



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectives Bioètiques

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

DOSSIER COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Comunicación efectiva en salud: evaluación de una experiencia docente en estudiantes de medicina de Cuenca, Ecuador

Effective communication in Health: Evaluation of a teaching experience in Medicine School of Cuenca, Ecuador

Comunicació efectiva en salut: avaluació d'una experiència docent en estudiants de medicina de Cuenca, l'Equador

FERNANDO ESTÉVEZ ABAD, ANDREA ESTÉVEZ VÉLEZ *

* Fernando Estévez Abad. Médico especialista en Neurología, Docente Universidad de Cuenca (Ecuador). Doctor en Bioética y Derecho por la U. de Barcelona (España). Email: fernando.estevez@ucuenca.edu.ec.

* Andrea Estévez Vélez. Médica, Ministerio de Salud Pública (Ecuador). Docente Universidad de Cuenca (Ecuador). Email: andrea.estevez.16@gmail.com.



Copyright (c) 2021 Fernando Estévez Abad, Andrea Estévez Vélez

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

Introducción: La comunicación dentro del ámbito médico es esencial para obtener buenos resultados en consulta; esta habilidad debe aprenderse a lo largo de la carrera y no suponer que es innata. Luego de una revisión sistemática de la metodología de enseñanza en Ecuador y el poco desarrollo que ha tenido dentro de las universidades, vemos la necesidad de realizar un estudio evaluando las habilidades comunicacionales de los estudiantes de medicina. **Metodología:** se incluyó cien estudiantes de sexto año que realizan el internado en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Se valoró las entrevistas por observación directa utilizando una lista de verificación sustentada en la Guía Calgary–Cambridge. Se analizaron los datos buscando diferencia estadística. **Resultados:** No hubo diferencia estadística entre los grupos. El promedio obtenido por los evaluados fue de 13,96 de 23 habilidades. Se comparó por dos grupos: estudiantes que tenían formación en comunicación médica (19) y los que no tenían ninguna (81). Se encontró que los estudiantes con formación en comunicación desarrollan entrevistas con mayor empatía, escucha efectiva, respeto por las expectativas de los pacientes y capacidad de resumir los hallazgos en busca de resultados más eficaces. **Conclusión:** Se observan algunas diferencias entre ambos grupos comparables con estudios internacionales. Se recomienda a las escuelas establecer un currículo formal para el aprendizaje de la comunicación como habilidad efectiva en la formación médica. El objetivo es humanizar la comunicación y favorecer una mejor relación entre médico y paciente.

Palabras clave: relación médico–paciente; Guía Calgary–Cambridge; comunicación efectiva; aprendizaje médico.

Abstract

Introduction: Communication within the medical field is essential to obtain good results from the consultation. This skill must be learned throughout the career and not assumed to be innate. After a systematic review of teaching methodology in Ecuador and the little development it has had within medical schools, we carried out an observational study evaluating communication skills of medical students. **Methodology:** One hundred final-year students working at the Vicente Corral Moscoso Hospital were included. Direct observation interviews were assessed using a checklist tool supported by the Calgary–Cambridge Guide. Data were analyzed looking for statistical significance. **Results:** There was no statistical significance between groups. Mean score was 13.96 out of 23 skills evaluated. Two groups were randomized: students who had training in medical communication (19) and those who had none (81). Students with communication training developed empathic interviews, effective listening, respect for patient expectations and were capable to summarize findings for effective communication outcomes. **Conclusion:** There are some differences between both groups comparable with international studies. Ecuadorian Medical Schools are encouraged to establish a formal curriculum in learning and training communication skills. The objective is to humanize communication and to promote better relationship between doctor and patient.

Keywords: Doctor patient relationship; Calgary–Cambridge guide; effective communication; medical learning.

Resum

Introducció: La comunicació dins de l'àmbit mèdic és essencial per a obtenir bons resultats en consulta; aquesta habilitat ha d'aprendre's al llarg de la carrera i no suposar que és innata. Després d'una revisió sistemàtica de la metodologia d'ensenyament a l'Ecuador i el poc desenvolupament que ha tingut dins de les universitats, veiem la necessitat de realitzar un estudi avaluant les habilitats comunicacionals dels estudiants de medicina. **Metodologia:** Es va incloure cent estudiants de sisè any que realitzen l'internat a l'Hospital Vicente Corral Moscoso. Es va valorar les entrevistes per observació directa utilitzant una llista de verificació sustentada en la Guia Calgary–Cambridge. Es van analitzar les dades buscant diferència estadística. **Resultats:** No va haver-hi diferència estadística entre els grups. La mitjana obtinguda pels avaluats va ser de 13,96 de 23 habilitats. Es va comparar per dos grups: estudiants que tenien formació en comunicació mèdica (19) i els que no tenien cap (81). Es va trobar que els estudiants amb formació en comunicació desenvolupen entrevistes amb major empatia, escolta efectiva, respecte per les expectatives dels pacients i capacitat de resumir les troballes a la recerca de resultats més eficaços. **Conclusió:** S'observen algunes diferències entre tots dos grups comparables amb estudis internacionals. Es recomana a les escoles establir un currículum formal per a l'aprenentatge de la comunicació com a habilitat efectiva en la formació mèdica. L'objectiu és humanitzar la comunicació i afavorir una millor relació entre metge i pacient.

Paraules clau: relació metge–pacient; Guia Calgary–Cambridge; comunicació efectiva; aprenentatge mèdic.

1. Introducción

La comunicación es un acto humano que constituye pilar fundamental para establecer relación entre las personas. La comunicación favorece, a través de la activación de las neuronas espejo, la conexión interhumana (Baird et al., 2011). Esta conexión se relaciona con la construcción de eventos emocionales que pueden generar empatía. En la relación sanitaria, la construcción de esta interacción empática permite enfrentar las situaciones conflictivas que pueden generarse en la condición de salud o enfermedad.

La utilización de lenguaje apropiado (verbal y no verbal) puede practicarse, aprenderse y perfeccionarse; de tal forma que en la formación sanitaria se constituye forma parte de las habilidades fundamentales de la profesión. La construcción de una relación de respeto complementa el diagnóstico y el tratamiento aportando en la fluidez de la misma.

Al considerar la comunicación como parte de las habilidades propias de la profesión, es importante que los currículos de la formación consideren herramientas que permitan su perfeccionamiento. Las situaciones de posible conflicto, tales como la comunicación de malas noticias, la toma de decisiones o la comprensión del pronóstico deben ser parte de la formación en comunicación efectiva.

Estas consideraciones han sido tomadas en cuenta por varias escuelas de medicina alrededor del mundo, de tal forma que los programas se han completado con estos contenidos integrando la enseñanza de la comunicación dentro del currículo académico formal (Häusser, 2012; Simmenroth-Nayda et al., 2014; Dalen et al., 2001)

Varios elementos influyen en la comunicación: el lenguaje verbal y el no verbal tanto del médico como del paciente, el entorno físico en el cual se interacciona, la experiencia y el entorno cultural de los que participan. Con estos elementos, la empatía relacionada con la dolencia puede favorecer o limitar la construcción de una relación participativa. Sin empatía podría producirse una situación de ruptura y convertirse entonces en uno de los principales factores para que la comunicación se complique (Dalen et al., 2001).

Con estos antecedentes, considerando que la comunicación efectiva es una habilidad que puede perfeccionarse, aprenderse y modularse a lo largo de la carrera se han propuesto instrumentos validados que aportan en la docencia. Entre los más utilizados se pueden mencionar: MAAS-Global Rating Test, Liverpool Communication Skills Assessment Scale, Kalamazoo Consensus Statement Assessment Tools, escala CICCA, Guía Calgary Cambridge (Dalen et al., 2001; Shukla et al., 2010; Kurtz et al., 2003).

En Ecuador la educación en comunicación para los alumnos de medicina se encuentra poco desarrollada e incluso en los claustros docentes es vista con poca atención. En las universidades del sur del país solamente la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca incluyó el año 2013 en el currículo la formación y perfeccionamiento de la comunicación como cátedra optativa.

El estudio que se presenta tiene como objetivo mostrar a los responsables académicos la importancia del tema y la formación integral de los estudiantes de medicina. Para ello también se ha evaluado las experiencias de otras universidades (Gillard et al., 2009) y los resultados son mejores cuando estos contenidos y prácticas son tratados desde años iniciales de la formación.

En la facultad de medicina de la Universidad de Cuenca los elementos de la comunicación son abordados de forma parcial durante el quinto y sexto ciclo de la carrera, utilizando bibliografía de la cátedra de semiología (Bickley et al., 2010) que trata la comunicación abordando los elementos iniciales y finales que considera la guía Calgary-Cambridge, pero con poco énfasis en los contenidos y habilidades que fortalecen la comunicación.

En particular los temas abordados incluyen elementos como: la presentación, el saludo, el orden de las preguntas, algunos elementos de resumen de la información y parcialmente la negociación final.

La cátedra de comunicación, que la toman solamente algunos estudiantes, pues consta en la malla como contenido optativo, aborda los elementos completos de la comunicación: un modelo diferente bidireccional, la utilización apropiada de preguntas abiertas, algunos elementos importantes de la negociación y conclusiones.

Luego de seis años de vigencia de este programa optativo los responsables académicos han decidido no ofertarlo; por ello decidimos realizar esta evaluación exploratoria. De esta forma esperamos aportar para la discusión, en particular identificar elementos que permitan entender el valor del entrenamiento en comunicación para los profesionales de la salud. Se trata de un estudio en el medio acerca de los resultados en el desempeño de la comunicación de los estudiantes de medicina.

Con este artículo se pretende identificar algunas variables que podrían haberse modificado en el desempeño de la comunicación y el entrenamiento que se ha ofertado. Para ello, programamos un estudio observacional incluyendo estudiantes voluntarios, incluidos algunos que han cursado la carrera en otras universidades de la localidad, con el objetivo de comparar los desempeños entre aquellos que se han capacitado en herramientas de comunicación y aquellos que no lo hicieron.

1.1 La atención centrada en la persona

Los modelos de atención participativa nacieron como respuesta a la clásica práctica paternalista sustentada en los objetivos de la biomedicina que buscaba principalmente centrarse en la atención de la enfermedad, dejando de lado las vivencias del paciente en su condición de ser humano, su historia, su cultura y entorno.

En el marco del respeto de los derechos humanos nace un modelo de atención centrado en la persona, con la convicción de que una comunicación eficiente favorece una la autonomía del paciente (Kushner, 2016) . La atención centrada en la persona respeta y responde a las preferencias de cada individuo, a sus necesidades y creencias y además asegura que los valores del paciente sean tomados en cuenta en cada etapa y, en particular, en la toma de decisiones (Newell & Jordan, 2015).

1.2 La comunicación como habilidad efectiva, el uso de la guía Calgary Cambridge

Se ha destacado la importancia que tiene el currículo formal para la práctica de la comunicación como habilidad efectiva, de tal manera que se espera favorecer el desempeño médico en el desarrollo y construcción de una adecuada relación paciente – médico; en conjunto y al unísono con el perfeccionamiento de las habilidades técnicas con valor clínico y profesional. Es importante entonces considerar que la utilización de herramientas sistematizadas permite mejorar el aprendizaje y perfeccionamiento de la comunicación.

Entendemos que debe, por lo tanto, ser tratada como una habilidad que puede practicarse de la misma manera que las propias de la profesión tales como: el examen físico, la interpretación de estudios complementarios, la construcción del pensamiento clínico, etc. Esta visión del currículo y del aprendizaje de habilidades espera favorecer mejores resultados en la práctica clínica futura, los profesionales formados en la construcción de este conjunto de habilidades serán profesionales con formación completa, humana y sensible (Silverman et al., 2016) .

Es común que los estudiantes aprendan la estructura de la historia clínica y la utilicen como base para la comunicación con los pacientes. Sin embargo, seguir solamente el orden en las preguntas permite una interacción parcializada entre ambas partes y está orientada primordialmente a la agenda médica. La comunicación resulta fragmentada porque favorece el aporte del paciente en condición pasiva, dificulta salvar los momentos difíciles como la

preocupación, el enfrentamiento de las malas noticias o incluso la participación en el consentimiento informado.

La guía Calgary Cambridge propone un modelo enfocado en construir una comunicación paciente-médico efectiva, fomentando una entrevista bien estructurada. En ella se han definido habilidades cruciales de la entrevista y que actualmente se utiliza en la enseñanza de comunicación (Kurtz et al., 2003).

Esta guía ha sido adoptada por varias escuelas médicas alrededor del mundo como referencia para la enseñanza de estudiantes de pregrado y posgrado, además se ha utilizado para la evaluación de habilidades en investigación, como ejemplo podemos citar el examen EUNACOM que lleva adelante Chile con el objetivo de evaluar las competencias de los profesionales médicos para la práctica profesional ("EUNACOM", 2021; Gelis et al., 2020).

1.3 Aprendizaje de la comunicación como habilidad efectiva

Con el fin de lograr una comunicación efectiva es imprescindible proponer programas de educación continua y estructurada, pues resulta poco probable que los estudiantes de áreas médicas adquieran las habilidades para desenvolverse en su vida profesional con una enseñanza dividida en cortos intervalos de tiempo (Berkhof et al., 2011; Choudhary & Gupta, 2015).

Se ha propuesto que la comunicación sea integrada en la educación dentro de los currículos educativos de las facultades de medicina, pues se ha identificado que aquellos profesionales con entrenamiento formal podrán tener mejores resultados con sus pacientes en cuanto a: satisfacción del paciente, menor índice de falla terapéutica y mejor seguimiento del padecimiento (Berkhof et al., 2011; Street et al., 2007).

La metodología de enseñanza aporta para una mejor preparación; en la actualidad se considera que aquellos programas que incorporan diferentes estrategias con componentes teóricos y prácticos favorecen los desempeños profesionales. Estas herramientas incluyen metodologías como: juego de roles, el uso de pacientes simulados y el *debriefing*¹ al final de cada sesión (Berkhof et al., 2011; Rider et al., 2006).

¹ El "*debriefing*" hace referencia a la conversación de aprendizaje entre dos o más personas donde se analizan los detalles de un caso real o simulado para mejorar o sostener el rendimiento en situaciones similares en el futuro"; se utiliza en simulación clínica y no tiene una traducción al español, por lo que se utiliza en su terminología anglosajona. Recuperado 14 Marzo 2021, de <https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2017/06/Manual-de-trabajo-EDSS-completo-2016-agosto.pdf>

Sin embargo, a pesar de varios estudios sobre la metodología de enseñanza en comunicación, no se ha logrado un consenso con respecto a la mejor herramienta de evaluación de las habilidades aprendidas. Gracias a la colaboración de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile, en particular, al aporte de la Profesora Philippa Moore, hemos decidido utilizar la guía Calgary-Cambridge como referente para la valoración de los estudiantes.

Etapas de la comunicación efectiva

(1) El inicio de la sesión:

Se inicia con el saludo y la presentación personal enmarcada en el respeto. La clave de esta etapa son las preguntas abiertas permitiendo que el paciente pueda expresar su malestar, se trata de evitar interrupciones para después ahondar en el problema y conocer el motivo de consulta. Al final permite confirmar la lista de problemas y la búsqueda de otros que no han sido expresados (Silverman et al., 2016).

(2) La recolección de la información y el examen físico:

Se concentra en explorar el problema descrito; se incentiva al paciente a contar su historia utilizando de manera correcta la transición de preguntas abiertas a preguntas cerradas. Se sustenta en la escucha activa tomando en cuenta las señales de lenguaje verbal y no verbal que muestre el paciente. Es esencial que el médico aclare en esta etapa aquellos elementos que requieren explicación o detalle, para así poder tener una mejor perspectiva del problema a tratar (Silverman et al., 2016).

(3) Explicar y planificar el cuidado:

El propósito de esta destreza es entregar información apropiada y adecuada al paciente, individualizando la necesidad de cada persona; preguntar cuánto conoce el paciente acerca de su problema y descubrir cuánto desea saber sobre el mismo. Es de vital importancia que el estudiante o el médico aprenda a manejar la cantidad de información que debe entregar, evitar dar consejos y tranquilizar prematuramente al paciente. Además, se tiene que entregar información que sea fácil de entender para que así se pueda planificar el cuidado tomando en cuenta las preferencias del paciente y la toma de decisiones conjuntas (Silverman et al., 2016).

(4) Cerrar la sesión:

Para poder finalizar la sesión de manera adecuada se deben haber resuelto durante toda la entrevista las cuestiones de cada etapa. Se entiende que este modelo no es rígido y debe adecuarse a cada situación. El médico establece en conjunto con el paciente el plan a futuro,

incluyendo posibles alternativas en caso de que el plan de acción elegido no funcionase. Siempre es necesario explicar al paciente la posibilidad de una falla terapéutica asegurando que existen otras opciones (Silverman et al., 2016).

(5) Entender la perspectiva del paciente:

Esta habilidad se desarrolla durante toda la entrevista y complementa al modelo de atención centrado en la persona. El paciente forma parte del proceso y la toma de decisiones acerca de su salud. El personal médico debe estar preparado para ahondar en las creencias, ideas, expectativas y repercusiones en la vida diaria de paciente y de manera especial incentivar la expresión de los sentimientos (Silverman et al., 2016).

(6) Proporcionar estructura a la entrevista:

Los objetivos de proveer una estructura organizada a la entrevista son: favorecer la flexibilidad, ayudar al paciente a entender qué ocurre durante el intercambio comunicacional e involucrarlo en el transcurrir de la entrevista (Silverman et al., 2016).

1.4 Bioética y comunicación

La Declaración de Derechos Humanos de 1948 reconoce que la comunicación constituye un derecho humano fundamental; esta situación adquiere importancia en el ámbito médico dónde los pacientes y familiares se encuentran en especial situación de vulnerabilidad (McLeod, 2018). Se trata de un círculo entre comunicación eficiente y la relación a establecer.

La comunicación asertiva favorece una mejor relación con el paciente, en tanto que una adecuada relación con el paciente generará una comunicación fluida y apropiada. Se deben además tomar en cuenta todos los factores externos que pueden afectar la comunicación, entre los que destacan: la relación jerárquica entre médico y paciente, los ruidos externos, el lenguaje no verbal, el silencio, etc. (Brindley, 2019).

Muchos dilemas éticos surgen cuando se establece la incertidumbre, el pronóstico, los valores y la percepción de dignidad. Los conflictos del final de la vida y las decisiones cruciales sobre los procedimientos pueden constituirse en tropiezos tanto bioéticos como de comunicación; causando en muchas ocasiones dificultades para el proceder terapéutico.

Situaciones complejas se enfrentan en los servicios de cuidado crítico o la urgencia; en estas situaciones pueden colisionar los puntos de vista del personal médico con los pacientes, los cuidadores o los representantes; la búsqueda del beneficio para el paciente puede entonces generar un conflicto que no se salda sin una buena relación y comunicación (Santos et al., 2018).

Los valores que deben primar en la práctica médica son aquellos que aportan al paciente y su entorno, respetan las creencias y sobre todo previenen el daño. La atención sanitaria centrada en el paciente y su entorno, el respeto por la autonomía y la práctica de la justicia son parte de la acción médica (Terés Quiles, 2014). Estos valores pueden entrar en conflicto en condiciones especiales, como los que se viven con la pandemia por la Covid-19 (Consuegra-Fernández & Fernández-Trujillo, 2020).

La comunicación aporta en el respeto de los tres valores indicados anteriormente. Una comunicación efectiva, afectiva y enfocada en la perspectiva del enfermo encamina la consulta hacia el beneficio del paciente y su entorno (elementos que se proponen en la guía Calgary Cambridge). En cuanto al respeto de la autonomía aporta en el cambio de paradigma, pues reorienta el tan mentado paternalismo hacia una relación de igualdad entre las partes al favorecer la toma de decisiones compartida respetando las expectativas del paciente (Terés Quiles, 2014).

2. Metodología

El currículo para los estudiantes de medicina en la Universidad de Cuenca considera el aprendizaje de ciencias básicas durante los dos primeros años. Los tres años siguientes se orientan hacia el aprendizaje clínico quirúrgico y durante el último año se fortalece el aprendizaje de habilidades y desempeño en servicios de salud (internado rotativo).

En marzo de 2019 se llevó adelante este estudio, la muestra se construyó por conveniencia incluyendo cien estudiantes de último año de carrera que cursaron el internado rotativo en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. El estudio que se presenta constituye una ampliación de un trabajo de fin de carrera presentado en la Facultad de Medicina (Bermeo & Estévez, 2019).

La muestra se construyó por conveniencia para establecer un estudio piloto. El objetivo de esta publicación es acentuar el análisis de los datos en las posibles diferencias que se encuentran al comparar dos grupos: los que recibieron formación en comunicación y aquellos que no. El análisis inicial no mostró diferencias significativas, pero al tratarse de un estudio piloto nos parece importante analizar aquellas habilidades en las cuales se encontraron diferencias mayores y relacionarlas con los momentos de la entrevista y los aprendizajes de comunicación en la carrera.

El criterio de inclusión requirió la aceptación a participar con la firma de consentimiento informado. Los estudiantes que aceptaron participar fueron observados y se calificó la comunicación utilizando un formulario con lista de cotejo considerando las 23 habilidades efectivas que constan en la guía Calgary-Cambridge.

Se construyó el formulario de registro de datos con respuesta dicotómica (si realiza / no realiza) y se entrenó a dos estudiantes pares para evaluar a los alumnos en sus entrevistas hospitalarias con los pacientes bajo su cuidado; este formulario incluyó 23 variables adaptadas de la Global Consultation Rating Scale (Burt et al., 2014) utilizada para evaluar la entrevista médica; no se utilizó la escala completa por no contar con medios de video-grabación y pacientes simulados; esta medida se tomó para proteger a los pacientes reales que participaron en las entrevistas y no se cuenta con los recursos para un sistema organizado con pacientes simulados y *debriefing*. Se consideró también la aceptación o negativa de los pacientes, en calidad de partícipes colaterales del proceso.

El estudio contó con la evaluación y validación por los comités de Bioética del Hospital Vicente Corral Moscoso y la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca; este formulario fue adaptado del examen EUNACOM ("EUNACOM", 2021) que lleva adelante el Gobierno de Chile para certificar a los profesionales médicos.

Los participantes no conocían el formulario utilizado permitiendo así la interacción cotidiana con los pacientes, en busca de minimizar posibles sesgos.

El total de destrezas observadas fue de 23, estas destrezas se incluyen en los cinco momentos de la entrevista según la guía Calgary Cambridge. Durante la observación utilizando el formulario de cumplimiento, dos observadores imparciales formados en comunicación y el uso de la Guía Calgary-Cambridge catalogaron las respuestas (si cumple/no cumple) en cada una de las variables; no se analizó el discurso médico.

Luego de la evaluación se preguntó a los evaluados a qué universidad pertenecían y si habían recibido previamente educación en comunicación para poder comparar el puntaje obtenido y su relación con la enseñanza.

Finalmente se realizó una retroalimentación de los resultados junto con cada estudiante; recalcando en las habilidades realizadas correctamente y los errores durante las entrevistas de acuerdo con la recomendación de la guía Calgary-Cambridge. Los datos se analizaron con el programa SPSS V22.2. Se analizaron las diferencias entre las variables dicotómicas para cada habilidad con el test chi-cuadrado; la significación estadística se estableció a partir de $p < 0,05$ y el nivel de confianza en 95%. Los resultados se muestran en porcentajes relativos a cada grupo y su desempeño, con la variable realiza/no realiza.

3. Resultados

De los 100 estudiantes de internado, 56 fueron mujeres y 44 hombres; con una media de edad de 24.04 años, el 94% con edades entre los 22 y 25 años y el 6% entre los 26 y los 30 años de edad.

El puntaje promedio obtenido por los evaluados fue de 13,96 de 23 puntos posibles; las mujeres obtuvieron un puntaje de 14 mientras que los hombres obtuvieron 13,90. Al analizar la relación entre formación en comunicación y puntaje total obtenido no se encontró diferencia estadística significativa entre ambos grupos (gráfico 1). 19 estudiantes tomaron el curso de comunicación y 81 no lo hicieron.

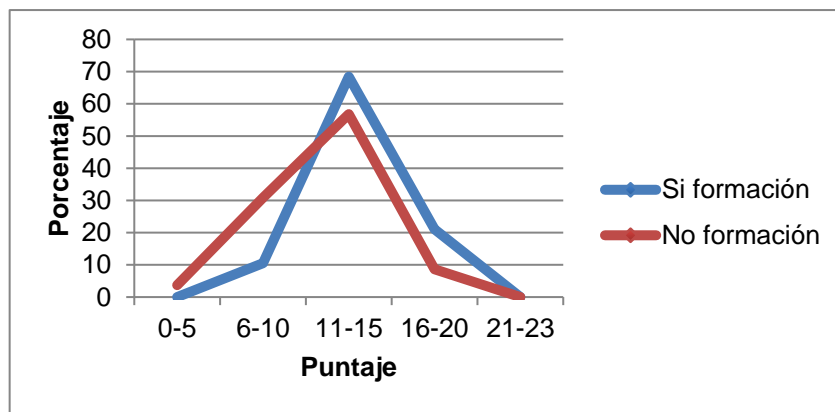


Gráfico 1. Relación entre el puntaje de habilidades cumplidas y la formación en comunicación. Fuente: los autores.

No se encontraron diferencias significativas en las 23 destrezas evaluadas entre los grupos; en esta comunicación ponemos énfasis en aquellas que muestran diferencias importantes en los valores absolutos de los porcentajes (gráfico 2).

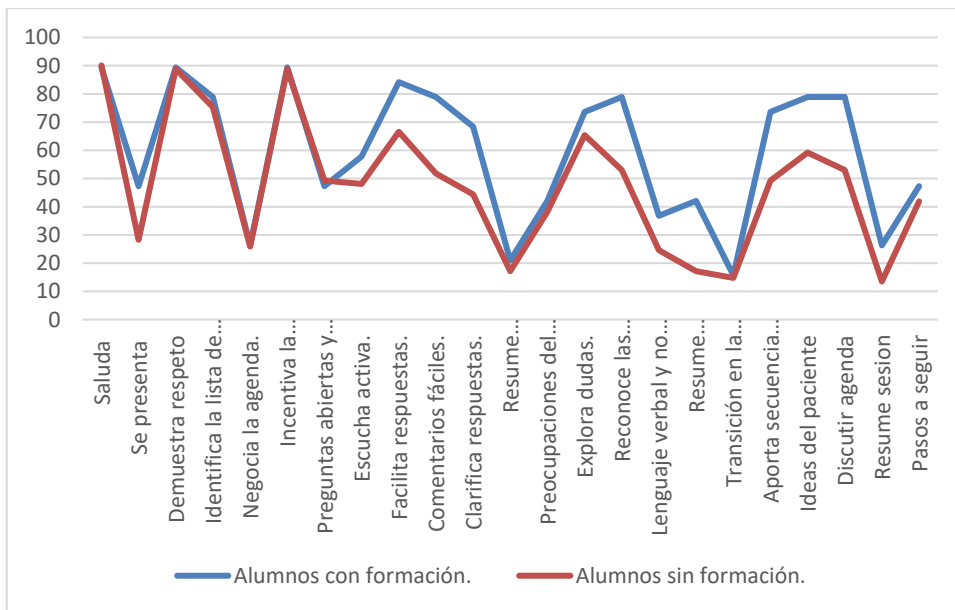


Gráfico 2. Desempeños en porcentajes en las habilidades evaluadas. Fuente: los autores.

Al analizar las habilidades específicas de los participantes categorizados en dos grupos: aquellos que se formaron en comunicación y aquellos que cursaron formación en comunicación se obtienen los siguientes resultados: El 57% de los estudiantes que tomaron el curso lograron escuchar atentamente al paciente durante la entrevista médica mientras que el 51% que no ha tomado un curso formal realiza esta habilidad de acuerdo con la guía Calgary Cambridge.

Llama la atención que los alumnos sin formación no utilizan la escucha activa (MOORE et al., 2010)² utilizando el modelo bidireccional o *freesbee*, sino que lo hace de forma intuitiva y sin el objetivo de consolidar la comunicación (gráfico 3).

El 84% de participantes con formación en comunicación médica facilitaron las respuestas en el transcurso de las entrevistas. El 78% de los estudiantes que tomaron el curso en comunicación realizaron comentarios comprensibles para el paciente mientras que solo el 51% de aquellos sin formación en comunicación lo hicieron. El 78% de los estudiantes que han sido formados en comunicación facilitan las respuestas en el transcurso de las entrevistas; solo el 53% de quienes no se formaron lo hacen.

² "No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación" (Carl Rogers. *El poder de la persona.*). La escucha activa relaciona varios elementos de la entrevista médica utilizando habilidades comunicacionales que implican comunicación bidireccional, no solamente respuestas simples. Hacemos referencia al documento de Philippa Moore: "habilidades efectivas en comunicación".

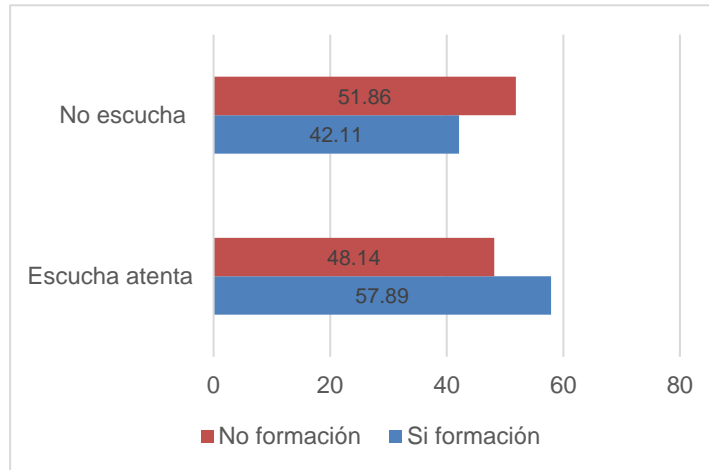


Gráfico 3. Relación entre formación en comunicación médica y escucha activa al paciente. Fuente: los autores.

Durante las entrevistas, otra habilidad que fue observada es la de poder resumir de manera periódica los resultados, los datos encontrados indican que el 42% de estudiantes con formación en comunicación realizan esta actividad y solamente el 17% de los que no tuvieron formación cumplen con este ítem (gráfico 4).

La guía Calgary Cambridge indica que una habilidad importante en la comunicación médico paciente es poder dar una secuencia lógica a la entrevista; el 73% de participantes capacitados lo pudieron llevar a cabo mientras que solo el 49% sin formación lo pudieron hacer. El 78% de los alumnos formados tomó en cuenta las ideas y expectativa de los pacientes mientras que el 59% de los no formados en comunicación lo hizo.

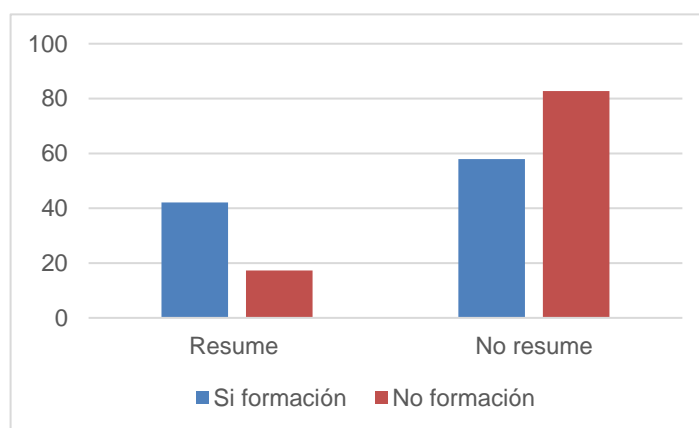


Gráfico 4. Relación entre formación en comunicación y habilidad de resumir la entrevista. Fuente: los autores.

Finalmente se compararon las habilidades para el cierre de la sesión. Se encontró diferencia en la habilidad que estimula al paciente a discutir lo que no ha entendido, la mayoría de aquellos estudiantes con formación en comunicación médica (78%) realizan esta actividad mientras que

los estudiantes sin formación en comunicación no la llevan a cabo (solo 21% de ellos la realizan) (gráfico 5). Al discutir los pasos a seguir junto al paciente ambos grupos no mostraron diferencias significativas.

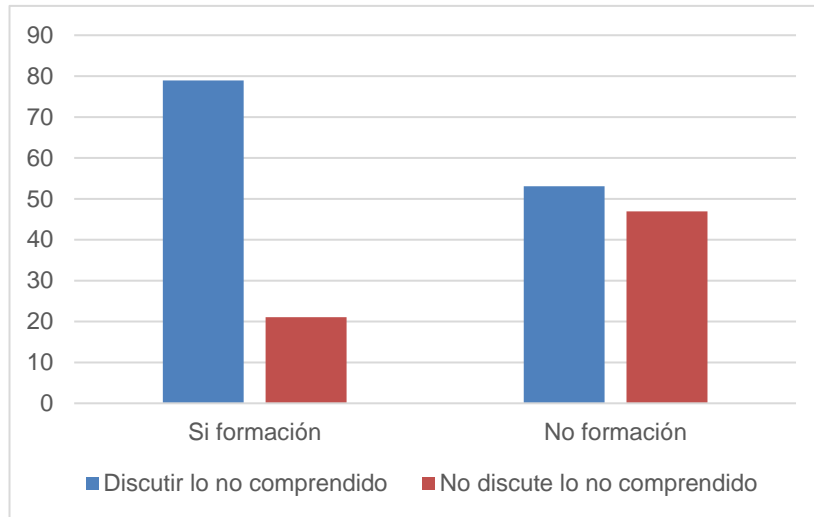


Gráfico 5. Relación entre formación en comunicación médica y estimular al paciente a discutir lo no comprendido. Fuente: los autores.

4. Discusión y conclusiones

Este estudio ha utilizado la estructura de la Guía Calgary–Cambridge para evaluar de manera objetiva las habilidades necesarias para realizar la entrevista médica. Como Simmenroth et al. (2014) concluyen, esta guía evalúa los principales objetivos del aprendizaje en comunicación médica en un programa que se desarrolla desde los primeros años de formación. La actitud empática, escucha atenta y construcción de preguntas acordes a la situación favorecen el desarrollo de entrevistas que aportan en la construcción de la relación con el paciente

Durante muchos años la enseñanza en comunicación no ha constituido un aspecto de importancia para muchos currículos universitarios, siendo esta habilidad aprendida de manera informal durante el pase de visita y en la práctica diaria. El enfoque estructurado y el aprendizaje formal incorporan habilidades para una efectiva comunicación médico paciente (M. et al., 2016; Shukla, Yadav, & Kastury, 2010).

Al analizar los resultados de nuestro estudio a pesar de no encontrar diferencia estadística significativa, se observan prácticas diferentes relacionadas con la formación en comunicación. Estas diferencias son marcadas en los segmentos de la entrevista que permiten el diálogo y no se centran solamente en la agenda médica (empatía). En este aspecto Choudhary y cols. (2015)

concluye que la formación en habilidades comunicacionales mejora significativamente luego de la capacitación en un grupo de estudiantes de cuarto año de cirugía.

Entre las habilidades que resaltan de los estudiantes con formación en comunicación se encuentran: la escucha atenta, facilitar respuestas de los pacientes y aportar una secuencia lógica a la entrevista (Ammertorp et al., 2013). La mayoría de estudiantes sin importar si han tenido formación en comunicación olvidan realizar la presentación inicial y no aclaran su papel al inicio de la atención sanitaria. (Simmenroth-Nayda et al., 2012).

Los estudiantes que refieren haber recibido algún curso en comunicación explicaron que estos contenidos fueron parte de la enseñanza de Bioética o de Semiología y pocos fueron los estudiantes que tomaron la cátedra de comunicación médico paciente debido a su carácter optativo. Nos parece importante resaltar la posibilidad de que las diferencias encontradas, aunque no muestran potencia estadística, son importantes. Este hallazgo que se encontraron en la escuela médica de Göttingen que sugieren importantes cambios en la práctica de los estudiantes incluso tras cortos entrenamientos en comunicación (Simmenroth-Nayda et al., 2012).

En el presente estudio, los alumnos con formación en comunicación parecen mostrar mayor sensibilidad hacia los pacientes durante la entrevista. Esto se asocia con la capacidad de realizar escucha activa, preguntar y tratar de conocer la expectativa de los pacientes, mayor sensibilidad a los intereses y la percepción de la dolencia por parte de los pacientes.

Los estudiantes que cursaron el módulo de comunicación muestran desempeños de mejor calidad en áreas cruciales de la entrevista, que favorecen la percepción y el ejercicio de los derechos de las personas y aportan en la humanización la relación médica. Entender que el respeto por las expectativas, la clarificación de ideas, el establecimiento de planes y estrategias son elementos fundamentales de la comunicación permite reducir la incertidumbre, los temores y por supuesto los conflictos.

La comunicación efectiva, empática aporta en la consecución de algunas competencias genéricas enunciadas en el documento de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca ("Carrera de Medicina y Cirugía", 2021). Los resultados encontrados en este estudio preliminar sugieren que la falta de educación en comunicación no aporta para la relación médico paciente centrada en la persona.

Las habilidades efectivas incluyen las habilidades comunicacionales. La entrevista efectiva aporta en otras como: el pensamiento complejo, el desarrollo de las habilidades clínicas y el manejo apropiado del razonamiento clínico. Países como Chile, Inglaterra, Bélgica, Holanda o Canadá, certifican a los profesionales médicos por medio de exámenes estructurados (Schwartzman et al., 2011) evaluando las habilidades clínicas y comunicacionales. Muchos de los

médicos formados en las escuelas de medicina de Ecuador son evaluados en esos países para certificarse y continuar estudios de posgrado; nos parece que esta situación apoya la necesidad de que el currículo formal capacite a los alumnos de medicina.

El 19% de los estudiantes que participaron en el estudio habían recibido formación en comunicación médico paciente, todos ellos cursaron la cátedra optativa de Comunicación Médico Paciente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Los alumnos del internado que pertenecen a las otras universidades y quienes no tomaron el curso mencionaron haber participado de pequeños talleres de comunicación en la cátedra de Semiología.

Nos parece que esta situación apoya la recomendación para implementar currículos formales en la malla que permitan el entrenamiento en habilidades comunicacionales básicas necesarias para un profesional de la salud. Los resultados obtenidos en el estudio son comparables con otras investigaciones similares, las cuales concluyen que la mayoría de estudiantes desarrollan una comunicación médico paciente deficiente, muy instrumental y vertical (Graf et al., 2020).

Los autores analizaron los currículos de las escuelas de medicina en Ecuador encontrando que en general enfatizan los contenidos biomédicos y no se observa con claridad la oferta de espacios para la construcción de habilidades como la comunicación. La carrera de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador oferta una formación complementaria. En la Universidad de Cuenca, en el año 2018 se presentó una nueva reforma en la malla curricular de la carrera que eliminó la cátedra de comunicación médico paciente.

Con los resultados analizados en el presente estudio creemos importante recomendar una revisión de tal decisión. La inclusión de esta cátedra en el currículo formal de medicina podría tener un efecto positivo en la formación de los estudiantes y por supuesto en su desempeño profesional.

La retroalimentación con los estudiantes al final de la observación sugiere que una de las razones de entrevistas poco satisfactorias es la sobrecarga de trabajo en el año de internado, y el corto tiempo para las mismas. Es posible que otro problema que se vive en la formación médica de las universidades en Ecuador se relaciona con el “burn out”, elemento no medido en el presente estudio.

Reconocemos las limitaciones de nuestro estudio, al programarse como un estudio observacional la construcción de la muestra se realizó por conveniencia y por ello se aporta este análisis secundario orientado a los elementos que muestran diferencias porcentuales mayores entre los grupos. Esto puede ser causa de que los hallazgos no presenten significancia estadística.

Creemos que los hallazgos son importantes y que sientan las bases para un análisis ampliado hacia los alumnos de las áreas clínicas y quirúrgicas de grado.

El objetivo final de este estudio preliminar es aportar a la reflexión de los responsables del currículo. Hay que considerar que la formación médica en nuestra facultad cumple con las condiciones de “calidad científica, ética y humanismo, para cuidar la vida y recuperar la salud, promoviendo el aprendizaje significativo y el desarrollo de un pensamiento crítico, organizado, sistemático y comprometido con la transformación social” pero estas no podrán mejorarse sin considerar todas las habilidades necesarias para el ejercicio profesional sanitario (Terés Quiles, 2014).

Bibliografía

- ◆ Ammentorp, J., Thomsen, J., Jarbøl, D., Holst, R., Øvrehus, A., & Kofoed, P. (2013). Comparison of the medical students perceived self-efficacy and the evaluation of the observers and patients. *BMC Medical Education*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-49>.
- ◆ Baird, A., Scheffer, I., & Wilson, S. (2011). Mirror neuron system involvement in empathy: A critical look at the evidence. *Social Neuroscience*, 6(4), 327-335. <https://doi.org/10.1080/17470919.2010.547085>.
- ◆ Berkhof, M., van Rijssen, H., Schellart, A., Anema, J., & van der Beek, A. (2011). Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.010>.
- ◆ Bermeo Ochoa, P. D., & Estévez Vélez, A. F. (2019-04-30). *Evaluación de las habilidades comunicacionales de los internos rotativos de la carrera de medicina mediante la aplicación de la Guía Calgary Cambridge. Cuenca 2018* (Bachelor's thesis). Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32570>.
- ◆ Bickley, L., Szilagyi, P., & Bates, B. (2010). *Propedeutica medica [de] Bates*. Guanabara Koogan.
- ◆ Brindley, P. (2019). Commentary: Communication: The Most Important “Procedure” in Healthcare and Bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 28(3), 415-421. <https://doi.org/10.1017/s0963180119000331>.

- ◆ Burt, J., Abel, G., Elmore, N., Campbell, J., Roland, M., Benson, J., & Silverman, J. (2014). 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*, 4(3), e004339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004339>.
- ◆ *Carrera de Medicina y Cirugía*. Ucuena.edu.ec. (2021). Retrieved 11 May 2021, from <https://www.ucuenca.edu.ec/medicas/carreras/carrera-de-medicina-y-cirugia>.
- ◆ Choudhary, A., & Gupta, V. (2015). Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 5(4), 41. <https://doi.org/10.4103/2229-516x.162273>.
- ◆ Consuegra-Fernández, M., & Fernandez-Trujillo, A. (2020). La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Revista de Bioética y Derecho*, (50), 81-98. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.50.31683>.
- ◆ Dalen, J., Bartholomeus, P., Kerkhofs, E., Lulofs, R., Thiel, J., & Rethans, J. et al. (2001). Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Medical Teacher*, 23(3), 245-251. <https://doi.org/10.1080/01421590120042991>.
- ◆ EUNACOM. Eunacom.cl. (2021). Retrieved 11 May 2021, from <https://www.eunacom.cl>.
- ◆ Gelis, A., Cervello, S., Rey, R., Llorca, G., Lambert, P., & Franck, N. et al. (2020). Peer Role-Play for Training Communication Skills in Medical Students. *Simulation In Healthcare: The Journal of The Society for Simulation in Healthcare*, 15(2), 106-111. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000412>.
- ◆ Gillard, S., Benson, J., & Silverman, J. (2009). Teaching and assessment of explanation and planning in medical schools in the United Kingdom: Cross sectional questionnaire survey. *Medical Teacher*, 31(4), 328-331. <https://doi.org/10.1080/01421590801953018>.
- ◆ Graf, J., Loda, T., Zipfel, S., Wosnik, A., Mohr, D., & Herrmann-Werner, A. (2020). Communication skills of medical students: survey of self- and external perception in a longitudinally based trend study. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02049-w>.
- ◆ Häusser, L. (2012). Empathie und Spiegelneurone. Ein Blick auf die gegenwärtige neuropsychologische Empathieforschung. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 61(5), 322-335. <https://doi.org/10.13109/prkk.2012.61.5.322>.

- ◆ Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. *Academic Medicine*, 78(8), 802-809. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>.
- ◆ Kushner, R. (2016). Patient-Centered Care of the Patient with Obesity. *Endocrine Practice*, 22, 10-11. [https://doi.org/10.1016/s1530-891x\(20\)43236-7](https://doi.org/10.1016/s1530-891x(20)43236-7).
- ◆ M., S., M., J., Haveri, S., & Nath, A. (2016). Gaps in doctor patient communication: a community-based study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 264-269. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20151574>.
- ◆ McLeod, S. (2018). Communication rights: Fundamental human rights for all. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(1), 3-11. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1428687>.
- ◆ Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000800016>.
- ◆ Newell, S., & Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(1), 76-87. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1072>.
- ◆ Rider, E., Hinrichs, M., & Lown, B. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Medical Teacher*, 28(5), e127-e134. <https://doi.org/10.1080/01421590600726540>.
- ◆ Santos, R., Garros, D., & Carnevale, F. (2018). Difficult decisions in pediatric practice and moral distress in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(2). <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20180039>.
- ◆ Schwartzman, E., Hsu, D., Law, A., & Chung, E. (2011). Assessment of patient communication skills during OSCE: Examining effectiveness of a training program in minimizing inter-grader variability. *Patient Education and Counseling*, 83(3), 472-477. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.001>.
- ◆ Shukla AK, Yadav VS, & Kastury N. (2010). Doctor-Patient Communication: An Important but Often Ignored Aspect in Clinical Medicine. *JACM*. 11(3):208-11.

- ◆ Shukla, A. K., Yadav, V. S., & Kastury, N. (2010). Doctor-patient communication: an important but often ignored aspect in clinical medicine. *JACM*, 11(3), 208-11.
- ◆ Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). *Skills for Communicating with Patients, 3rd Edition*. CRC Press.
- ◆ Simmenroth-Nayda, A., Heinemann, S., Nolte, C., Fischer, T., & Himmel, W. (2014). Psychometric properties of the Calgary Cambridge guide to assess communication skills of undergraduate medical students. *International Journal of Medical Education*, 5, 212-218. <https://doi.org/10.5116/ijme.5454.c665>
- ◆ Simmenroth-Nayda, A., Weiss, C., Fischer, T., & Himmel, W. (2012). Do communication training programs improve students' communication skills? - a follow-up study. *BMC Research Notes*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-486>.
- ◆ Street, R., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, 65(3), 586-598. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.036>.
- ◆ Terés Quiles, J. (2014). Medicina y Bioética: ¿qué significa ser un buen médico. *Revista de Bioética y Derecho*, (32), 104-115. <https://doi.org/10.4321/s1886-58872014000300010>.

Fecha de recepción: 15 de marzo de 2021

Fecha de aceptación: 17 de mayo de 2021