiano de India entre los años 2010 y 2011 la mayoría de los estudiantes tenían la habilidad de





escuchar atentamente a lo que el paciente estaba manifestando (50), en el presente estudio se muestra que solo la mitad de los internos escuchan atentamente a su paciente.

En la sección de entendiendo la perspectiva del paciente, la mayoría de los participantes explora las dudas de los pacientes y sus familiares y estimula la expresión de emociones, la mitad de ellos toma en cuenta las ideas del paciente mientras que la gran mayoría no recoge el lenguaje verbal y no verbal. Al respecto Bachmann et al., en la Universidad de Hamburgo evidenció que la mayoría de los estudiantes presentaban buenas habilidades comunicacionales pero que los peores puntajes fueron al recoger el lenguaje verbal y no verbal (48). Otro estudio realizado por Sankarapandian,V et al., demostró también que la mayor dificultad fue el recoger el lenguaje no verbal y al tomar en cuenta las ideas del paciente (50).

En la Universidad de Heidelberg en la rotación de pediatría se realizó un estudio similar donde se encontró que las habilidades más deficientes se presentaron al entender la perspectiva del paciente (52), mientras que en este proyecto se encontró que algunos de los internos realizan dos de las cuatro habilidades necesarias para entender la perspectiva del paciente.

En el momento de proporcionar estructura a la entrevista la mitad de los estudiantes establece una secuencia lógica y toma en cuenta el tiempo; por otra parte, casi ninguno de ellos resume periódicamente para verificar la comprensión ni utiliza elementos de transición. En un estudio realizado por Taylor et al, realizado en el 2018 en Australia, se observó que el punto más deficiente para los estudiantes fue el dar estructura a la entrevista en especial al utilizar elementos de transición (51) resultados que concuerdan con los hallazgos de este estudio. Ammentorp et al. en 2010 concluyeron que la mayor cantidad de fallas que presentaron un grupo de estudiantes investigados ocurrieron al momento de darle una secuencia lógica a la entrevista (54).



Al cerrar la sesión cerca de la mitad de los participantes estimulan a discutir lo no comprendido y los pasos a seguir tanto para el paciente como para la persona que está brindando la atención mientras que por otra parte la mayoría de estos no resume la sesión brevemente. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Liew et al, en los que la mayor cantidad de dificultades para los estudiantes ocurrió al momento de finalizar la sesión y que muy pocos de ellos la resumieron brevemente y establecieron junto a los pacientes los pasos que deben realizar (49).

Después de analizar los resultados que obtuvieron los sujetos de estudio parece haber importante relación entre las falencias y la falta formal de tiempo dedicado a la participación en el curso formal de comunicación médica. Al consultar si los estudiantes recibieron formación en comunicación médica algunos explicaron que esos contenidos eran parte de la enseñanza de Bioética o de Semiología y pocos fueron los estudiantes que tomaron la cátedra de Relación Médico Paciente. Al respecto Simmenorth-Nayda et al, realizaron un estudio para comparar si los cursos de formación en habilidades comunicacionales mejoran las relaciones de los estudiantes con sus pacientes, encontrando que tras un pequeño entrenamiento se observaron grandes cambios en la discusión de puntos no comprendidos, negociar la agenda y resumir brevemente la sesión (53).

De manera general, se resume que muchos de los estudiantes pueden iniciar la entrevista de manera correcta y recoger la información acerca de los problemas con los que llegan los pacientes sin embargo muestran deficiencia cuando se trata de entender la perspectiva del paciente ya que ninguno es capaz de entender el lenguaje no verbal del enfermo, tampoco proporcionan una estructura lógica a la entrevista limitándose a llenar el formulario que se utiliza en el hospital. Finalmente pocos fueron los estudiantes que cerraron la sesión de manera exitosa.

Después de haber comparado el presente estudio con otros similares es importante recalcar ciertas debilidades encontradas entre las cuales destacamos el tamaño de la muestra que de cierta manera no refleja de manera exacta las falencias en comunicación, por lo que creemos importante que se debería realizar más estudios de esta naturaleza en nuestro medio, otro aspecto negativo es el lugar en donde



realizamos el estudio ya que algunos internos no estuvieron prestos a formar parte de la investigación alegando que se encontraban muy ocupados como para entrevistar de manera correcta a un paciente mientras que otros se negaron al saber que iban a ser evaluados.

Entre las fortalezas de la presente investigación encontramos que al ser uno de los primeros estudios realizados en este ámbito abrimos las puertas para que se sigan realizando evaluaciones acerca de la relación médico paciente demostrando la importancia que tiene en la formación médica.



## CAPÍTULO VII

### CONCLUSIONES

El estudio se realizó con 100 internos del Hospital Vicente Corral Moscoso, la media de edad fue de 24 años con un DS de  $\pm 1,154$ ; de ellos 51 son estudiantes de la Universidad de Cuenca, 35 son de la Universidad Católica y 14 pertenecen a la Universidad del Azuay.

De la muestra estudiada determinamos que solo 19% de los estudiantes habían recibido formación en relación médico paciente, todos ellos tomaron la optativa de Relación Médico Paciente que oferta la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca; mientras que los internos que pertenecen a las otras universidades mencionaron haber tenido pequeños talleres de comunicación médica a lo largo de su carrera. Únicamente el 20% de los internos conocen la guía Calgary – Cambridge instrumento a nivel internacional para la enseñanza en comunicación médica.

Los hallazgos de este estudio son comparables con los encontrados en investigaciones similares, los cuales concluyen que la mayoría de estudiantes tienen una deficiente comunicación médico paciente. Las razones por las cuales los estudiantes no logran comunicarse de manera correcta con los pacientes son el resultado de diferentes problemas tales como el no haber sido beneficiados con el aprendizaje formal de la comunicación y que al contrario, fueron aprendiendo de manera empírica las herramientas para interactuar con situaciones complicadas o delicadas al entrevistar a un paciente. Esto parece atribuible a dificultades en el sistema de enseñanza en nuestro medio, en el cual se pone énfasis en los contenidos teóricos y se presta poca importancia a la construcción y afinamiento de habilidades como la comunicación; los resultados encontrados indican que la creación de una cátedra formal tendría un efecto positivo en la formación de los estudiantes ya que aquellos que tomaron la cátedra optativa muestran un mejor rendimiento al momento de comunicarse.



Además de esto, al realizar de la retroalimentación con los estudiantes la mayoría de ellos relatan que junto con la atención del enfermo existen otras tareas dentro de su carga laboral como llenar papeles o encargarse de descargar medicación las cuales interfieren con su actividad principal; sin embargo estos datos no han sido tabulados pues no son objetivos del presente estudio.

Dentro de las habilidades con mayor cantidad de problemas, encontramos aquellas relacionadas con el momento de proporcionar estructura a la entrevista y en el cierre de la sesión, demostrando así, que existen ciertas actividades que los estudiantes no cumplen situación que se puede deber al desconocimiento de las mismas a consecuencia de la falta de formación en comunicación médica.

A pesar de haber encontrado muchas deficiencias en la comunicación tenemos que recalcar ciertas habilidades que si son ejecutadas por los estudiantes, entre las más importantes identificamos que, casi todos los internos saludan a su paciente, demuestran respeto e incentivan a que el paciente cuente sus problemas, parte fundamental de una buena entrevista médica. Estos resultados indican que con una enseñanza formal en este campo sería posible mejorar de manera exponencial la comunicación de los internos con sus pacientes lo cual tendría un efecto positivo no solo en la satisfacción del estudiante, al sentir que pudo ayudar y comunicarse de manera correcta y efectiva sino que la percepción del paciente mejorará y se sentirá respetado en su autonomía.

Al momento de la retroalimentación con los internos, muchos de ellos mostraban indiferencia al escuchar las observaciones hechas por el equipo investigador, a lo que alegaron razones sobre todo de tiempo por lo que consideraban que era muy difícil cumplir con lo que indica la guía Calgary – Cambridge. Desde la perspectiva de las investigadoras, el defecto se puede atribuir a la falta de conocimiento que los estudiantes tienen de la misma, además de la poca importancia atribuida a la comunicación médico paciente en las facultades de medicina. Por lo antes dicho, parece de crucial importancia que las instituciones formativas pongan mayor énfasis



en tratar la temática, para que de este modo los estudiantes puedan estar más preparados al momento de ejercer la profesión.



## RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos realizar las siguientes recomendaciones:

Fomentar espacios de aprendizaje de la relación médico paciente en todos los niveles de estudio en la facultad, contenidos en el currículo formal de estudio. Generar espacios de aprendizaje de comunicación médica mediante aplicación de técnicas de enseñanza con pacientes simulados y estandarizados.

Capacitar a los docentes de todos los niveles en el conocimiento y utilización de herramientas estandarizadas para la entrevista tales como la guía Calgary – Cambridge. Desarrollar estrategias pedagógicas prácticas en donde la interacción cercana con el docente, en ambientes más personalizados podría beneficiar al estudiante para que así pueda mejorar sus habilidades.

Construir instrumentos de evaluación y validarlos para que sean aplicables a nuestro medio. Evaluar las habilidades de comunicación de forma sistemática, con proyectos de investigación financiados y organizados por las instituciones de educación y las instituciones que prestadoras de servicios en salud.

Realizar estudios sobre el grado de satisfacción de los pacientes en la relación con la comunicación que tienen con los profesionales de la salud durante su estancia hospitalaria, dando importancia a la investigación de tipo cualitativo.



## CAPÍTULO VIII

### BIBLIOGRAFÍA

1. Simmenroth-Nayda A, Heinemann S, Nolte C, Fischer T, Himmel W. Psychometric properties of the Calgary Cambridge guides to assess communication skills of undergraduate medical students. *Int J Med Educ.* 6 de diciembre de 2014;5:212–8.
2. Salazar-Blanco OF, Casasbuenas-Duarte L, Idárraga-Arenas C, Marcela-Vélez C. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquia, por medio de la escala CICAA. *FEM Rev Fund Educ Médica.* diciembre de 2014;17(4):239–48.
3. Ruiz Moral R. Una propuesta conceptual para orientar el desarrollo de un currículo en habilidades de comunicación médico-paciente. *Educ Médica.* 1 de enero de 2015;16(1):74–82.
4. Ruiz Moral R, Caballero Martínez F, García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Educ Médica.* 1 de octubre de 2017;18(4):289–97.
5. Axboe MK, Christensen KS, Kofoed P-E, Ammentorp J. Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC Med Educ [Internet].* 18 de octubre de 2016 [citado 31 de marzo de 2018];16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5069791/>
6. Universidad de Cuenca. SGS - Universidad de Cuenca [Internet]. Repositorio de sílabos: Semiología. 2018 [citado 14 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://silabos.ucuenca.edu.ec/buscador-silabo/buscador>
7. Malus A, Galińska-Skok B, Konarzewska B, Szulc A. How do patients perceive ambulatory psychiatric care and what are their needs? *Ann Agric Environ Med AAEM.* 14 de marzo de 2018;25(1):90–4.
8. Versaevel C, Samama D, Jeanson R, Lajugie C, Dufeutrel L, Defromont L, et al. Determine the patient's position towards psychiatric care: a simple tool to estimate the alliance and the motivation. *L'Encephale.* 14 de septiembre de 2013;39(4):284–91.





9. Universidad de Cuenca. SGS - Universidad de Cuenca [Internet]. Repositorio de sílabos: Relación Médico Paciente. 2018 [citado 14 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://silabos.ucuenca.edu.ec/buscador-silabo/buscador>
10. Girela Pérez B, Rodríguez Cano MA, Girela López E. Doctor-Patient Relationship from the Perspective of Medical Students' Portfolio. Cuad Bioet Rev Of Asoc Espanola Bioet Etica Medica. abril de 2018;29(95):59–67.
11. Modi JN, Anshu A, Chhatwal J, Piyush Gupta, Singh T. Teaching and assessing communication skills in medical undergraduate training. Indian Pediatr. 1 de junio de 2016;53(6):497–504.
12. Bragard I, Guillaume M, Ghuysen A, Servotte JC, Ortiz I, Pétré B. A virtual patient to improve doctor-patient communication : reality or fiction ? Rev Med Liege. febrero de 2018;73(2):88–93.
13. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. Aten Primaria. enero de 2016;48(1):8–14.
14. Celedón L C. Relación médico paciente. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. abril de 2016;76(1):51–4.
15. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. CRC Press; 2013.
16. Mahdi Hazavehei SM, Moonaghi HK, Moeini B, Moghimbeigi A, Emadzadeh A. Investigating the key factors in designing a communication skills program for medical students: A qualitative study. Electron Physician. 20 de noviembre de 2015;7(7):1441–8.
17. Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. BMJ Open [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 13 de marzo de 2019];4(3). Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/3/e004339.long>
18. Moreto G, González Blasco P, Piñero A. Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina. Educ Médica [Internet]. febrero de 2017 [citado 31 de marzo de 2018];19(3). Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181317300141>



19. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ.* 25 de enero de 2018;18(1):20.
20. Choudhary A, Gupta V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *Int J Appl Basic Med Res.* agosto de 2015;5(Suppl 1):S41–4.
21. Baquero J, Callizo A, Carballo F, Cerame del Campo Á, Expósito V, García M, et al. La Relación Médico-Paciente [Internet]. 1era edición. Foro de la Profesión Médica en España; 2017 [citado 1 de abril de 2019]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion\\_medico\\_paciente/27/](https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/27/)
22. Pohontsch NJ, Stark A, Ehrhardt M, Kötter T, Scherer M. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Med Educ.* 5 de octubre de 2018;18(1):231.
23. González Olaya HL, Uribe Pérez CJ, Delgado Rico HD. Las competencias comunicativas orales en la relación médico-paciente en un programa de medicina de una universidad de Colombia: una mirada desde el currículo, los profesores y los estudiantes. *Educ Médica.* 1 de octubre de 2015;16(4):227–33.
24. Eikeland H-L, Ørnes K, Finset A, Pedersen R. The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students. *BMC Med Educ.* 9 de agosto de 2014;14(1):165.
25. Remón-Torres MA, Remón-Torres MM, Tataje-Lavanda MK. Características del nivel de empatía hacia el paciente en internos de medicina de dos hospitales nacionales. *Rev Médica Panacea.* 30 de abril de 2013;3(1):2–5.
26. Naughton CA. Patient-Centered Communication. *Pharm J Pharm Educ Pract* [Internet]. 13 de febrero de 2018 [citado 13 de marzo de 2019];6(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5874557/>
27. Garvey T, Hurley D, Kushner. Patient-centered Care of the Patient with Obesity. *Endocr Pract.* 1 de diciembre de 2016;22(7):9–12.
28. Price AI, Djulbegovic B, Biswas R, Chatterjee P. Evidence-based medicine meets person-centred care: a collaborative perspective on the relationship. *J Eval Clin Pract.* 2015;21(6):1047–51.



29. Roh H, Park KH, Jeon Y-J, Park SG, Lee J. Medical students' agenda-setting abilities during medical interviews. *Korean J Med Educ.* 26 de mayo de 2015;27(2):77–86.
30. González Blasco P, Boso Vachi VH, Subtil de Paula P, de Antonio LJ, Godoy J. Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. *Educ Médica.* 1 de octubre de 2017;18(4):276–84.
31. Burt J, Abel G, Elmore N, Campbell J, Roland M, Benson J, et al. Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview. *BMJ Open.* 1 de marzo de 2014;4(3):e004339.
32. Nordhues HC, Usmaan Bashir M, Merry SP, Sawatsky AP. Graduate medical education competencies for international health electives: A qualitative study. *Med Teach.* 2 de noviembre de 2017;39(11):1128–37.
33. Beigzadeh A, Bahmanbijri B, Sharifpoor E, Rahimi M. Standardized patients versus simulated patients in medical education: are they the same or different. *J Emerg Pract Trauma.* 1 de enero de 2016;2(1):25–8.
34. Sternszus R, Macdonald ME, Steinert Y. Resident Role Modeling: “It Just Happens”. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1 de marzo de 2016;91(3):427–32.
35. Ahmadian Yazdi N, Bigdeli S, Soltani Arabshahi SK, Ghaffarifar S. The influence of role-modeling on clinical empathy of medical interns: A qualitative study. *J Adv Med Educ Prof.* enero de 2019;7(1):35–41.
36. Acharya S, Shukla S, Acharya N, Vagha J, Vagha J. Role play – an effective tool to teach clinical medicine -. *J Contemp Med Educ.* 2014;2(2):91–6.
37. Dois A, Sanhueza M, Fuentes D, Farias A, Dois A, Sanhueza M, et al. Uso de pacientes estandarizados para la adquisición de conocimientos teórico-clínicos en estudiantes de pregrado. *Enferm Univ.* diciembre de 2015;12(4):212–8.
38. Sawatsky AP, Nordhues HC, Merry SP, Bashir MU, Hafferty FW. Transformative Learning and Professional Identity Formation During International Health Electives: A Qualitative Study Using Grounded Theory. *Acad Med.* 27 de marzo de 2018;93(9):1381–1390.
39. Mota LRA da, Ferreira CCG, Costa Neto HAA da, Falbo AR, Lorena S de B,



Mota LRA da, et al. Is doctor-patient relationship influenced by health online information? *Rev Assoc Médica Bras.* agosto de 2018;64(8):692–9.

40. Fontova-Almató A, Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R. Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. *Rev Calid Asist.* 1 de enero de 2015;30(1):10–6.

41. Restrepo Patiño JF. ¿La tecnología amenaza la relación médico-paciente? *Rev Colomb Cirugia.* 2015;84(27):97–8.

42. Echeverría B C, Goic G A, Herrera C C, Quintana V C, Rojas O A, Ruiz-Eskude G, et al. Algunas amenazas actuales a la confidencialidad en medicina. *Rev Médica Chile.* marzo de 2015;143(3):358–66.

43. Outomuro D, Actis AM. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Médica Chile.* marzo de 2013;141(3):361–6.

44. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN - Med Fam.* 1 de mayo de 2015;41(4):191–8.

45. García M del CH. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología.* 2017;14(1):53-70–70.

46. Gómez AMO, Orozco LC. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Rev Colomb Psicol.* 1 de enero de 2015;24(1):203–17.

47. Jaimes N, Mendoza S, Pintado M, Santander A. La comunicación en la relación médico-paciente: Propuesta para un nuevo perfil curricular en la formación médica [Internet] [bachelorThesis]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 1996 [citado 2 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/18726>

48. Bachmann C, Roschlaub S, Harendza S, Keim R, Scherer M. Medical students' communication skills in clinical education: Results from a cohort study. *Patient Educ Couns.* octubre de 2017;100(10):1874–81.

49. Liew S-C, Dutta S, Sidhu JK, De-Alwis R, Chen N, Sow C-F, et al. Assessors for communication skills: SPs or healthcare professionals? *Med Teach.* julio de 2014;36(7):626–31.



50. Sankarapandian V, Rehman SMF, David KV, Christopher P, Ganesh A, Pricilla RA. Sensitizing undergraduate medical students to consultation skills: A pilot study. *Natl Med J India*. octubre de 2014;27(5):276–9.
51. Taylor S, Bobba S, Roome S, Ahmadzai M, Tran D, Vickers D, et al. Simulated patient and role play methodologies for communication skills training in an undergraduate medical program: Randomized, crossover trial. *Educ Health Abingdon Engl*. abril de 2018;31(1):10–6.
52. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al. The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. junio de 2012;87(3):300–6.
53. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Res Notes*. 5 de septiembre de 2012;5:486.
54. Ammentorp J, Thomsen JL, Jarbøl DE, Holst R, Øvrehus ALH, Kofoed P-E. Comparison of the medical students' perceived self-efficacy and the evaluation of the observers and patients. *BMC Med Educ*. 8 de abril de 2013;13(1):49.
55. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Médica Chile*. agosto de 2010;138(8):1047–54.
56. Shukla AK, Yadav VS, Kastury N. Doctor-Patient Communication: An Important but Often Ignored Aspect in Clinical Medicine. *JACM*. 2010;11(3):208–11.



## ANEXOS

### ANEXO 1



## Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina

### Datos Generales

---

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

Masculino                       Femenino

Universidad de estudio:

Universidad de Cuenca  
 Universidad del Azuay  
 Universidad Católica de Cuenca

Servicio (marcar dos opciones):

Emergencia                       Hospitalización  
 Ginecología                       Pediatría  
 Medicina Interna                       Cirugía

Formación en comunicación médica:

Si                                       No

Si su respuesta fue si, especifique: \_\_\_\_\_

Conoce la guía Calgary-Cambridge:

Si                                       No

### GUÍA CALGARY-CAMBRIDGE

#### 1. Iniciando la sesión

Saluda al paciente y obtiene el nombre del paciente:

Si                                       No



**Se presenta, aclara su rol y la naturaleza de la entrevista:**

- Si  No

**Demuestra respeto:**

- Si  No

**Identifica y confirma la lista de problemas:**

- Si  No

**Negocia la agenda:**

- Si  No

## 2. Recogiendo la información

**Incentiva al paciente a contar su historia:**

- Si  No

**Pasa de manera apropiada de preguntas abiertas a cerradas**

- Si  No

**Escucha atentamente:**

- Si  No

**Facilita las respuestas del paciente de manera verbal y no verbal:**

- Si  No

**Formula preguntas y comentarios fáciles de entender:**

- Si  No

**Clarifica los enunciados del paciente:**

- Si  No

**Resume periódicamente para verificar la comprensión:**

- Si  No

## 3. Entendiendo la perspectiva del paciente

**Toma en cuenta las ideas del paciente:**

- Si  No

**Explora las dudas del paciente:**

- Si  No



**Estimula la expresión de emociones:**

Si  No

**Recoge el lenguaje verbal y no verbal del paciente:**

Si  No

**4. Proporcionando estructura a la entrevista**

**Resume lo expresado por el paciente:**

Si  No

**Continúa utilizando elementos de transición:**

Si  No

**Estructura una secuencia lógica:**

Si  No

**Toma en cuenta el tiempo:**

Si  No

**5. Cerrando la sesión**

**Estimula al paciente a discutir cualquier punto no comprendido:**

Si  No

**Resume la sesión brevemente:**

Si  No

**Establece junto con el paciente los pasos a seguir por ambos, corrobora que esté de acuerdo:**

Si  No





**ANEXO 2**

**Universidad de Cuenca  
Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Medicina**

Consentimiento informado

La realización de este proyecto investigativo de tesis previa a la obtención de título de médico realizada por Paulina Daniela Bermeo Ochoa y Andrea Fernanda Estévez Vélez bajo la supervisión del Dr. Fernando Estévez Abad con el título “Evaluación de las habilidades comunicacionales según la guía Calgary Cambridge en los estudiantes de internado de la carrera de medicina dentro del periodo abril - octubre 2018”. Este estudio busca evaluar la calidad de la Relación Médico-Paciente en los internos rotativos del Hospital Vicente Corral Moscoso mediante la observación de las actividades que realizan los mismos.

Usted está en la libertad de participar en este estudio y si lo acepta los datos que obtengamos serán manejados con absoluta confidencialidad, los resultados serán tabulados en forma de códigos numéricos y en ningún lugar aparecerán los nombres de los participantes. Los participantes solo serán conocidos por las entrevistadoras y los resultados de la misma se utilizarán de manera educativa.

Si usted acepta la participación en este estudio, le pedimos firmar el presente documento de consentimiento.

Nombre del Participante:

Cédula del Participante:

Firma del Participante:

Firma del investigador:



ANEXO 3

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo que pasa desde el nacimiento hasta la aplicación del cuestionario	Adulto joven	Años cumplidos	Cuantitativa
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos (XY) de las hembras (XX)	1. Hombre 2. Mujer	Fenotipo	Cualitativa nominal
Universidad de estudio	Lugar en donde ha cursado el estudio de la carrera de Medicina	1. Universidad de Cuenca 2. Universidad del Azuay 3. Universidad Católica	Matrícula	Cualitativa nominal
Rotación	Lugar de prácticas dentro del hospital	1. Medicina Interna 2. Ginecología 3. Pediatría 4. Cirugía	Testimonio	Cualitativa nominal
Formación en comunicación médica	Cátedra o seminario al que asistió donde aprendió sobre la comunicación con el paciente	1. Si 2. No	Testimonio	Cualitativa nominal
Conoce la guía		1. Si 2. No	Testimonio	Cualitativa nominal
Habilidades comunicacionales según guía Calgary Cambridge	Capacidad de los internos rotativos para tener una	Inicio de la sesión	Según Guía Calgary Cambridge 1. Saluda 2. Se	1=SI 0=NO



	buena relación médico paciente según la guía Calgary Cambridge		<p>presenta</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Demuestra respeto</li> <li>4. Identifica la lista de problemas</li> <li>5. Negocia agenda</li> </ol>	
		Recopilación de la información	<p>Según Guía Calgary Cambridge</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incentiva al paciente a contar la historia</li> <li>2. Usa de manera apropiada las preguntas abiertas y cerradas</li> <li>3. Escucha atentamente</li> <li>4. Facilita las respuestas del paciente</li> <li>5. Formula preguntas y comentarios entendibles</li> <li>6. Clarifica los enunciados del paciente</li> </ol>	1=SI 0=NO
		Entendiendo la perspectiva del paciente	Según Guía Calgary Cambridge	1=SI 0=NO



			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma en cuenta las ideas del paciente</li> <li>2. Explora las dudas del paciente</li> <li>3. Estimula la expresión de emociones</li> <li>4. Recoge el lenguaje verbal y no verbal del paciente</li> </ol>	
		Proporciona estructura a la entrevista	Según Guía Calgary Cambridge <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resume lo expresado por el paciente</li> <li>2. Continúa utilizando elementos de transición.</li> <li>3. Estructura una secuencia lógica</li> <li>4. Toma en cuenta el tiempo</li> </ol>	1=SI 0=NO
		Cierre de la sesión	Según Guía Calgary Cambridge <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estimula al paciente a discutir cualquier</li> </ol>	1=SI 0=NO



			<p>punto no comprendido</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Resume la sesión brevemente</li><li>3. Establece junto con el paciente los pasos a seguir para ambos</li></ol>	
--	--	--	---	--

## ANEXO 4

# GUÍA PARA LA ENTREVISTA MÉDICA

Adaptación de Guía de Calgary-Cambridge. Kurtz S, Silverman J, Croxer J. Teaching and learning. Radcliffe Medical Press; 2005. Silverman J, Kurtz S, Dwyer J. Skills for communicating with patients. Radcliffe Medical Press; 2005. Traducida por Alvaro de Lima A.

## 1. INICIANDO LA SESIÓN

### Estableciendo el contacto inicial

- Saluda y obtiene el nombre del paciente.
- Se presenta y aclara su rol.
- Demuestra interés y respeto.
- Identifica el/los motivo(s) de consulta.
- Identifica los problemas del paciente con preguntas abiertas.
- Escucha atentamente.
- Confirma los problemas del paciente y explora si existen otros.
- Explícita y acuerda los objetivos de la consulta.

### Comprendiendo la perspectiva del paciente

- Facilita las respuestas del paciente en forma verbal y no verbal.
- Reconoce las señales verbales y no verbales del paciente; comprueba y valida.
- Clarifica lo que no ha comprendido.
- Resume periódicamente para verificar su interpretación e invita a continuar.
- Utiliza lenguaje claro, evita términos médicos.
- Establece las fechas y la secuencia de los eventos.

## 2. RECOPILANDO LA INFORMACIÓN

### Explorando los problemas del paciente

- Invita al paciente a contar su historia.
- Avanza de preguntas abiertas a cerradas.
- Escucha con atención, sin interrumpir.

### Comprendiendo la perspectiva del paciente

- Determina, reconoce y explora:
  - Las preocupaciones del paciente.
  - Las creencias del paciente sobre las causas de su enfermedad.
  - Las expectativas del paciente.
  - Los efectos de la enfermedad sobre la vida del paciente.
- Estimula al paciente a expresar sus emociones.

### 3. ESTRUCTURANDO LA ENTREVISTA

#### Explicando la estructura

- Demarca los cambios de cada etapa de la anamnesis. Por ej.: "Voy a preguntarle sobre los antecedentes familiares".
- Resume al final de cada etapa de la anamnesis.
- Estructura la entrevista en una secuencia lógica.
- Está atento a los tiempos.

### 4. CONSTRUYENDO LA RELACIÓN

#### Comportamiento no verbal

- Demuestra comportamiento no verbal apropiado.
  - Contacto visual, expresión facial.
  - Postura, posición y movimientos.
  - Uso de la voz: velocidad, volumen, tono.
- Si lee, toma nota o usa computador, lo hace de manera que no interfiera con la relación.
- Demuestra confianza en el paciente.

#### Desarrollando la relación

- Empatiza con el paciente.
- Acepta la legitimidad de la percepción del paciente y de sus emociones, no lo juzga.
- Brinda apoyo, ofrece trabajar en conjunto.
- Trata con sensibilidad temas delicados y el dolor físico.

#### Haciendo participar al paciente

- Comparte su pensamiento.
- Explica el porqué de preguntas que pueden parecer ilógicas.
- Durante el examen físico, explica el proceso, respeta el pudor y pide permiso.

### 5. EXPLICANDO Y PLANIFICANDO

#### Proporcionando la cantidad y tipo de información adecuada

- Fragmenta y chequea la información.
  - Evalúa:
  - Qué sabe el paciente.
  - Cuánto quiere saber el paciente.

- Pregunta al paciente qué otra información necesita (ej. Etiología, pronóstico).
  - Evita dar consejos, información o tranquilidad en forma prematura.
- #### Ayudando a recordar y comprender de manera precisa

- Organiza la explicación en puntos específicos con una secuencia lógica. Señala por ej.: "Hay tres cosas importantes: 1º, 2º y 3º".
- Utiliza la repetición y el resumen para reforzar la información.
- Utiliza un lenguaje fácil de comprender; evita términos médicos.
- Usa diagramas, dibujos, anotaciones.
- Chequea y aclara lo que entendió el paciente.

#### Incorporando la perspectiva del paciente

- Relaciona las explicaciones con las preocupaciones, creencias y expectativas del paciente.

- Estimula al paciente a preguntar y expresar sus dudas.
- Capta señales verbales y no verbales.
- Obtiene del paciente información sobre cuáles son sus preocupaciones, creencias y expectativas y que emociones le provoca la información recibida.

#### **Compartiendo la toma de decisiones**

- Comparte su propio pensamiento cuando corresponde.
- Involucra al paciente sugiriendo más que dirigiendo.
- Estimula al paciente a que aporte con su pensamiento, ideas, sugerencias y preferencias.
- Negocia un plan aceptable entre ambas partes.
- Ofrece alternativas.
- Chequea con el paciente:
  - Si está de acuerdo con el plan.
  - Si sus inquietudes han sido consideradas.



#### **Si se discuten los exámenes y procedimientos**

- Proporciona información clara sobre los procedimientos.
  - Lo que el paciente podría experimentar.
  - Cómo y cuándo se informará al paciente los resultados.
- Explica la utilidad y el propósito de los exámenes o procedimientos.
- Estimula a preguntar sobre el procedimiento o estudio y a discutir temores sobre los resultados.
- Ofrece su explicación médica sobre lo que está pasando; la define de acuerdo al paciente.
- Da a conocer los fundamentos de su explicación.
- Explica la causalidad, gravedad, el resultado esperado, las consecuencias a corto y largo plazo.
- Obtiene las preocupaciones, reacciones y creencias relativas a la explicación que él (médico) ha dado.



## 6. CERRANDO DE LA SESIÓN

### Si se negocia un plan de acción común

- Analiza las opciones, por ej.: no hacer nada, hacer exámenes, medicamentos, cirugía, tratamientos sin drogas, medidas preventivas.
- Entrega información sobre la acción o tratamiento ofrecido:
  - Nombre,
  - Pasos que involucra, cómo funciona,
  - Beneficios y ventajas,
  - Posibles efectos colaterales.
- Obtiene la perspectiva del paciente respecto de:
  - Necesidad de actuar,
  - Beneficios percibidos,
  - Obstáculos,
  - Motivación.
- Considera la opinión del paciente y propone alternativas.
- Obtiene las reacciones e inquietudes del paciente respecto del plan.
- Considera del paciente:

- Su estilo de vida,
- Sus creencias,
- Su cultura,
- Sus capacidades.
- Estimula al paciente a:
  - Participar en la implementación de planes,
  - Asumir responsabilidades,
  - Confiar en sí mismo.
- Averigua sobre las redes de apoyo del paciente, analiza otras formas de apoyo disponibles.

### Plan a seguir

- Establece junto con el paciente los pasos a seguir por el paciente y el médico:
  - Explica posibles contingencias.
  - Qué hacer si el plan no funciona.
  - Cuándo y cómo consultar.

### Asegurando un cierre adecuado

- Resume la sesión brevemente.
- Confirma que el paciente está de acuerdo con el plan o si tiene dudas.

